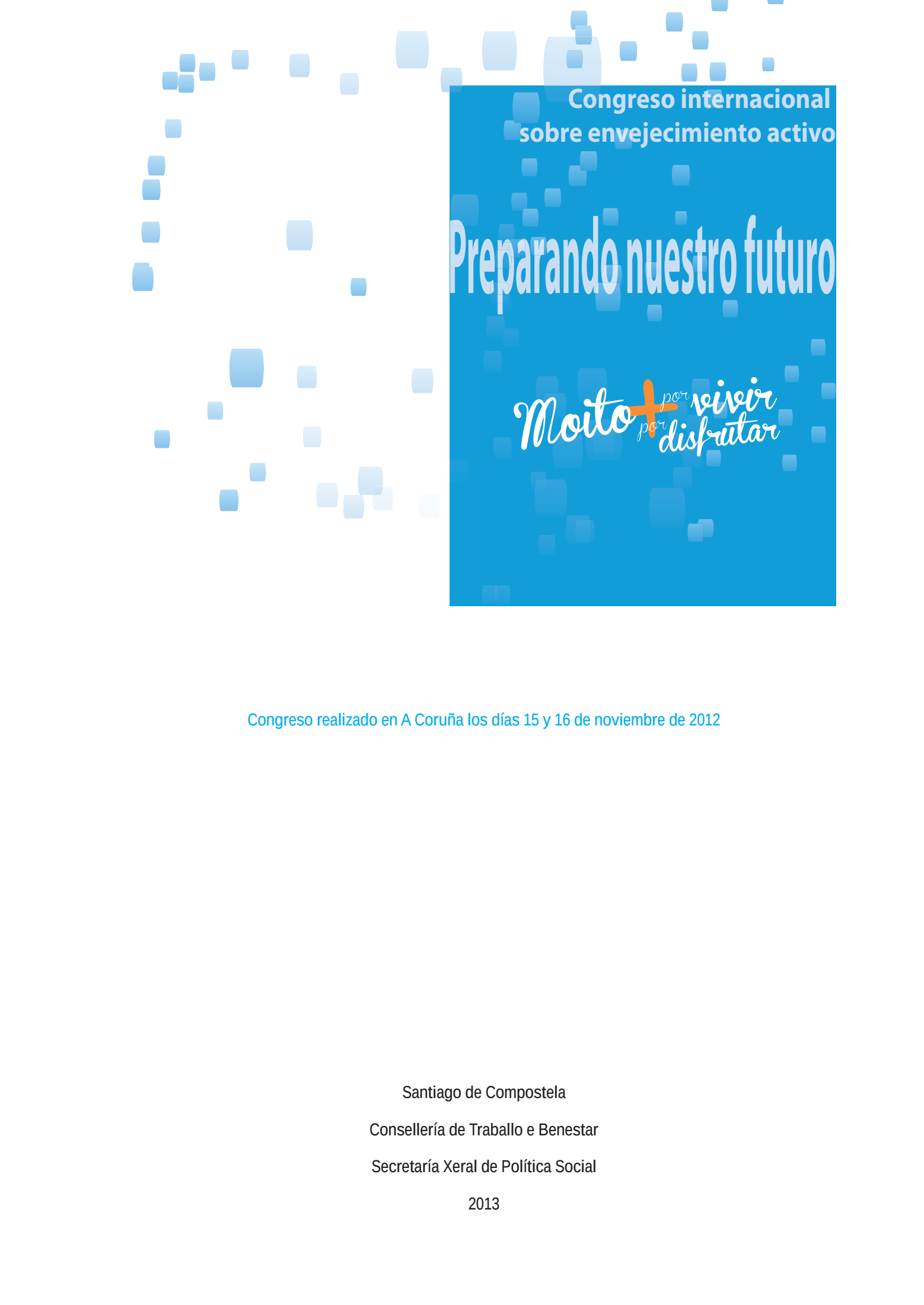


Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

Preparando nuestro futuro

*Moito + por vivir
por disfrutar*

XUNTA DE GALICIA



Congreso internacional
sobre envejecimiento activo

Preparando nuestro futuro

*Moito + por vivir
por disfrutar*

Congreso realizado en A Coruña los días 15 y 16 de noviembre de 2012

Santiago de Compostela

Consellería de Traballo e Benestar

Secretaría Xeral de Política Social

2013

Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

I Preparando nuestro futuro

© Xunta de Galicia 2013, para la presente edición

Elaboración y edición

Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar ,
Secretaría Xeral de Política Social

Recopilación de la información

Carmen García Cancela

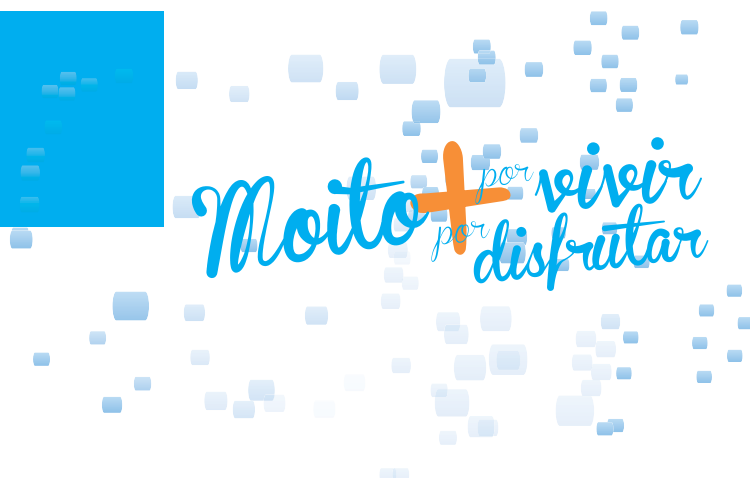
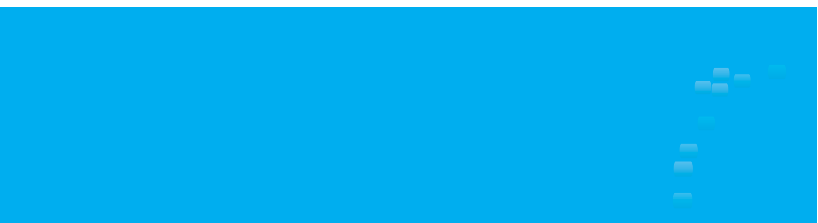
Coordinación y revisión de la publicación

Pepa Dabán Royo

Maquetación

Antonio Lameiro Ces

ISBN 84-695-6662-8



Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

I Preparando nuestro futuro



Presentación

Moito ^{por} vivir
^{por} disfrutar

El Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo, celebrado en A Coruña, abordó uno de los principales objetivos de la Consellería de Traballo e Benestar en política social: conseguir que nuestros mayores no sólo vivan más años, sino que lo hagan con la mayor calidad de vida durante el máximo tiempo posible.

En la prevención, la detección precoz de la dependencia y la promoción de la autonomía personal están las llaves para que las personas mayores puedan disfrutar de una vida más saludable e independiente.

Los beneficios de esta apuesta por la prevención y el envejecimiento activo no inciden únicamente sobre la calidad de vida de las personas, también contribuyen a que los servicios públicos sean sostenibles.

De hecho, los estudios señalan que la aplicación de medidas adecuadas en esta materia permitirían que –desde ahora hasta 2020– más de 4.000 personas en Galicia puedan prevenir la dependencia y alargar el tiempo de autonomía personal. Esto quiere decir que cada euro invertido en prevención en la actualidad puede derivar en un ahorro futuro de 129 euros en la atención a personas con dependencia.

Por todo ello, en la Xunta de Galicia hemos hecho del envejecimiento activo un eje prioritario y uno de los pilares del Plan Galego das Persoas Mayores 2010-2013, que vertebra nuestra actuación en este ámbito. Una estrategia consensuada con las asociaciones, entidades y colectivos que trabajan con el sector, con la que se ha conseguido beneficiar a 120.000 personas cada año.

En la legislatura que acaba de comenzar continuaremos reforzando nuestra apuesta por el bienestar de los mayores y sus familias. Estamos desarrollando una rigurosa Estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, y vamos a hacer hincapié en la aplicación de las nuevas tecnologías, así como en la conveniencia de impulsar la participación social de los mayores o la difusión de los hábitos saludables. Todo ello, con un objetivo esencial: seguir mejorando la calidad de vida de nuestros mayores.

Beatriz Mato Otero

Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

I Preparando nuestro futuro

Índice

Presentación

Comité

Introducción

Conferencias plenarias

➤ “Envejecimiento y servicios sociales: transformemos el reto en una oportunidad”

Melchor Fernández Fernández

➤ Genética y envejecimiento y genética de la longevidad

Angel María Carracedo Álvarez

➤ Presente y futuro de la investigación en envejecimiento activo

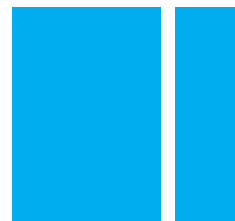
Mari Feli González Pérez

Mesas redondas

➤ Mesa redonda:

“La importancia de las TIC en la atención domiciliaria”

- José C. Millan Calenti. “Telegerontología”
- Jesus Varela Mallou. “MIAVIZOR. De la teleasistencia clásica a la teleprevención sociosanitaria”
- Luis E. Anido Rifón. “El observatorio de la vigilancia tecnológica”



➡ Mesa redonda:

“Estrategias para la prevención y detección precoz de la dependencia”.

- Eduardo Pásaro Méndez: “El plan de prevención y detección precoz de la dependencia”.
- Raimundo Mateos Álvarez: “Prevención y detección precoz de trastornos psiquiátricos no cognitivos en la edad avanzada”.
- Pura Díaz Veiga. “Unidades de convivencia. La experiencia de Etxean Ondo Residencias”.
- Fernando L. Vázquez González. “Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en los mayores y su prevención”.

➡ Mesa redonda:

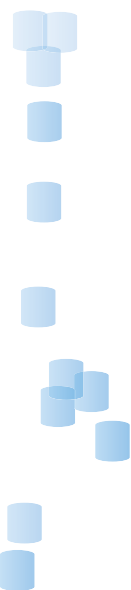
“Hábitos de vida saludable”.

- Antonio Machado Ferreira. “Presentación de la actividad Sesión Informativa: Envejecimiento + Activo”.
- Isabel González-Abraldes Iglesias. “Como vivir mas y mejor a través de las conductas saludables”.
- Ana María Martínez Lorente. “El papel de la dieta en el proceso de envejecimiento”.
- Sandra Fernández Carrera. “Beneficios de la actividad física en el proceso de envejecimiento”

➡ Mesa redonda:

“El envejecimiento activo a través de la participación social”.

- Francisco Ramón Durán Villa. “El IV Ciclo Universitario”
- Paula Sande Nieto. “Ategal, formándote para el futuro”.
- David Facal Mayo. “Voluntariado, calidad de vida y envejecimiento activo”.



Índice

Comunicaciones

1. Papel de las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo.

➔ EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas.

Miguel Ángel Gómez Carballa, Sonia Valladares Rodríguez, Carlos Rivas Costa y Luis E. Anido Rifón

➔ IDEIA: interfaces y dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital.

Miguel Ángel Gómez Carballa, Sonia Valladares Rodríguez, Carlos Rivas Costa y Luis E. Anido Rifón

➔ Servicios socio-sanitarios y control domótico en la TV*.

Miguel Ángel Gómez Carballa, Sonia Valladares Rodríguez, Carlos Rivas Costa y Luis E. Anido Rifón

➔ Intervención a través de las TIC en el centro de día de mayores de Cruz Roja de A Coruña.

Patricia Varela Sande y Laura Nieto Riveiro.

2. Implicaciones sociosanitarias del envejecimiento.

➔ Trabajo social clínico. Modelo de prevención y promoción para la salud.

M^a José Lozano Lorenzo.

➔ Constelaciones familiares: un modelo de intervención para un envejecimiento activo.

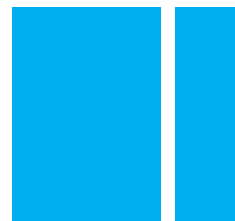
Alfred Gómez Pedra.

➔ Característica sociodemográficas y clínicas de las personas mayores que cuidan de personas en situación de dependencia en Galicia.

Patricia Otero Otero, Ángela Juana Torres Iglesias, Fernando Lino Vázquez González, Elisabet Hermida García y Olga Díaz Fernández.

➔ Diseño de Investigación-acción sobre factores asociados a conductas indicativas de somnolencia en las sesiones grupales de intervención cognitiva.

María Campos Magdaleno.



3. Envejecimiento y calidad de vida.

- ➔ Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales.

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castelao.

- ➔ Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con enfermedad de PARKINSON que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales.

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castelao.

- ➔ Investigación sobre necesidades percibidas y calidad de vida en personas con discapacidad en proceso de envejecimiento.

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castelao.

4. Hábitos de vida saludable

- ➔ Programa de prevención de la dependencia : Envejecimiento Activo y saludable.

Isabel Redondo Zambrano.

- ➔ La adaptación del hogar en las personas dependientes del entorno de A Coruña y su relación con el apoyo social.

Iván de Rosende Celeiro.

- ➔ Beneficios de un programa de Circuito Biosaludable en personas mayores institucionalizadas.

Silvia E. Sánchez Balsalobre.

- ➔ Envelhecimento Activo: a importancia das actividades lúdicas de estimulação cognitiva e interação social.

Alice Delerue Matos

- ➔ El ocio como factor de desarrollo humano para las personas mayores a través de la educación del ocio.

Yolanda Lázaro Fernández y Eduardo Aguilar Gutierrez.

Índice

➤ La experiencia de ocio como factor determinante del envejecimiento activo.

Sheila Romero de la Cruz, Aurora Madariaga Ortuzar, Idurre Lazcano Quintana y Joseba Doistua Nebreda.

5. Participación social y envejecimiento activo.

➤ Universidad en el medio rural: una experiencia de envejecimiento activo. Peculiaridades de un programa universitario para mayores en el entorno rural.

Marcelino Mosquera Pena, Luis Ángel Rodríguez y Susana Blanco Miguélez.

➤ Proyectos de Fomento del envejecimiento activo en pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

José Luis Santos Ascarza-Bacariza, Concepción Pereira Feijoo, Araceli Rossignoli Recio, María Eugenia Martínez Maestro y Susana Fernández León.

➤ Arteriarte. Programa intergeneracional de integración social a través del arte.

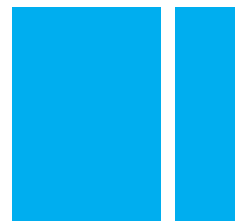
M^a Belén Pereiro Rozas, M^a Isabel Otero Fernández-Aperribay y Sergio Platas Casal.

➤ Nuevas personas mayores, nuevas propuestas de participación y compromiso social.

Penélope Castejón Villarejo, Pilar Rodríguez Rodríguez, Gregorio Rodríguez Cabrero, Enrique Morán Aláez, Daniel Prieto Sancho y Diego Herranz Andújar.

➤ Vivir en una residencia sin ataduras.

Rosa Santiago Calviño.



Talleres

➔ Taller práctico: el arte y la ciencia del cuidador eficaz

Alfredo Gómez Pedra y Maria José Lozano Lorenzo.

➔ Alteraciones del equilibrio en los ancianos y riesgo de caídas: métodos de detección y estrategias de prevención mediante el empleo de la rehabilitación vestibular.

Andrés Soto Varela, Sofía Santos Pérez y Ana Faraldo García.

➔ Programa de prevención de la depresión para personas mayores

Elisabet Hermida García, Fernando L. Vázquez González, Patricia Otero Otero y Vanessa Blanco Seoane.

➔ Las nuevas tecnologías como herramienta para la atención social

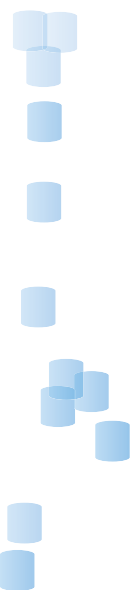
Ana Peñalver Blanco y Loreto Somoza Concheiro.

➔ Taller práctico: envejecimiento activo y saludable; coaching para la salud

Maria José Lozano Lorenzo.

➔ Taller: ¿Y si yo decido mi futuro?

M^a Eugenia Torres Costas.



Índice

Póster

➔ La enfermedad en el anciano.

Beatriz Pozo Fuerte y Beatriz Díez Mas.

➔ Programa de alfabetización digital intergeneracional de Esplugues de Llobregat.

Eva Llambrich Pallarés , Agnés Mateo Murcia , Anna Blázquez Abella, Berta Roig Isern y Olga Rodrigo Gella.

➔ Perfil de residente de CASER A Zapateira entre los años 2009-2011.

Rosa Santiago Calviño, A.Peteiro Mata, F.Lado González, V.Mariño Barreiro, M.Gándara Martínez y Juan J.Sánchez.

➔ El cuidador principal: Impacto de un programa de autoayuda en su calidad de vida. Seguimiento durante siete años.

MªJosé Lozano Lorenzo.

➔ ¿Cómo prefieren las personas mayores interaccionar con las tecnologías en el hogar? – Resultados del proyecto GUIDE.

Mari Feli González Pérez , Aitziber Etxaniz Olariaga y Álvaro García Soler.

➔ O/a psicólogo/a nos servicios sociais.

Cristina Fontaíña García, Rosana Viturro Dieste, David Facal Mayo, MªJosé Fares Varela y MªJesús López Cernadas.

➔ Talleres de Memoria: Un nuevo enfoque.

Natalia Romero Martínez, María Romero Lojo y Mª Luz González Failde.

➔ Diferencias en las necesidades percibidas por las personas con discapacidad intelectual que envejecen en función del género, la edad y el grado de discapacidad.

Andrea Payo Sánchez, Patricia Solís García, Antonio-León Aguado Díaz y Ángeles Alcedo Rodríguez.

➔ Retos de las nuevas tecnologías. Proyecto aula de alfabetización digital.

Silvia E. Sánchez Balsalobre y C.Fernández Yañez.

➔ Protegiendo y cuidando a los más vulnerables.

Amanda Marsé Fabregat, Rosa Velasco López, Elizabeth Raya Burón, María Sánchez Sopeña y Paloma Caminade Antón.

➔ Documenta proxecto de envelhecimento activo.

Cristina García Haz.

Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

I Preparando nuestro futuro

Comité

Moito + por vivir
por disfrutar

➡ Comité organizador:

(Compuesto por personal de la Secretaría Xeral de Política Social de la Consellería de Traballo e Benestar)

Presidente:

- Coro Piñeiro Vázquez

Vicepresidente:

- Patricia Toubes Navarro

Vocales:

- Carmen Ariza Tejeda
- Jorge Rubén Sampedro Grande
- Jesús Lamas Barja
- Carmen García Cancela

Secretaria:

- Purificación Vázquez Vázquez

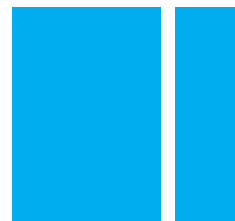
➡ Comité Científico:

Presidente:

- Francisco Ramón Durán Villa
Vicerrector de Estudiantes, Cultura y formación Continua.
Director del IV ciclo Universitario de la Universidad de Santiago de Compostela.

Vicepresidente:

- José Manuel Mayán Santos
Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Universidad de Santiago de Compostela



Vocales:

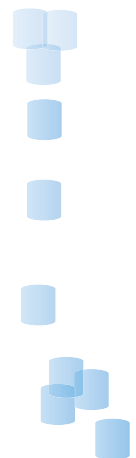
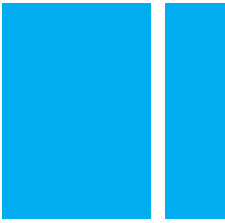
- **José Carlos Millán Calenti**
Catedrático de Gerontología y Geriatria.
Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.
- **Eduardo Pásaro Méndez**
Catedrático del Departamento de Psicología, área de Psicobiología.
Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
- **Jesús Varela Mallou**
Catedrático de Psicología y Director de la Unidad de Psicología del Consumidor y Usuario.
Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.
- **Luis E. Anido Rifón**
Catedrático y doctor ingeniero de telecomunicación.
Departamento de Ingeniería Telemática de la ETSI Telecomunicación. Universidad de Vigo.
- **Alberto Meijide Vecino**
Catedrático de Análisis Económico de la Universidad de Santiago de Compostela.
Director del Centro de Investigación Económica y Financiera (CIEF) de la Fundación Caixa Galicia.
- **Raimundo Mateos Álvarez**
Profesor Titular de Psiquiatria. Departamento de Psiquiatria. Facultad de Medicina. (USC),
Responsable de la Unidad de Psicogeriatría del CHUS.
- **Melchor Fernández Fernández**
Profesor Titular de Análisis Económico y Director del Instituto de Desarrollo de Galicia (IDEGA), Universidad de Santiago de Compostela.
- **David Facal Mayo**
Doctor en Psicología y Master en Gerontología Clínica,
Profesor del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.
- **Patricia Iglesias Souto**
Doctora en Psicología y profesora de Trabajo Social y Mayores
Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad de Santiago de Compostela.
- **María del Pilar García de la Torre**
Directora de la Universidad Sénior. Universidad da A Coruña (UDC)

Comité

- Susana Blanco Miguélez
Directora del centro asociado Uned-A Coruña)
- José Fariña Fariña
Director del Programa para mayores (Uvigo)
- Ana María Martínez Lorente
Técnico del Servicio de Estilos de Vida Saludables y Educación para la Salud
Subdirección General de Programas Fomento de Estilos de Vida Saludables
Dirección General de Innovación y Gestión de la Salud Pública. Consellería de Sanidad

Secretaría:

- Purificación Vázquez Vázquez
Jefe del servicio de Programas de Promoción de Autonomía Personal de la Secretaría Xeral de Política Social



Nota explicativa

La reunión en una obra de todas las actividades desarrolladas en el congreso y dada la extensión y complejidad de reunir en un solo recurso electrónico todas las intervenciones, nos obliga a definir una serie de aspectos que se resumen en los siguientes:

1. Sólo se publican los artículos de los ponentes que mandaron el texto de su intervención en archivo electrónico (Word, Power Point o pdf).
2. Por tratarse de un congreso internacional se respeta la lengua en la que intervinieron los ponentes. La mayoría lo hicieron en español pero también en gallego, portugués e inglés.
3. Se respeta la estructura, en cinco apartados, desarrollada en el congreso:
 - a. Conferencias plenarias
 - b. Mesas redondas
 - c. Comunicaciones
 - d. Talleres
 - e. Póster
4. En el apartado de Comunicaciones la intervenciones se reunieron en 5 áreas temáticas, cada una de las cuales agrupa intervenciones que varían en número y extensión:
 - a) Papel de las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo
 - b) Implicaciones sociosanitarias del envejecimiento
 - c) Envejecimiento y calidad de vida
 - d) Hábitos de vida saludable
 - e) Participación social y envejecimiento activo

A continuación damos unas instrucciones de uso que ayudan a dar un mayor dinamismo a la publicación:

De todas los artículos se presenta la información enviada por los conferenciantes y puede acceder a ella desde el propio documento o descargándolos en los distintos enlaces incluidos en el documento. Para desplazarse por el documento puede utilizar los marcadores introducidos en el pdf o bien desde el índice.

Las diapositivas presentadas puede ampliarlas sin ir al enlace pinchando en la primera diapositiva de cada presentación y seguir pinchando en cada una hasta la última diapositiva. Esta opción sólo está operativa en modo pantalla completa.



Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

I Preparando nuestro futuro



*Moito + por vivir
por disfrutar*

Conferencias plenarias



Conferencia plenaria:

**“Envejecimiento y servicios sociales:
transformemos el reto en una oportunidad”**

Melchor Fernández Fernández

Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA).

Universidade de Santiago de Compostela.

“Envejecimiento y servicios sociales: transformemos el reto en una oportunidad”

1.- Introducción

La Unión Europea (UE) se enfrenta desde finales del siglo XX a las consecuencias de una débil dinámica demográfica caracterizada por un escaso crecimiento natural y por el rápido envejecimiento de una parte de la población. Desde la comunicación de la Comisión de 2006 “*El futuro demográfico de Europa: transformar un reto en una oportunidad*” son numerosos los informes que destacan los inminentes retos en relación con la despoblación y envejecimiento de las regiones en Europa. En las conclusiones de su *Quinto Informe de Cohesión*, la Comisión insiste en la importancia del cambio demográfico, que previsiblemente reducirá ligeramente la población total de la UE, que, además, estará más envejecida. En el reciente informe *Regiones 2020*, se estima que alrededor de un tercio de las regiones europeas registrarán en 2020 un descenso de población. La mayoría de estas regiones están situadas en los nuevos Estados miembros de Europa Central y Oriental, la antigua Alemania del Este, el sur de Italia y el noroeste de España, Galicia incluida.¹

En todos estos informes se alerta del breve plazo de tiempo del que disponen los gobiernos para poner en práctica medidas encaminadas a abordar los problemas relacionados con el envejecimiento demográfico (se estima que la mayor presión sobre el sistema de protección social se produzca durante el periodo 2015-35 cuando se jubile la mayoría de las personas que nacieron en la época del boom de natalidad). Como llamada de atención y con el objetivo de sensibilizar al conjunto de la población sobre el enorme desafío que supone el cambio demográfico para una sociedad como la europea, fuertemente envejecida, la Comisión ha designado el año 2012 como “*Año Europeo del Envejecimiento Activo y la solidaridad intergeneracional*”.²

De hecho, desde diferentes ámbitos se ha incidido en situar al cambio demográfico como el principal reto a medio y largo plazo que deben afrontar todas las autoridades de la UE, desde el nivel local al conjunto de la Unión, pasando por las autoridades regionales y nacionales. En la mayoría de las ocasiones se presenta el envejecimiento desde una actitud negativa, como un grave problema para las sociedades europeas que debe ser combatido por sus consecuencias económicas, sociales e incluso políticas negativas.³ Nuestra posición es de rechazo frontal a esta analogía, ya que el envejecimiento es un éxito personal y social (del sistema de salud pública y del propio desarrollo económico), que debe valorarse como uno de los mayores logros democráticos de la sociedad (no debemos olvidar que llegar a edades avanzadas hoy es una realidad al alcance de muchos). Sin embargo, parece claro que las sociedades desestiman o no consideran suficientemente las ventajas del envejecimiento, es decir las oportunidades que surgen vinculadas a esta inevitable etapa del desarrollo de las sociedades.

El cambio demográfico es un hecho constatable en Galicia y su gestión será una de las tareas fundamentales de cara al futuro. El envejecimiento de la población es su cara más conocida, a la que se une el descenso en el número total de habitantes que desde hace años amenaza la evolución futura de la sociedad gallega (desde mediados de los ochenta las defunciones superan ampliamente a los nacimientos). El comportamiento positivo de los movimientos migratorios durante la última década ha dejado en un segundo lugar la preocupación por el declive poblacional, hasta que últimas cifras disponibles, con un leve descenso en la cifra total de habitantes censados en Galicia (provisionalmente se estima en 16.509 personas la pérdida de población entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2012, el mayor descenso de población en valores absolutos y relativos de España) han disparado nuevamente las alarmas, encendidas hace años por las pesimistas proyecciones de población ofrecidas para Galicia desde diferentes organismos oficiales.

¹ La DG de Política Regional de la Comisión Europea en el documento *Regiones 2020*, sitúa a Galicia como la 25 región europea (de las 267 analizadas) en el ranking de vulnerabilidad ante los cambios demográficos. Es decir, Galicia tiene una expectativa más desfavorable, en términos comparativos, con respecto al conjunto de las regiones europeas, sustentada en la mayor presencia de población en edad avanzada, así como el menor dinamismo demográfico.

² <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=860>.

³ Entre otras consecuencias negativas comúnmente expuestas se incluye el descenso del nivel de vida por el aumento de la relación de dependencia; el descenso de la eficiencia de la población ocupada, el aumento de la desigualdad de ingresos; el retraso del progreso económico, cultural y político o la pérdida de dinamismo de la administración económica y la gestión.

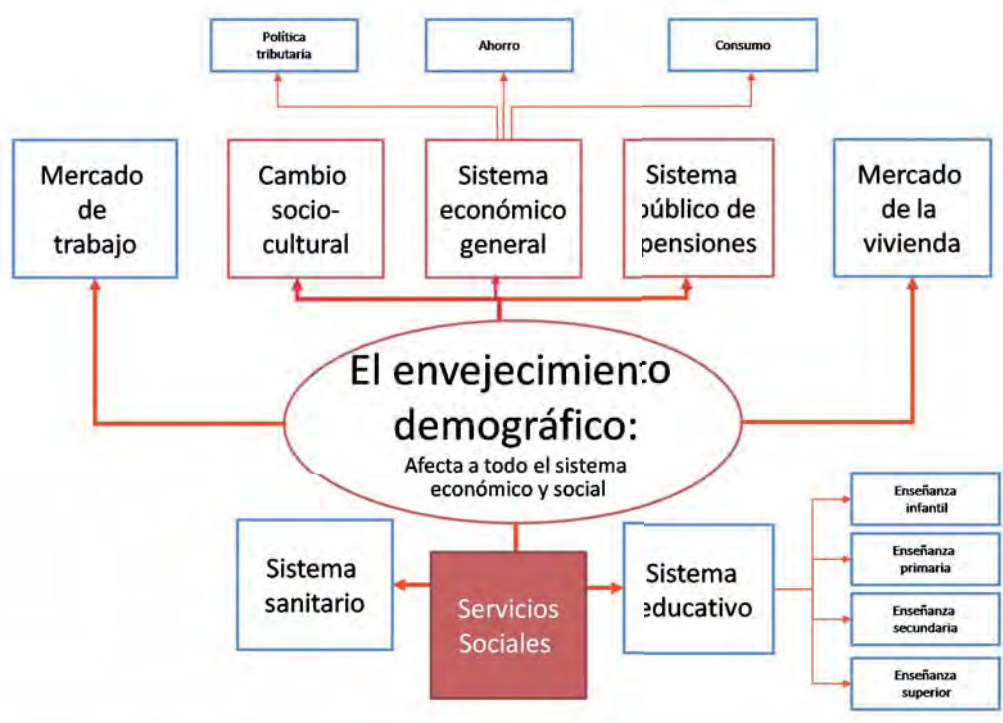
Las sociedades con débil crecimiento natural envejecen rápido en ausencia de importantes y sostenidos saldos migratorios y ese parece ser el escenario más previsible para Galicia y amplias zonas de la UE en los próximos años. De hecho, la actual crisis económica puede acelerar significativamente este proceso al revertir los flujos migratorios, como parece desprenderse de los últimos datos disponibles.

Galicia, como otras regiones con poblaciones en declive y compuestas principalmente por personas en edad avanzada deberá hacer frente a crecientes dificultades para ofrecer bienes y servicios públicos básicos. El cambio demográfico también va acompañado de profundas transformaciones sociales que afectan a la composición de las familias cuya principal manifestación es el creciente número de personas mayores que viven solas. En este contexto, con un previsible fuerte incremento del número de personas de edad muy avanzada y dependientes, en una estructura familiar que ya no puede ofrecer los servicios de atención necesarios, es fácil intuir que se plantean nuevos e importantes retos de carácter económico y social para los servicios sociales públicos y privados.

Entender en su totalidad las consecuencias del cambio demográfico⁴ en Galicia es realmente complejo (Gráfico 1). No obstante, el carácter relativamente predecible a medio plazo de su evolución demográfica, obliga a tomar medidas correctoras que, aun sabiendo que no van a tener repercusión en la composición de la población antes de que transcurra más de una generación, sin embargo, sí tendrán una influencia directa sobre el bienestar de la población a corto, medio y largo plazo.⁵ La anticipación de resultados permite adelantar reformas y, de esta manera, disponer del tiempo necesario para calibrar la intensidad y la dirección más adecuada de las medidas a implementar.

En el resto de esta ponencia en el siguiente apartado resumiremos brevemente los principales rasgos cuantitativos y cualitativos del reto que supone el envejecimiento para los servicios sociales públicos, para en el tercer apartado reflexionar sobre las respuestas a ese reto, o al menos de cómo debemos plantear esas respuestas.

Gráfico 1: Consecuencias del cambio demográfico



Fuente: Elaboración propia

4 Cada grupo de edad en la población se comporta de manera diferente, con consecuencias económicas (y sociales) distintas por lo que cuando el tamaño relativo de cada uno de estos grupos en la población cambia, se afecta de igual manera la importancia relativa de los comportamientos económicos.

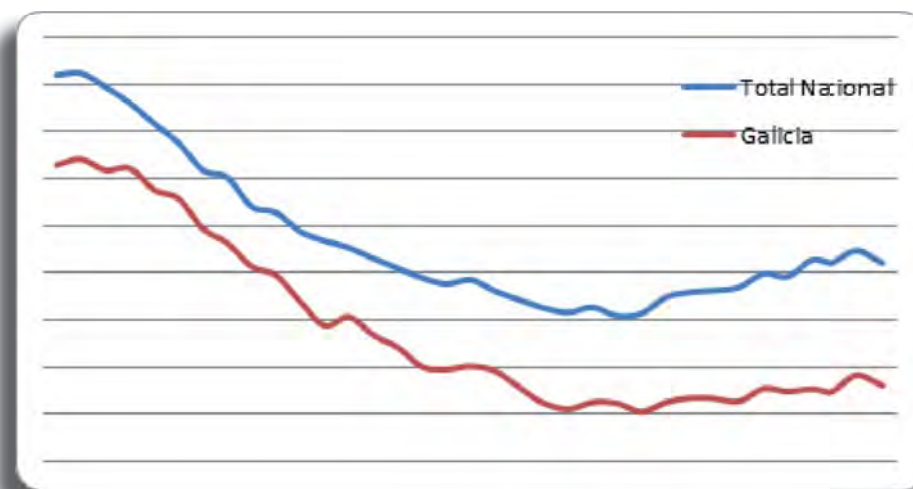
5 En demografía la anticipación es esencial ya que una vez producidos los acontecimientos, podría ser demasiado tarde para corregir los efectos no deseados, o porque el coste de dicha corrección podría ser demasiado elevado en términos de bienestar.

2.- La cara más conocida del cambio demográfico: el envejecimiento de la población

La estructura de la población y las tendencias demográficas actuales conducen a Europa a un escenario de reducidas tasas de crecimiento poblacional futuro, incluso a una reducción del número total de habitantes, y a un incremento del peso del segmento de mayor edad. El envejecimiento es un fenómeno que lleva produciéndose en Galicia desde hace ya bastantes años, mientras que la disminución de la población no se ha manifestado aún por la elevada inmigración de los últimos años, si bien el saldo vegetativo es negativo en Galicia desde 1988 (Gráfico 2).

En relación con lo anterior, es oportuno hacer dos observaciones. En primer lugar, el fenómeno del envejecimiento es un reto común a todas las sociedades y es especialmente intenso en las regiones más desarrolladas (en 2010, las 10 regiones de la UE con mayor porcentaje de mayores de 64 años son alemanas o italianas). En este sentido, Galicia envejece, como lo hace toda Europa (Cuadro 1). No obstante, este proceso es más intenso en Galicia que en su entorno más próximo (España y Portugal).

Gráfico 2: Evolución del Saldo Vegetativo (nacimientos menos defunciones por cada mil habitantes)



Nota: Elaboración propia a partir INE.

Cuadro 1: Evolución de la población mayor en la UE (NUT II)

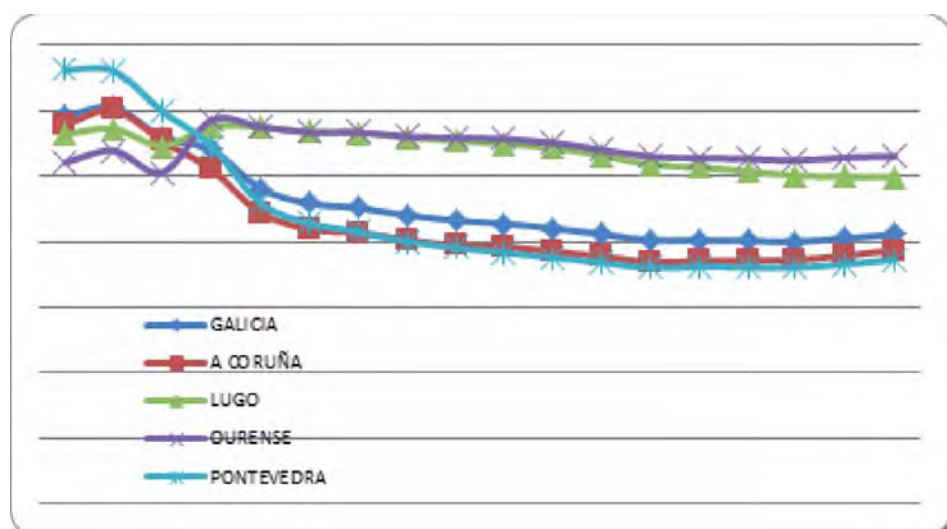
Porcentaje de población mayor de 64 años en 2010		Incremento estimado en el porcentaje de población mayor de 64 años entre 2010 y 2030	
Liguria	27,00	Brandenburg - Nordost	12,9
Chemnitz	25,90	Thüringen	12,5
Dresden	24,80	Mecklenburg-Vorpommern	12,3
Sachsen-Anhalt	24,20	Sachsen-Anhalt	11,8
Friuli-VeneziaGiulia	23,60	Zachodniopomorskie	11,7
Toscana	23,50	Attiki	11,6
Umbria	23,40	Itä-Suomi	11,6
Leipzig	23,20	Chemnitz	11,4
Thüringen	23,10	Lubuskie	11,4
Piemonte	23,00	Dresden	11,1
Galicia	21,70	Galicia	6,8
Portugal	17,79	Portugal	5,5
España	16,79	España	5,3
UE-27	17,40	UE-27	6,2

Nota: Elaboración propia a partir Eurostat, regional EUROPOP2008.

En segundo lugar, el envejecimiento se produce en Europa, por la conjunción de tres factores: 1) envejecimiento de la generación del “baby-boom”, al superar la edad de 65 años en 2010 y en años siguientes; 2) una fertilidad muy baja finalizado el fenómeno del “baby-boom”⁶ y 3) el aumento de la esperanza de vida⁷ (factor que seguramente continuará aumentando aunque aún ritmo muy inferior al de años precedentes). Pero además en Galicia sumamos un cuarto factor, una dinámica migratoria⁸ poco significativa, que condicionada por la débil actividad económica no permite compensar los efectos anteriores, como indican las diferentes proyecciones de población publicadas.

Antes de continuar, es importante destacar que para muchos expertos el uso de indicadores demográficos basados en la división de la población en jóvenes, activos y mayores no refleja correctamente las dimensiones del cambio demográfico que se está produciendo. De hecho, el ratio de dependencia (la proporción de jóvenes y mayores respecto a la población potencialmente activa) uno de los más utilizados en los análisis del envejecimiento, ofrece para muchas áreas geográficas una elevada estabilidad, fruto de un retroceso del peso de los jóvenes que compensa el incremento en el número de personas mayores (ver gráfico 4).⁹ Para eliminar este problema y considerar la relevancia de la denominada generación pivote, la literatura especializada propone calcular el ratio de soporte de mayores (*oldest old support ratio*) como el número de personas entre 50 y 74 años entre el número de personas mayores de 85. Esta cifra no solo refleja el cambio demográfico de la población hacia edades avanzadas, sino que también nos informa sobre el número de personas adultas que potencialmente podrían cuidar de sus familiares. Por supuesto, no todos los adultos mayores, especialmente los hombres, proporcionan cuidados informales, como tampoco todos los mayores de 85 años necesitan cuidados para realizar sus actividades de la vida diaria, pero relacionar ambos grupos es una buena aproximación de los recursos informales existentes para el cuidado de mayores dependientes.

Gráfico 3: Evolución tasa de dependencia

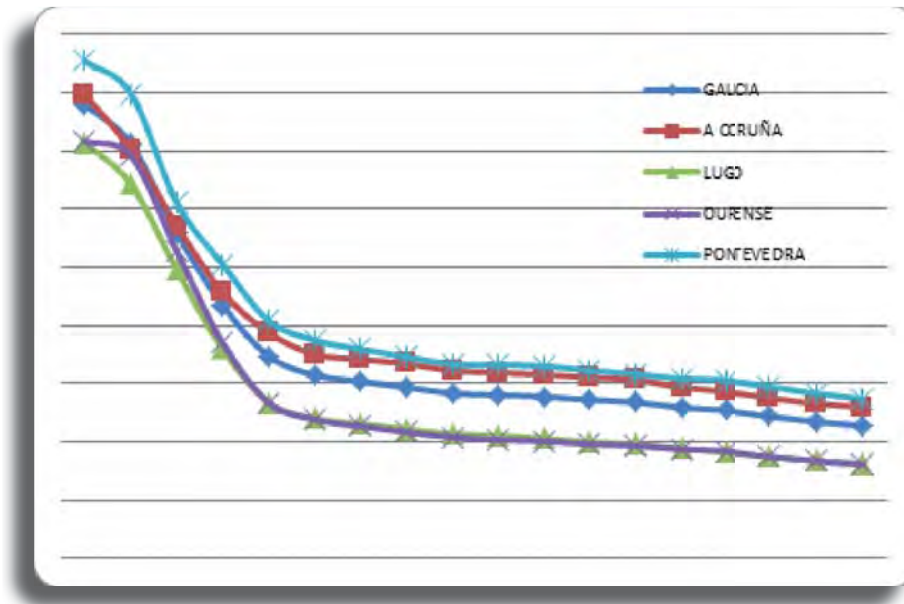


Fuente: Elaboración propia a partir Series históricas de población, INE.

- 6 El índice de natalidad de las mujeres gallegas, se situó en el primer trimestre de 2011 en 1,04 hijos por mujer, significativamente por debajo de la media nacional, de 1,41 hijos por mujer. En ambos casos estos índices están lejos del nivel de reemplazo, que se estima en 2,1 hijos por mujer. La caída en el índice de natalidad es una realidad en Europa, que en Galicia y España se muestra con mayor intensidad. La mujer europea tiene una media de 1,5 hijos frente a los 2,5 de la mujer asiática o latinoamericana y los 5 de la mujer africana, por lo tanto, no cuesta mucho comprender que el envejecimiento no hará más que aumentar en un futuro próximo.
- 7 Según la última información disponible en el Instituto Nacional de Estadística (INE) Tablas de mortalidad de la población de España 1991-2009, en 2009 la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Galicia era de 84,6 años. Los hombres tienen una esperanza de vida sensiblemente menor (77,8), hecho común en todas las sociedades desarrolladas. Aunque la esperanza de vida en Galicia es elevada, muchas regiones españolas (Galicia es la décima CC.AA. según este indicador, por debajo de la cifra para el conjunto de España) y europeas superan estos valores.
- 8 Desde el año 2000, España exhibe una de las mayores tasas de inmigración del mundo y ha sido, tras EEUU, el segundo país del planeta que más inmigrantes ha recibido en números absolutos.
- 9 Este indicador, muestra el esfuerzo que la población económica activa debe realizar para cubrir las necesidades de la población más vulnerable (niños y adultos mayores), es decir, la relación entre la demanda de servicios sociales y la capacidad potencial para financiarlos. En concreto se calcula como el total de población dependiente económicamente (intervalos de 0 a 19 años y de más de 65) entre la población potencialmente activa (intervalo entre 20 y 64 años).

Gráfico 4. Evolución de la Tasa de soporte de mayores

Fuente: Elaboración propia a partir Series históricas de población, INE.



No obstante, desde un punto de vista puramente económico la sostenibilidad del sistema de servicios sociales públicos, en definitiva nuestro estado del bienestar, depende del ratio entre el número de personas no productivas (mayores o menores de 65 años) y el número de personas ocupadas (tasa de empleo) y, por supuesto, de cuál es la eficiencia productiva de esos ocupados, lo que parece olvidarse al plantear la sostenibilidad del sistema solo en términos demográficos.

Desde el punto de vista de los servicios públicos, el envejecimiento de la población se vincula directamente con un aumento significativo en la demanda de cuidados de larga duración, por lo que se plantea la cuestión de si el actual sistema será capaz de afrontar ese previsible incremento en la demanda, especialmente en un contexto como el actual.

En primer lugar, este incremento se vincula directamente al aumento en el número (absoluto) de potenciales demandantes y al incremento en la duración individual de la demanda de cuidados. Ambos hechos deben ser matizados, ya que por un lado la incidencia de la discapacidad por edad no se mantiene constante en el tiempo y es previsible que se reduzca mientras que por otro lado la esperanza de vida libre de discapacidad podría aumentar más rápidamente que la esperanza de vida reduciendo en media los periodos de dependencia, como ya ha ocurrido en los últimos años (Cuadro 2). Entre 1986 y 2007 la esperanza de vida al nacer aumentó en 4,7 años mientras que la esperanza de vida libre de discapacidad aumentó en 5,9 años.

Cuadro 2. Esperanza de Vida al nacer

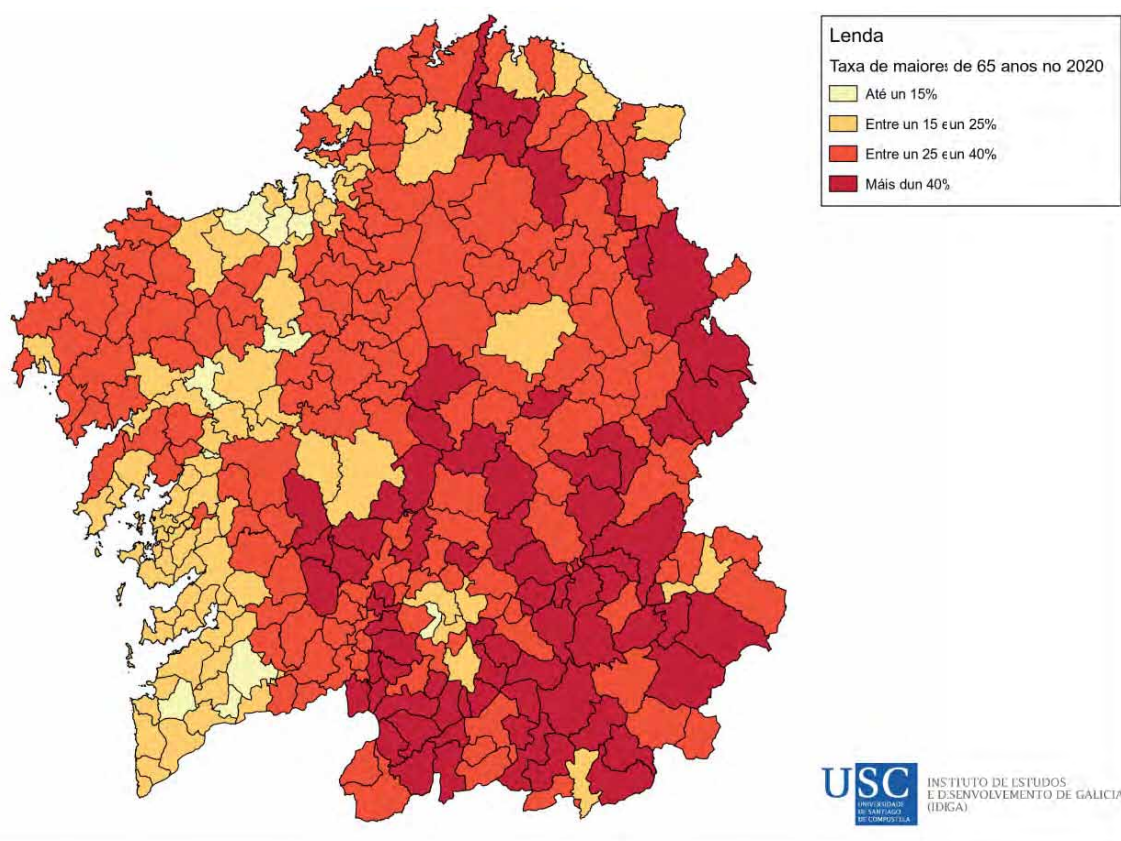
	Esperanza de Vida			Esperanza de Vida Libre Discapacidad		
	1986	1999	2007	1986	1999	2007
AMBOS SEXOS	76,4	79,4	81,1	66,7	70,7	72,6
HOMBRES	73,2	76,1	77,9	64,9	69	71,3
MUJERES	79,6	82,9	84,3	69,6	72,4	73,9

Fuente: Información y estadísticas sanitarias 2010 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

En segundo lugar, el incremento en la demanda de servicios sociales públicos se ha vinculado indirectamente a los cambios en las estructuras familiares que tienden a restringir la capacidad de brindar este tipo de cuidados. El cambio de rol económico de la mujer y la mayor complejidad de las relaciones familiares con tasas crecientes de divorcio y nuevas uniones debilitan los lazos familiares.

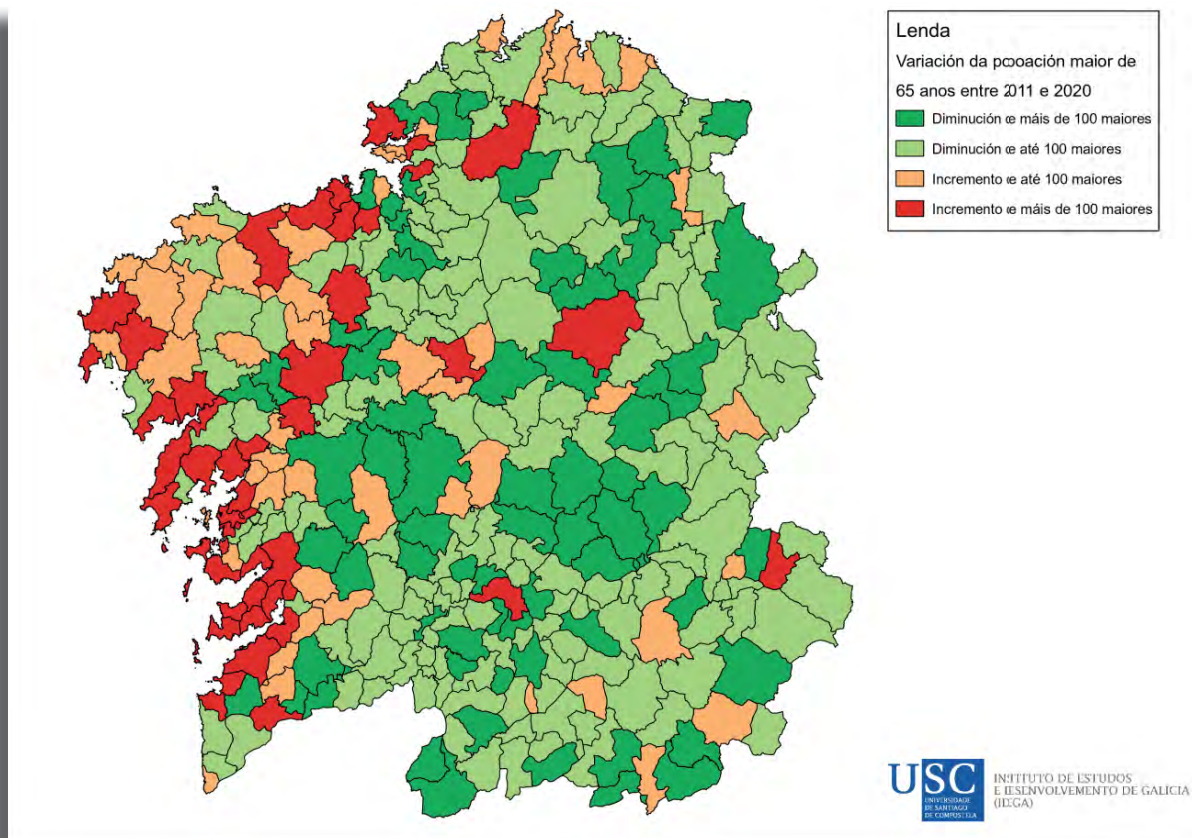
Es importante destacar que el incremento en la demanda de servicios está vinculado al incremento en el número absoluto de demandantes no a su incremento relativo. El envejecimiento de una población no es sinónimo de un mayor número de personas mayores como por ejemplo va ocurrir a medio plazo en Galicia (Mapa 1 y 2). En la mayor parte de los ayuntamientos de Ourense y Lugo el porcentaje de mayores de 64 años superará el 40% en 2020, pero ello no significa un aumento en el número absoluto de personas que superan esa edad, de hecho, en la mayor parte de los casos la reducción en el número de personas mayores superará la centena.

Mapa 1: Peso de la población mayor de 64 años en el total por ayuntamiento en el año 2020



Fuente: Elaboración propia a partir Proyecciones de población IDEGA.

Mapa 2: Incremento de la población mayor de 64 años por ayuntamiento entre 2011 y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir Proxeccións de poboación IDEGA.

La estructura por edades de la población gallega es también muy heterogénea por provincias. La población mayor de 65 años supera el 27% en Lugo y Ourense mientras no llega al 19% en Pontevedra y supera ligeramente el 21% en A Coruña. A escala municipal las diferencias son aun más acusadas como hemos visto en los mapas anteriores. Galicia cuenta con municipios en el eje atlántico donde la población mayor no supera el 15% del total (valores inferiores a la media del conjunto de España), mientras que en municipios del Sur de la provincia de Lugo y en el conjunto de la provincia de Ourense la población en edad avanzada supera el 40% del total. La posibilidad de recibir cuidados informales en el seno de la familia en amplias zonas de Galicia es cada vez más difícil, lo que está generando nuevos movimientos migratorios a las áreas con mayor concentración de población, no en búsqueda de un empleo, sino en busca del apoyo familiar.

El envejecimiento, combinado con el declive demográfico y una distribución de la población con una elevadísima dispersión, genera efectos territoriales en Galicia con importantes implicaciones económicas, sociales y medioambientales. Cada año son más los núcleos de población abandonados, con importantes consecuencias sobre el medio ambiente ya que mayoritariamente se despueblan áreas de elevado valor natural y patrimonial. Cada año son también más los núcleos de pequeña dimensión con lo que se acelera la desestructuración de determinados servicios, se acentúa la desigualdad de acceso a los mismos y se generan nuevas necesidades, en especial para las personas en edad avanzada. La soledad o las dificultades de acceso a la vivienda y a los centros de salud es difícil de corregir en provincias como Lugo, donde con datos de 2009 casi el 35% de la población vive en los más de 9.340 núcleos con menos de 50 personas.¹⁰ En Ourense con una dinámica demográfica semejante, “solo” viven en estos núcleos 50.300 personas, menos del 15% del total. Efectivamente, la relevancia de los núcleos de población “en peligro de desaparición”¹¹ es muy heterogénea, con marcadas diferencias provinciales. En este contexto, el número de núcleos de menor población aumenta progresivamente, a la vez que su tamaño

¹⁰ La Asociación Española de Municipios contra la Despoblación considera que los núcleos de población que cuenten con menos de 200 habitantes tienen muchas posibilidades de desaparecer a medio plazo, al tener más difícil el mantenimiento de sus servicios y la fijación de sus vecinos. Resulta evidente que el alcanzar el nivel de servicios necesarios está íntimamente vinculado a un umbral mínimo de población.

¹¹ De hecho, entre 1999 y 2009 el número de núcleos abandonados ha crecido considerablemente (casi 200).

disminuye (el número medio de personas por núcleo menor de 50 habitantes, era en 1999 de 18,5, mientras que en 2009 supera ligeramente las 16 personas).

La mayoría de servicios públicos locales necesitan un umbral mínimo de población para lograr una provisión eficiente, y así poder generar economías de escala y disponer de personal técnico capacitado para poder llevar a cabo su gestión. Dada la estructura actual de asentamiento de la población y la fuerte concentración de la actividad económica en los grandes núcleos urbanos (en las siete principales ciudades viven el 37% de la población, pero es el lugar de trabajo de más del 50% de los gallegos), las dificultades para el reequilibrio territorial, y sobre todo para prestar servicios públicos de calidad a todos los gallegos independientemente de donde residan parecen difíciles de superar.

3.- ¿Tenemos respuestas “eficientes” al reto demográfico?

En el debate público sobre el cambio demográfico, el envejecimiento de la población se ha considerado durante mucho tiempo como una carga para la sociedad en general y para los sistemas de sanidad y seguridad social en particular. Si revisamos los periódicos o cualquier otro medio de comunicación las noticias relacionadas con el envejecimiento siempre se asocian con un “gran peligro” que puede poner en jaque nuestro estado del bienestar. A medida que entramos en el siglo XXI, el envejecimiento supondrá un aumento de las demandas sociales y económicas en todos los países. Sin duda, es fácil comprender que si la esperanza de vida aumenta y las personas se siguen jubilando a la misma edad, las pensiones se cobrarán durante un periodo mucho más largo de jubilación. Además, años adicionales de vida no siempre se traducirán en años adicionales en perfectas condiciones de salud, por lo que podemos prever que se requerirán muchos más recursos y cuidados sino modificamos los objetivos prioritarios de nuestro sistema de salud. La solución a los posibles desequilibrios financieros que ambas situaciones provoquen requiere nuevas relaciones intergeneracionales, que exigirán, además de nuevas políticas públicas, que la sociedad civil asuma la urgencia de encontrar la necesaria cohesión social.¹² Las personas mayores deben considerarse un recurso y una oportunidad para la mejora de la calidad de vida del conjunto de la sociedad, no como una pesada carga. Este es el primer paso para afrontar con éxito el complejo desafío que significa el envejecimiento poblacional.

No obstante, la consecuencia más visible del envejecimiento y declive de la población es la reducción del número de personas que trabajan, generan renta y proporcionan cuidados en comparación con las que no trabajan, dependen de las rentas generadas por otros y reciben cuidados. El declive poblacional, juega en contra del crecimiento del potencial de producción, puesto que el tamaño de la población activa futura disminuye. Este es un problema común a toda la UE, y las medidas para minimizarlo se centran en el aumento de la tasa de participación de las mujeres y otros grupos excluidos (anular el impacto sobre la oferta de trabajo de la reducción de la población potencialmente activa incrementando su participación en el mercado laboral) y en el aumento de la productividad. A estos retos comunes a toda la UE, Galicia suma los problemas derivados de un modelo de asentamiento de la población excesivamente fragmentado y con una distribución de núcleos de tamaño muy reducido.

El gran desafío para Galicia consiste en reaccionar adecuadamente ante esta previsible evolución demográfica que hemos puesto de manifiesto en los apartados anteriores. Sin duda, que en la próxima década si no se modifican las tendencias y políticas actuales asistiremos a una disminución de la población activa, al jubilarse muchas personas nacidas durante el boom de la natalidad, y aumentará de forma significativa la presión sobre el sistema de protección social. Además la previsible pérdida de masa social y cuasi-abandono de amplias zonas supondrá importantes pérdidas del patrimonio cultural, arquitectónico, artístico y etnográfico, que seguro, lamentaremos en el futuro, además de importantes repercusiones ambientales. En conjunto, el cambio demográfico se acaba traduciendo en desórdenes territoriales, que afectan no solo a las zonas despobladas, sino a toda la sociedad.

Dar respuesta a este desafío, pasa por tomar conciencia de que estamos ante un problema multidimensional, que no se corrige solo con nuevas políticas demográficas reforzando a las familias residentes y atrayendo a inmigrantes. Por ello, es imprescindible considerar cada propuesta en sentido amplio coordinando las medidas a tomar en materia de fomento a la natalidad, ayuda familiar, adquisición de vivienda, incorporación de la mujer al mercado laboral, permisos de maternidad y paternidad, inmigración, infraestructuras educativas, protección social a la tercera edad, etc. Al mismo tiempo, nos enfrentamos a un problema global pero que presenta una elevada heterogeneidad territorial respecto a su incidencia y evolución futura. Afrontar este reto requiere, sin duda, ofrecer respuestas particulares, adaptadas a cada situación. No obstante, su solución difícilmente se puede abordar

¹² Seguramente a medio plazo no se podrá mantener una situación como la actual donde generaciones de mayores sigan transfiriendo en términos netos renta a generaciones adultas, las cuales a su vez sostengan a sus “hijos” pero dejen en manos del sector público el cuidado de sus “padres”.

individualmente por cada uno de los gobiernos locales. Es necesaria una elevada coordinación entre los distintos niveles de la administración pública para evitar duplicidades que podrían ser difícilmente sostenibles a medio plazo en un contexto de declive poblacional.

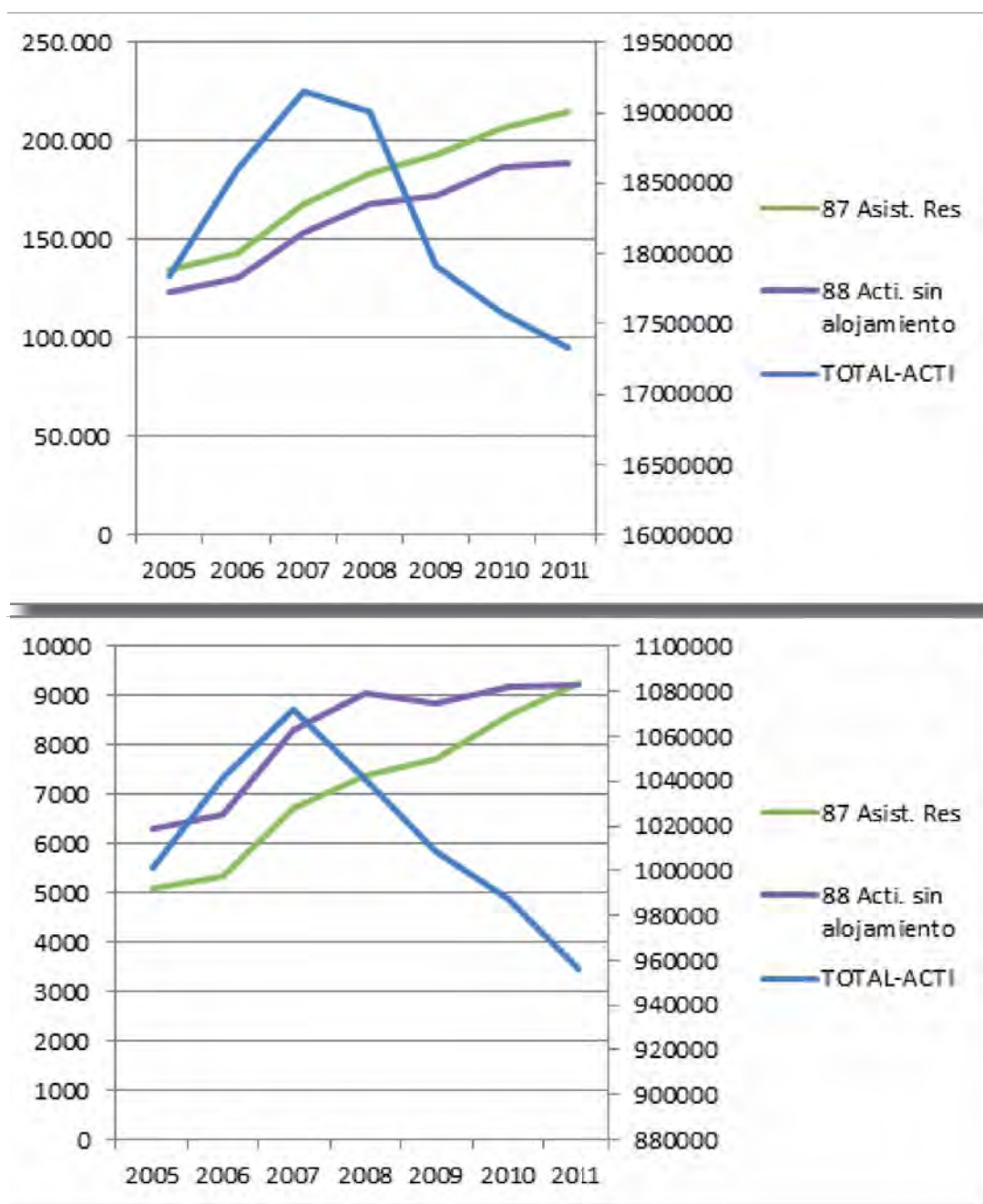
Llegados a este punto, la pregunta es la misma que hace muchas décadas (la población dependiente no es un problema nuevo) pero la respuesta no puede ser la misma que en el pasado. En cualquier caso y teniendo en cuenta todo lo anterior a la hora de dar respuesta al reto debemos tener mucho cuidado con:

- Considerar al colectivo de mayores como homogéneo. Deberíamos centrarnos en desarrollar servicios personalizados.
- Considerar que lo que es cierto para una parte lo es cierto para todos (Falacia de la composición). Por ejemplo, la atención residencial puede ser una solución óptima o aceptable en unos contextos mientras que en otros no.
- Olvidarse de abordar la atención de forma multidimensional (nuevas tecnologías son fundamentales, pero no son un fin, son un remedio; atender bien es el fin).
- Planificar pensando que el futuro se parecerá al pasado (soluciones imaginativas en el sentido más amplio del pensamiento Keynesiano).
- Plantear que existe una única alternativa...

Para finalizar un dato para ilustrar que no todas las consecuencias del envejecimiento son negativas y que es posible desarrollar una nueva economía ligada al envejecimiento. Durante el periodo 2005-2010 se ha registrado un crecimiento sostenido del número de afiliados en alta laboral en las ramas de servicios sociales (CNAE 87 y 88). Esta evolución contrasta con lo ocurrido para el conjunto de la economía, que sufrió una fuertísima destrucción de empleo a partir del segundo semestre de 2008.

Estos comportamientos opuestos quedan claramente reflejados en el gráfico 5. En ambos casos, puede observarse la fuerte caída en la afiliación total desde el comienzo de la crisis económica. Para las ramas de actividad 87 (Asistencia en establecimientos residenciales) y 88 (Actividades de servicios sociales sin alojamiento), se observa un crecimiento a lo largo de todo el periodo que se acelera desde 2007 coincidiendo con la entrada en vigor de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Puede decirse, por tanto, que la introducción de este nuevo sistema de protección social supone un punto de inflexión positivo para la generación de empleo en estas actividades a pesar de la negativa coyuntura económica, y que esta evolución ha sido más favorable en Galicia. De hecho, un reciente estudio publicado por el *Consejo Económico y Social* (Rodríguez, 2011), confirma a Galicia como la comunidad autónoma donde el empleo en servicios sociales experimentó en el periodo 1995-2010 el mayor incremento relativo, pasando de 3.300 ocupados a 23.600 (datos obtenidos a partir de la Encuesta de Población Activa).

Gráfico 5: Evolución de los afiliados a la Seguridad Social en alta laboral en España y Galicia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Seguridad Social.



Conferencia plenaria:

Genética y envejecimiento y genética de la longevidad

Angel Carracedo Álvarez

Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica- SERGAS-Xunta de Galicia
Grupo de Medicina Xenómica- CEGEN-Universidade de Santiago de Compostela

Genética y envejecimiento y genética de la longevidad

➔ Enlace pdf con las diapositivas de la conferencia plenaria:

Genética y envejecimiento y genética de la longevidad.

Genética y envejecimiento y genética de la longevidad

Angel Carracedo

Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica- SERGAS-
Xunta de Galicia

Grupo de Medicina Xenómica- CEGEN-Universidade de
Santiago de Compostela



A Coruña Nov 2012



Diapositiva 1

Genética y envejecimiento y genética de la longevidad

Angel Carracedo

Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica- SERGAS- Xunta de Galicia

Grupo de Medicina Xenómica- CEGEN-Universidade de Santiago de Compostela

A Coruña Nov 2012

Diapositiva 2



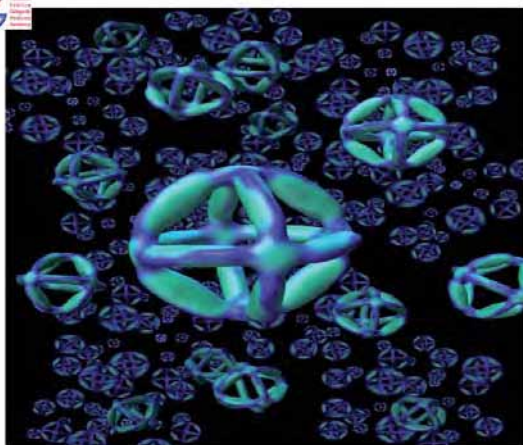
Diapositiva 3



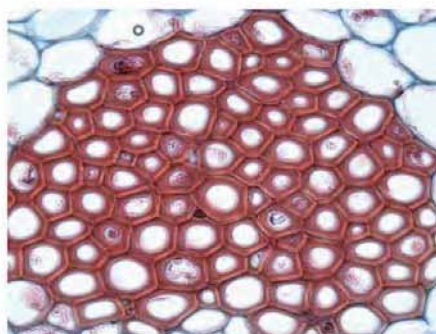
Diapositiva 4



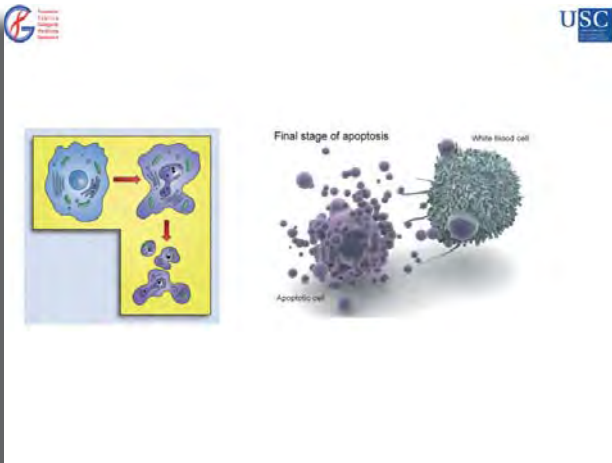
Diapositiva 5



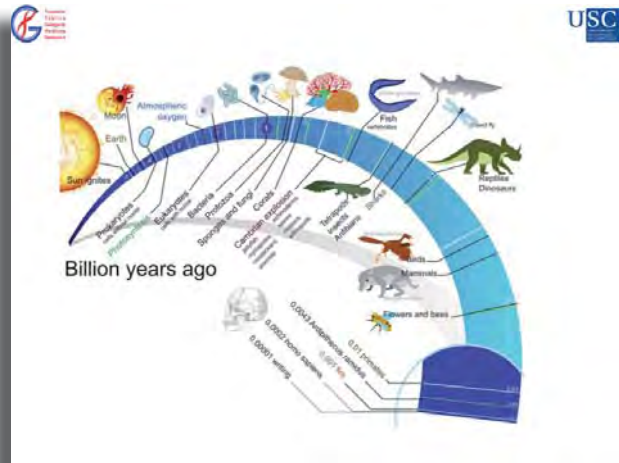
Diapositiva 6



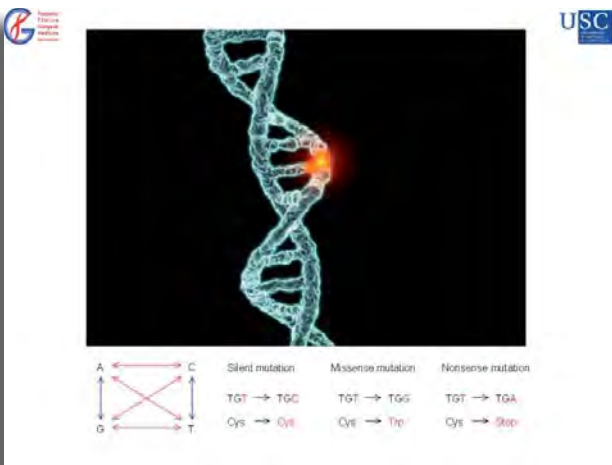
Diapositiva 7



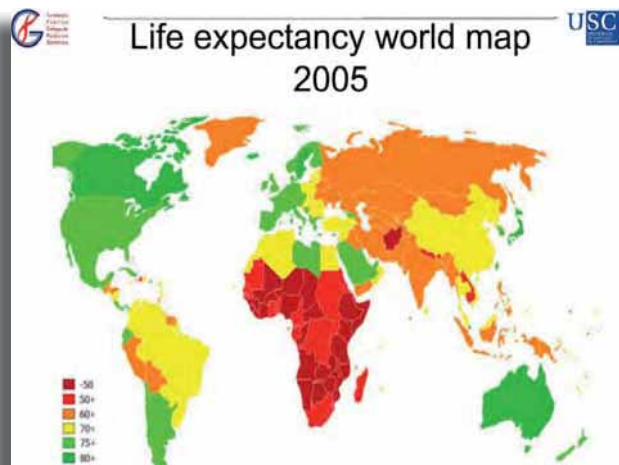
Diapositiva 8



Diapositiva 9



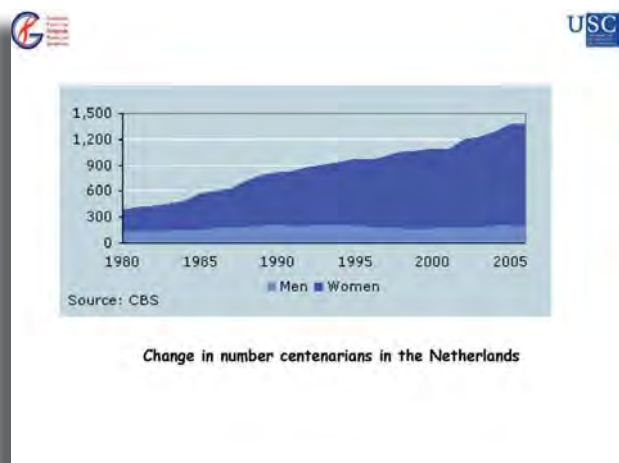
Diapositiva 10



Diapositiva 11



Diapositiva 12



Early Study on Familial Longevity

THE ANCESTRY OF THE LONG-LIVED
BY
RAYMOND PEAKL and RUTH BOWITT PEAKL
The Johns Hopkins University

This study found that the relatives of nonagenarians and centenarians live longer than relatives of shorter-lived individuals

These findings were confirmed in later studies (Gudmundsson et al., 2000; Perls et al., 2002 and others)

Heritability Estimates of Human Lifespan

Author(s)	Heritability estimate	Population
McGue et al., 1993	0.22	Danish twins
Ljungquist et al., 1998	<0.33	Swedish twins
Bocquet-Appel, Jacobi, 1990	0.10-0.30	French village
Mayer, 1991	0.10-0.33	New England families
Gavrilova et al., 1998	0.18	European aristocracy
Cournil et al., 2000	0.27	French village
Mitchell et al., 2001	0.25	Old Order Amish

Hereditability in neoplasms

TABLE 3. EFFECTS OF HERITABLE AND ENVIRONMENTAL FACTORS IN CANCERS AT VARIOUS SITES, ADJUSTED BY DATA FROM THE SWEDISH, DANISH, AND FINNISH TWIN REGISTRIES

Site or Tumor	Heritability (95% CI)		Environment (95% CI)		P value
	Heritability	Environment	Heritability	Environment	
Breast	0.28 (0.0-0.51)	0.18 (0.0-0.34)	0.62 (0.49-0.76)	0.0 (0)	1.6
Colon	0.25 (0.10-0.40)	0.40 (0.23-0.57)	0.68 (0.52-0.78)	0.0 (0)	0.01
Prostate	0.26 (0.0-0.51)	0.10 (0.0-0.21)	0.64 (0.47-0.78)	0.0 (0)	0.02
Lung	0.25 (0.0-0.51)	0.12 (0.0-0.24)	0.62 (0.51-0.72)	0.0 (0)	0.00
Stomach	0.27 (0.0-0.51)	0.10 (0.0-0.21)	0.67 (0.50-0.79)	0.0 (0)	0.01
Ovaries	0.28 (0.0-0.51)	0.10 (0.0-0.21)	0.68 (0.52-0.78)	0.0 (0)	0.00
Corpus uteri	0.28 (0.0-0.51)	0.17 (0.0-0.34)	0.62 (0.46-0.78)	0.0 (0)	0.00
Ovary	0.25 (0.0-0.51)	0.10 (0.0-0.21)	0.70 (0.50-0.80)	0.0 (0)	1.6
Prostate	0.42 (0.20-0.58)	0.10 (0.0-0.21)	0.58 (0.39-0.67)	0.0 (0)	0.00
Bladder	0.21 (0.0-0.42)	0.10 (0.0-0.21)	0.69 (0.52-0.78)	0.0 (0)	0.00
Liver	0.21 (0.0-0.42)	0.12 (0.0-0.24)	0.68 (0.45-0.80)	0.0 (0)	0.00

*CI denotes confidence interval.
†Data for all countries and both sexes are pooled because of small numbers.
‡Data are for women only.
§Data are for men only.

Lichtenstein et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer—analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Engl J Med* 2000; 343(2): 78-85

Offspring Lifespan at Age 60 as a Function of Paternal Lifespan

Data are adjusted for other predictor variables

Daughters, 6,517 cases

Sons, 5,419 cases

Offspring Lifespan at Age 60 as a Function of Maternal Lifespan

Data are adjusted for other predictor variables

Daughters, 6,517 cases

Sons, 5,419 cases

Person's Lifespan as a Function of Spouse Lifespan

Data are adjusted for other predictor variables

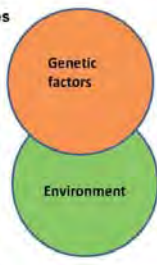
Married Women, 4,530 cases

Married Men, 5,102 cases

Diapositiva 19

Biology of ageing is concerned with:

- Age-related changes in molecules and cells (theories of ageing)
- Normal ageing and associated disorders of key physiological systems
- Influence of environment and lifestyle.



All these interact to produce ageing as we know it.

Diapositiva 20

Theories of ageing have traditionally been split into:

- Programmed theories – ageing is caused by genes switching on and off, in the same way that development is regulated.
- Random damage / stochastic damage theories – ageing is caused by wear & tear and accumulation of damage

Both are complementary

Diapositiva 21

THEORIES OF AGEING:
'Programmed' ageing - evidence

- Species specific max lifespan
120 years (human), 150 years (whale), 5,000 years (oak tree)
- Disease associated genes
e.g. ApoE 4 and AD
ApoE 2 and longevity
ACE and cardiovascular disease
- Animal longevity 'gerontogenes'
e.g. c.elegans and d.melanogaster
Several mutations increase longevity



Diapositiva 22

- Genetic mutations producing fast ageing syndromes (progeria)

- Cells in culture can divide only a set number of times - 'cellular clock' or Hayflick limit


Diapositiva 23

PROGERIA
LMNA Mutations



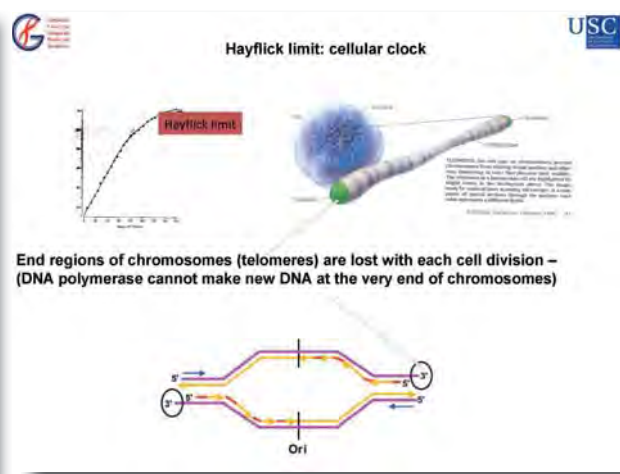
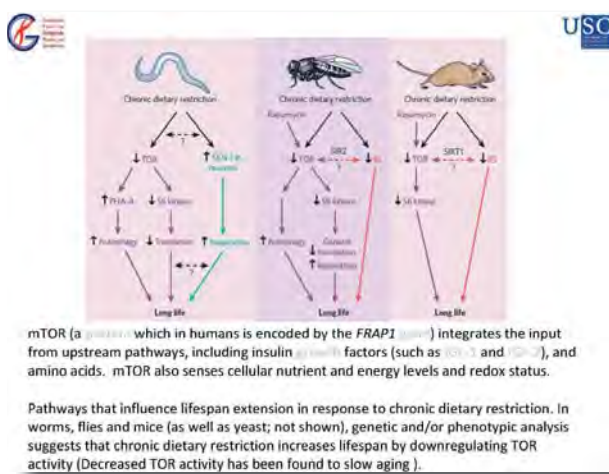
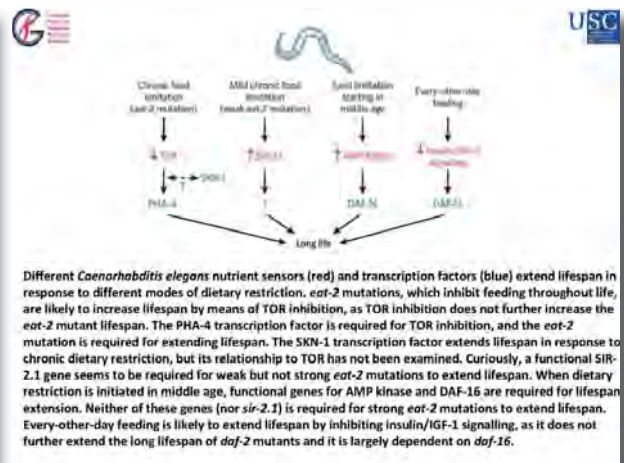
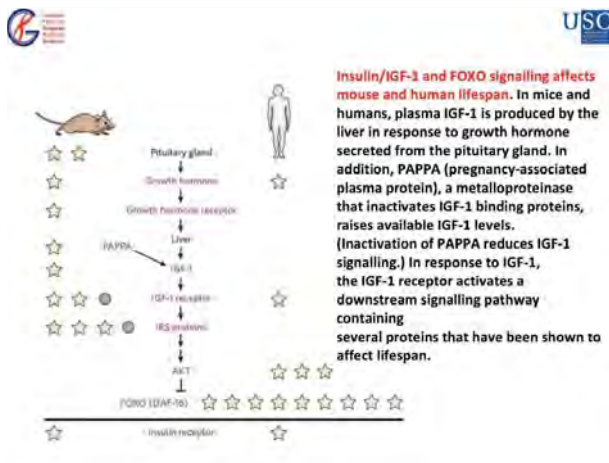
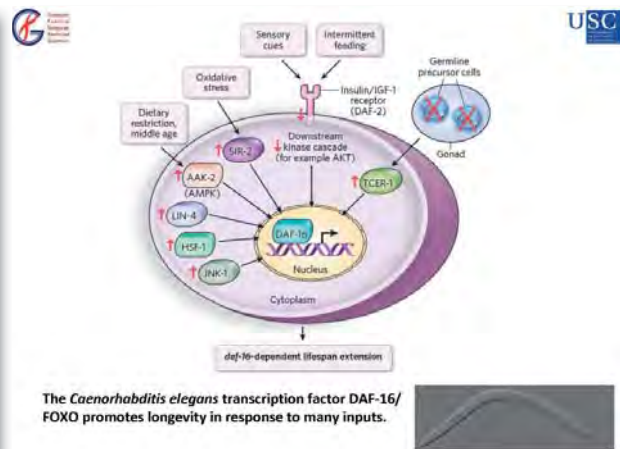
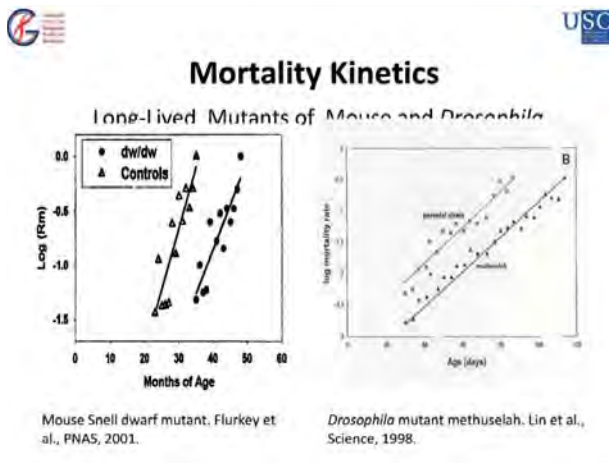
Steps in normal cell	Steps in cell with progeria
The gene LMNA encodes a protein called prelamin A.	The gene LMNA encodes a protein called prelamin A.
Prelamin A has a farnesyl group attached to its end.	Prelamin A has a farnesyl group attached to its end.
Farnesyl group is removed from prelamin A.	Farnesyl group remains attached to prelamin A.
Normal form is called progerin A.	Abnormal form of prelamin A is called progerin.
Prelamin A is not anchored to the nuclear rim.	Progerin is anchored to the nuclear rim.
Normal state of the nucleus.	Abnormally shaped nucleus.

Accelerated aging diseases (such as Werner's syndrome, Cockayne's syndrome, or xeroderma pigmentosum) caused by defective DNA repair

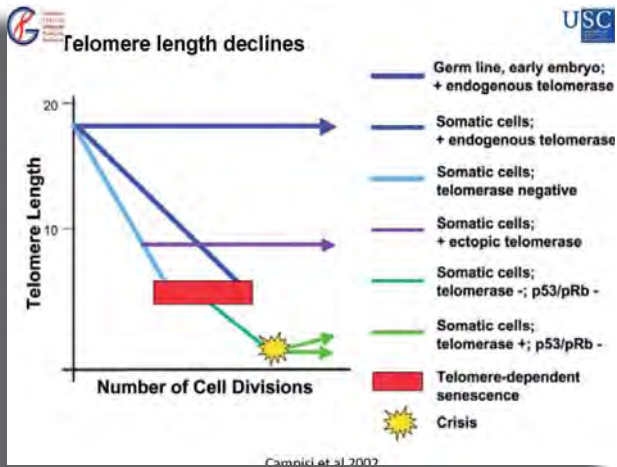
Diapositiva 24

Síndrome de Nestor y Guillermo
Gen BANF1

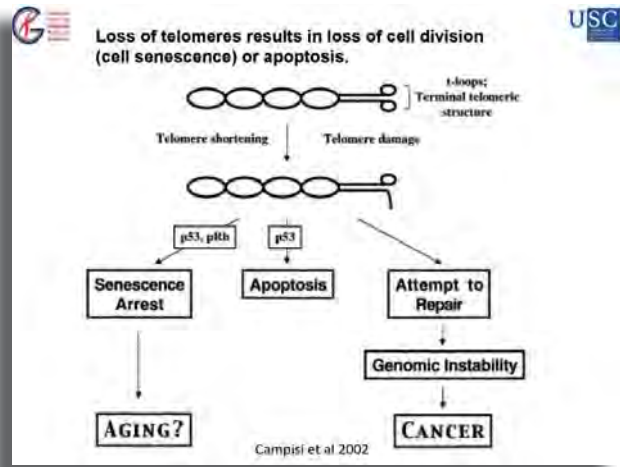




Diapositiva 31



Diapositiva 32



Diapositiva 33

Far from identifying an 'ageing gene', all these studies have suggested that multiple genes are involved, all of which direct some aspect of cell maintenance and repair

The genes identified with a role in ageing are mostly involved in

Cell maintenance and repair

e.g.

- **ApoE** cell membrane repair
- **Gerontogenes**: antioxidant and metabolic enzymes
- **Progeria**: helicase, involved in DNA maintenance, repair and protein synthesis
- **Hayflick limit**: DNA protection

Diapositiva 34

Theories of ageing have traditionally been split into:

- **Programmed theories** – ageing is caused by genes switching on and off, in the same way that development is regulated.
- **Random damage / stochastic damage theories** – ageing is caused by wear & tear and accumulation of damage

Diapositiva 35

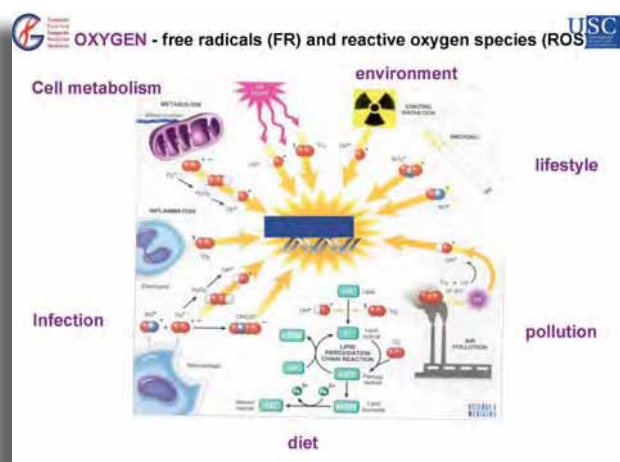
THEORIES OF AGEING:

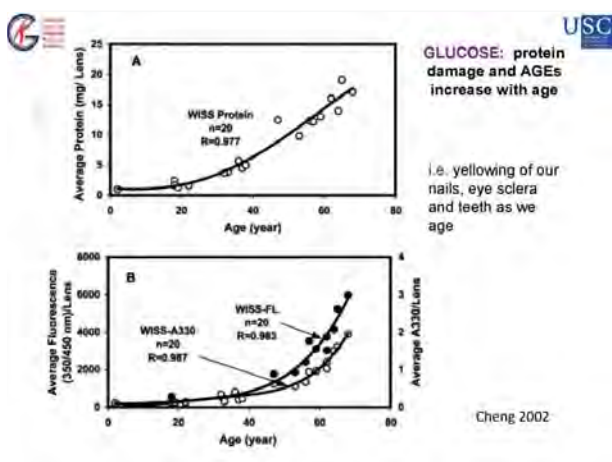
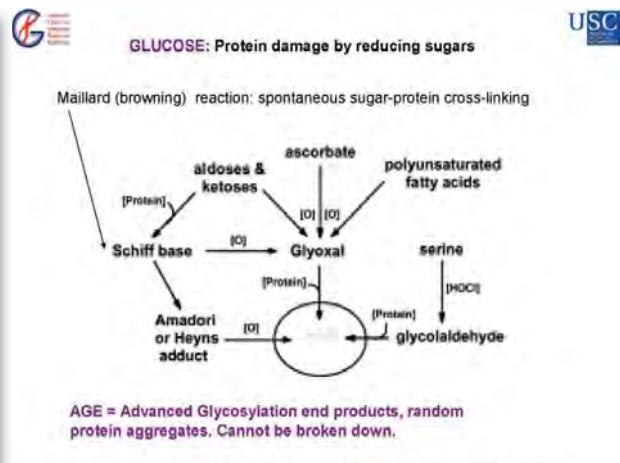
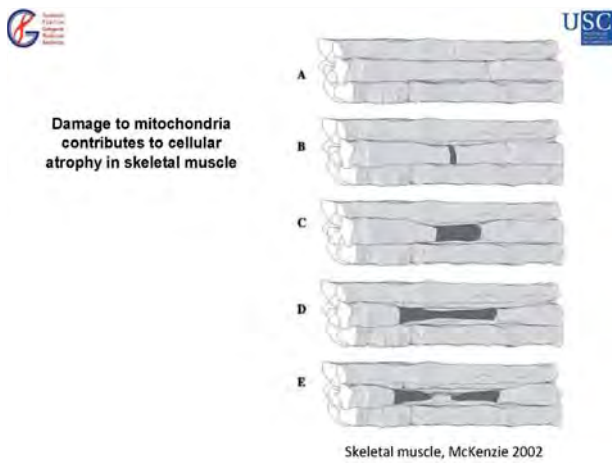
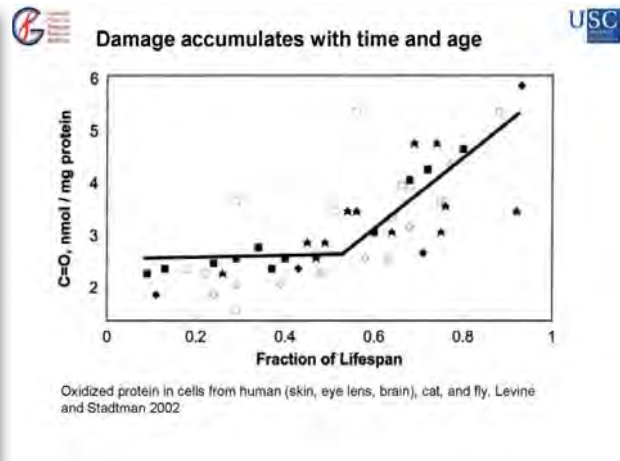
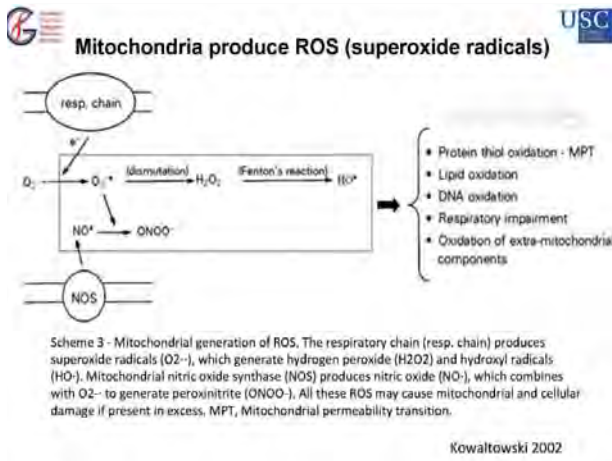
Random, stochastic damage - evidence

Two major sources of damage to molecules and cells are:

- OXYGEN** - Oxidative stress – oxygen free radicals
- GLUCOSE** - Protein damage by reducing sugars- glycosylation

Diapositiva 36

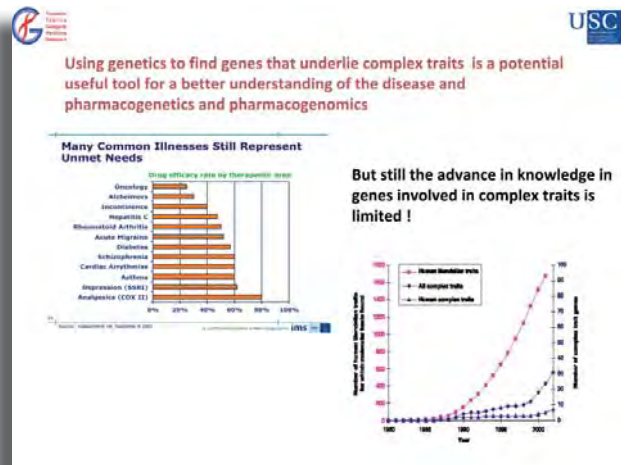




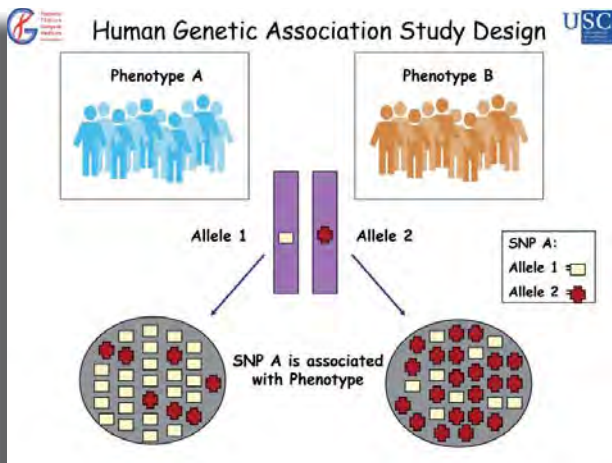
Diapositiva 43



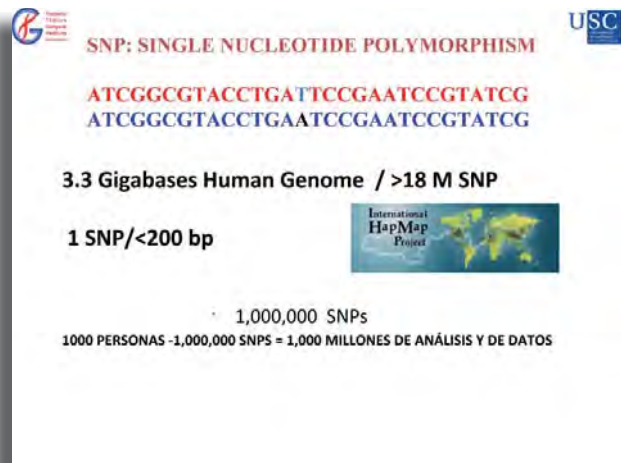
Diapositiva 44



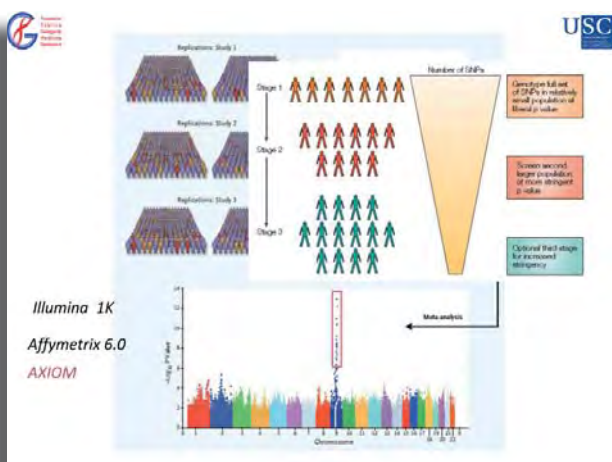
Diapositiva 45



Diapositiva 46

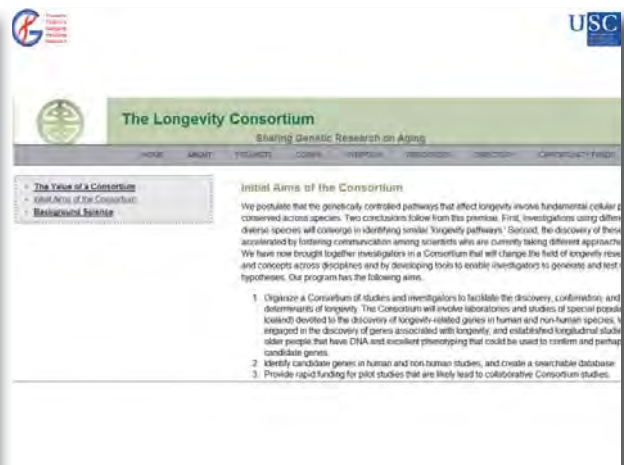
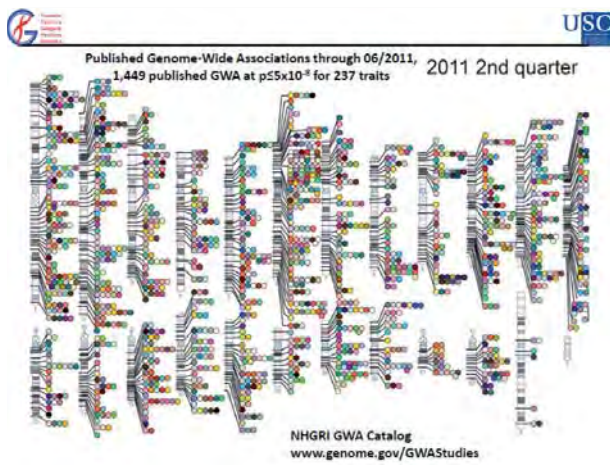


Diapositiva 47



Diapositiva 48





Diapositiva 55

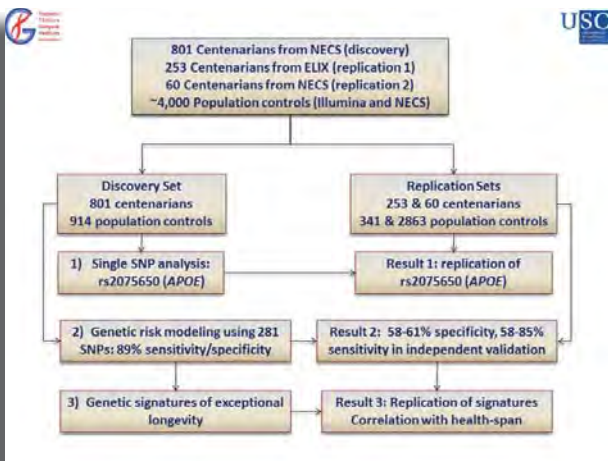
The screenshot shows the Science journal homepage with the article 'Genetic Signatures of Exceptional Longevity in Humans' highlighted. The article is marked as retracted. The abstract mentions a study of 801 centenarians from the NECS (discovery) and 253 from ELIX (replication 1). The article is dated July 1, 2010.

1. The SNP data is flawed.
2. The statistics are misleading and can't be reproduced.
3. The Manhattan Plot is not representative of conventional Manhattan plots where numerous related SNPs are always seen.
4. Identical analysis were done using other centenarian data with the 150 SNPs by independent researchers and only random correlations were found
5. 10% of the centenarians tested were done with a flawed chip.

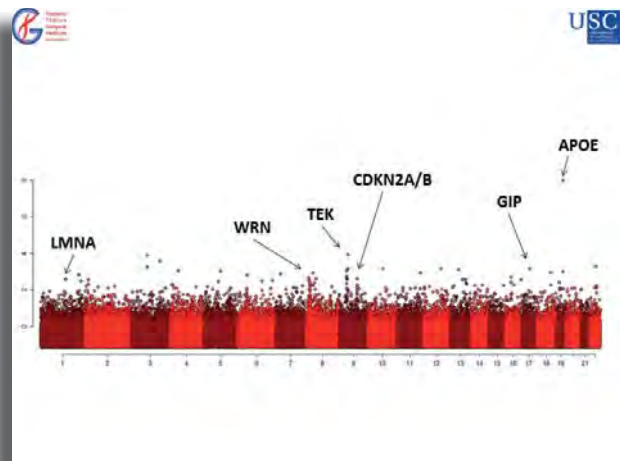
Diapositiva 56

The screenshot shows the PLoS ONE journal homepage with the article 'Genetic Signatures of Exceptional Longevity in Humans' highlighted. The article is dated July 1, 2010. The abstract mentions a study of 801 centenarians from the NECS (discovery) and 253 from ELIX (replication 1). The article is dated July 1, 2010.

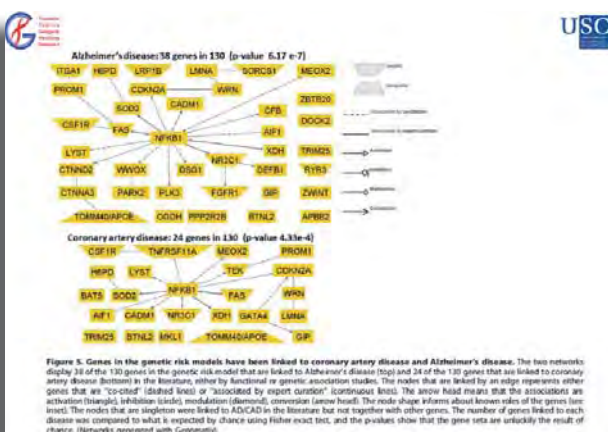
Diapositiva 57



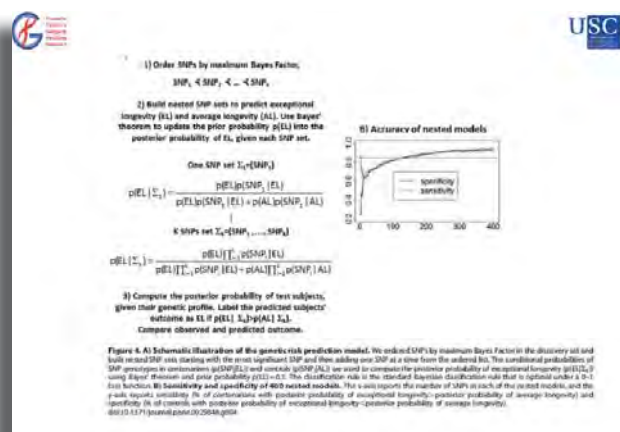
Diapositiva 58

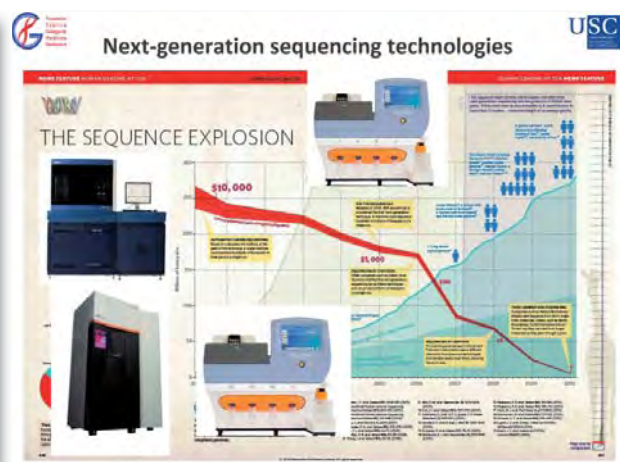
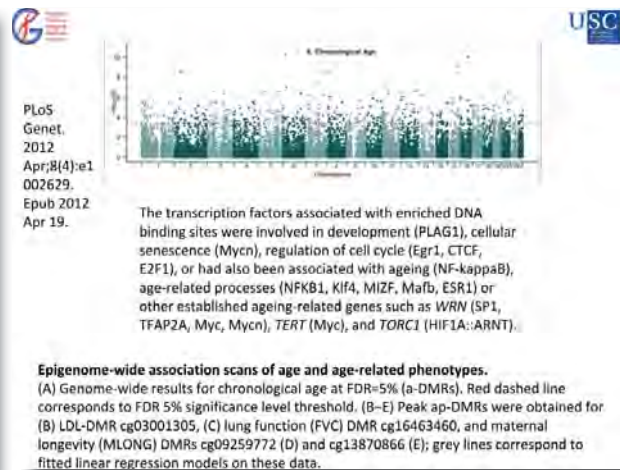
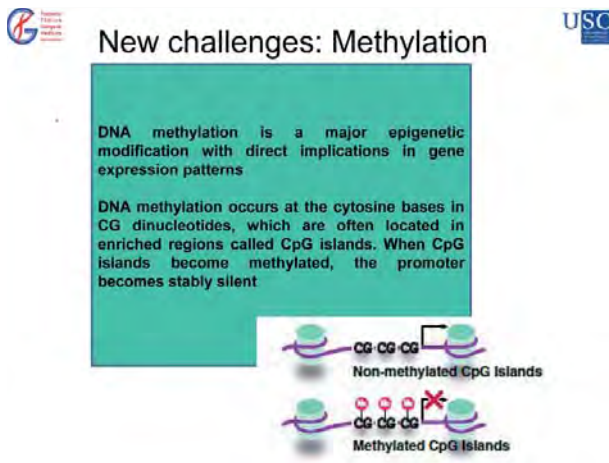
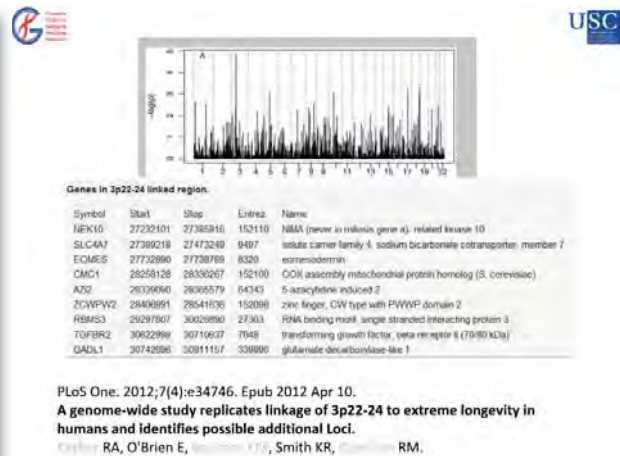
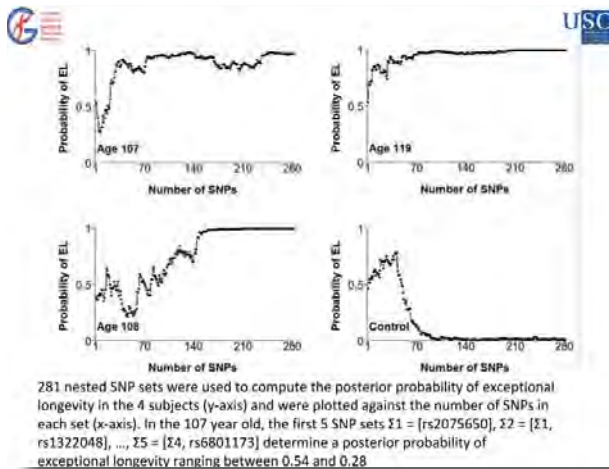


Diapositiva 59

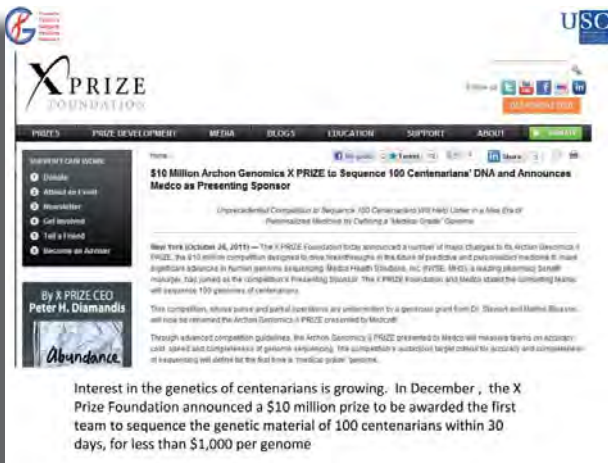


Diapositiva 60





Diapositiva 67



The screenshot shows the XPRIZE Foundation website. The main headline reads: "\$10 Million Archon Genomics X PRIZE to Sequence 100 Centenarians' DNA and Announces Medco as Presenting Sponsor". Below this, it states: "Unprecedented Competition to Sequence 100 Centenarians' DNA in a New Era of Personalized Medicine by Defining a 'Medico-Genetic' Genome". A sub-headline mentions: "New York (October 26, 2015) — The XPRIZE Foundation today announced a number of major changes to its Archon Genomics X PRIZE, the \$10 million competition designed to drive breakthroughs in the fields of predictive and personalized medicine. It will sequence 100 genomes of centenarians." The text continues: "This competition, whose prize and partial expenses are underwritten by a generous grant from Dr. Steven and Maureen Block, will now be renamed the Archon Genomics X PRIZE presented by Medco." It also mentions: "Through advanced competition guidelines, the Archon Genomics X PRIZE presented by Medco will measure teams on accuracy, cost, speed and completeness of genome sequencing. The competition's substantial target reward for accuracy and completeness of sequencing will allow for the first look at a 'Medico-Genetic' Genome."

Interest in the genetics of centenarians is growing. In December, the X Prize Foundation announced a \$10 million prize to be awarded the first team to sequence the genetic material of 100 centenarians within 30 days, for less than \$1,000 per genome

Diapositiva 68



The screenshot shows a page from the journal "frontiers in GENETICS". The article title is "Whole Genome Sequences of a Male and Female Supercentenarian, Ages Greater than 114 Years". The authors listed are: Paolo Sebastiani,¹ Alberto Iorio,² Murli Montano,³ Philip Pham,⁴ Ali Forkmann,⁵ Eugene Scherba,⁶ Gary Benson,⁷ Jacqueline N. Milon,⁸ Clinton T. Baldwin,⁹ Stacy Andersen,¹⁰ Nicholas J. Schork,¹¹ Martin H. Steinberg,¹² and Thomas T. Perls.¹³

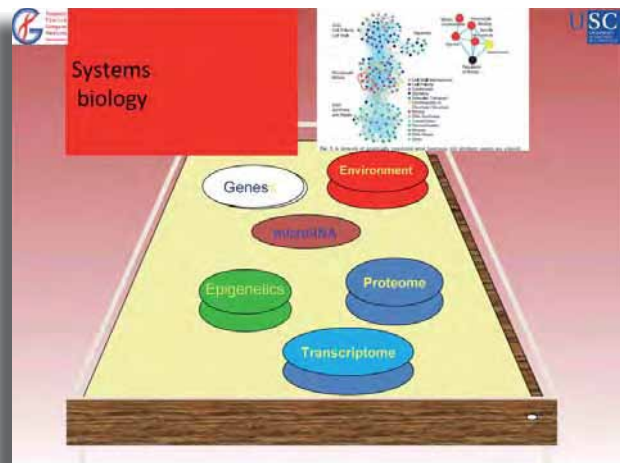
Both individuals are enriched for coding variants near longevity-associated variants that we discovered through a large genome-wide association study. These analyses suggest that there are both common and rare longevity-associated variants that may counter the effects of disease-predisposing variants and extend lifespan. The continued analysis of the genomes of these and other rare individuals who have survived to extremely old ages should provide insight into the processes that contribute to the maintenance of health during extreme aging.

Diapositiva 69

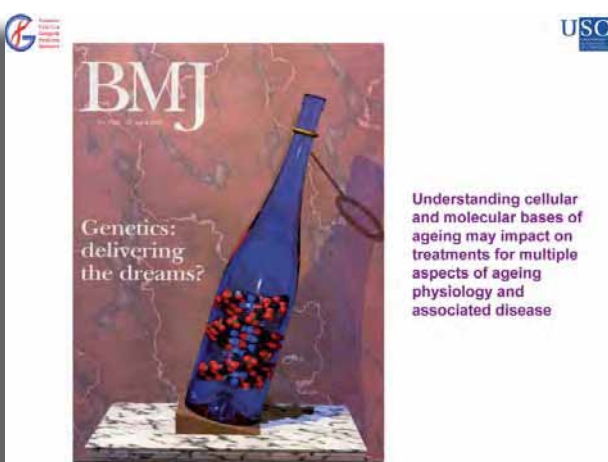


The image shows a form titled "Formulario de Caracterización Científica del Centro del Conocimiento". It is a detailed questionnaire for scientific characterization, with sections for "Datos de identificación", "Datos de contacto", "Datos de la institución", "Datos de la actividad", "Datos de la investigación", and "Datos de la gestión". The form includes various checkboxes and fields for providing information about the center's scientific profile, its mission, and its organizational structure.

Diapositiva 70



Diapositiva 71



The image shows the cover of the British Medical Journal (BMJ) journal. The title "BMJ" is prominently displayed at the top. Below it, the subtitle "Genetics: delivering the dreams?" is written. The cover features a large, stylized blue bottle filled with red and white pills, set against a dark background. To the right of the bottle, the text reads: "Understanding cellular and molecular bases of ageing may impact on treatments for multiple aspects of ageing physiology and associated disease".

Diapositiva 72





Conferencia plenaria:

Presente y futuro de la investigación en envejecimiento activo

Mari Feli González Pérez

Fundación Instituto Gerontológico Matia –INGEMA

San Sebastián

Presente y futuro de la investigación en envejecimiento activo

➔ Enlace pdf con las diapositivas de la conferencia plenaria:

Presente y futuro de la investigación en envejecimiento activo.

The image shows the cover of a presentation slide deck. At the top, there is a row of logos: 'COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZA ESPAÑA - PORTUGAL COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRICA', 'Unión Europea FEDER' with the European Union flag, 'envejecimiento + activo' with a person icon, 'XUNTA DE GALICIA', and 'III Congreso de Envejecimiento Activo'. Below these logos is a large grey rectangular box containing the title 'Presente y futuro de la investigación en envejecimiento activo' in bold blue text. Underneath the title box, the speaker's name 'Mari Feli González Pérez' and affiliation 'Fundación Instituto Gerontológico Matia -INGEMA San Sebastián' are listed. Further down, the event details are provided: 'Congreso internacional sobre envejecimiento activo. "Preparando nuestro futuro"' and 'A Coruña, 16 de Noviembre de 2012'. At the bottom left is the 'ingema' logo, which consists of the word 'ingema' in a stylized font with a red square behind the 'ma', and 'instituto gerontológico matia' in smaller text below it.

Diapositiva 1



Presente y futuro de la investigación en envejecimiento activo

Mari Feli González Pérez
Fundación Instituto Gerontológico Matia –INGEMA
San Sebastián

Congreso internacional sobre envejecimiento activo. "Preparando nuestro futuro"
A Coruña, 16 de Noviembre de 2012

ingema
Instituto Gerontológico Matia

Diapositiva 2

ÍNDICE

- 1) MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
 - ACTIVE AND HEALTHY AGEING / HEALTHY LIFE YEARS
 - PERFIL DE LA PERSONA MAYOR EUROPEA
- 2) OBJETIVOS DE LA COMISIÓN EUROPEA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- 3) ALGUNOS PROYECTOS
 - o Exploring the Methods Supporting Active Ageing at European Level – Explore-Activate
 - o Social Innovation on active and healthy ageing for sustainable economic growth – SiforAge
 - o Euskadi Amigable
 - o LEAGE – LEArning Games for elder Europeans

ingema
Instituto Gerontológico Matia

Diapositiva 3

ÍNDICE

- 1) MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
 - ACTIVE AND HEALTHY AGEING / HEALTHY LIFE YEARS
 - PERFIL DE LA PERSONA MAYOR EUROPEA
- 2) OBJETIVOS DE LA COMISIÓN EUROPEA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- 3) ALGUNOS PROYECTOS
 - o Exploring the Methods Supporting Active Ageing at European Level – Explore-Activate
 - o Social Innovation on active and healthy ageing for sustainable economic growth – SiforAge
 - o Euskadi Amigable
 - o LEAGE – LEArning Games for elder Europeans

ingema
Instituto Gerontológico Matia

Diapositiva 4

MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Potenciar el bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.

El envejecimiento activo (EA) se aplica a los individuos y a los grupos de población.

World Health Organization (2002) Active Ageing - A Policy Framework, p. 12.



ingema
Instituto Gerontológico Matia

Diapositiva 5

MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Los europeos viven ahora más y con más salud que nunca: APROVECHAR OPORTUNIDAD

El envejecimiento activo puede dar a las personas mayores la oportunidad de:

- permanecer en el mercado laboral y compartir su experiencia
- seguir ejerciendo un papel activo en la sociedad
- vivir una vida lo más saludable y satisfactoria posible

Promover y mantener la solidaridad intergeneracional

Ámbitos actuación: el empleo, la sanidad, los servicios sociales, la formación de adultos, el voluntariado, la vivienda, los servicios informáticos o el transporte

ingema
Instituto Gerontológico Matia

Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012

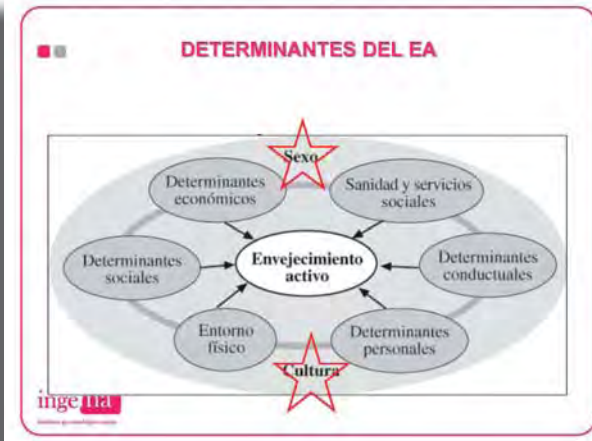
Diapositiva 6

MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

- Participación constante en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra.
- Las personas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes y comunidades.
- El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

ingema
Instituto Gerontológico Matia

Diapositiva 7



Diapositiva 8

MARCO EUROPEO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

- **FuturAge Roadmap**, "En términos científicos envejecimiento activo se utiliza como un término que denota varias combinaciones esenciales de calidad de vida tales como participación continua en el mercado laboral, contribución activa en las labores domésticas (cuidado, tareas del hogar), participación activa en la comunidad y las actividades de ocio y tiempo libre" (FuturAge, 2011)

ingema

FUTURAGE A Road Map for European Ageing Research - October 2011

Diapositiva 9

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA TENER MÁS VIDA EN LOS AÑOS

MANTENIENDO Y RECUPERANDO CAPACIDAD MENTAL

INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD Y EN EL MERCADO LABORAL

GARANTIZANDO LA CALIDAD Y LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

ENVEJECIENDO BIEN EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

ENVEJECIMIENTO DESIGUAL Y DESIGUALDADES RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO

BIO-GERONTOLOGÍA: DE LOS MECANISMOS A LAS INTERVENCIONES

ingema

Diapositiva 10

ACTIVE AND HEALTHY AGEING Y HEALTHY LIFE YEARS

- Verdadero reto en Europa en los próximos años:
 - Cambiar la mente y las actitudes hacia una nueva visión del envejecimiento
 - Cambio a nivel social y a nivel institucional
 - Empoderar a las personas mayores y a las comunidades como ciudadanos capaces de contribuir al desarrollo socio-económico de la Unión Europea
- Esta nueva forma de entender el envejecimiento es denominada como **"Active and Healthy Ageing" (AHA)**

ingema

Diapositiva 11

ACTIVE AND HEALTHY AGEING Y HEALTHY LIFE YEARS

- **Healthy Life Years (HLY)** es un indicador de la esperanza de vida libre de discapacidad.
 - Se basa en limitaciones en las actividades de vida diaria y mide el número de años restantes que una persona de una edad determinada puede esperar vivir sin discapacidad
- El concepto de Active and Healthy Ageing está inevitablemente ligado al concepto Healthy Life Years.
- Incluso aquellas personas con limitación funcional pueden llevar a cabo un proceso de envejecimiento activo y saludable.

ingema

<http://www.healthy-life-years.eu/>

Diapositiva 12

	ESPERANZA VIDA (EV)		HLY		EV CON DISCAPACIDAD		EV CON DISCAPACIDAD	
	(en años)		(en años)		(en años)		(en años)	
Países								
Austria	77.75	83.28	58.02	59.51	12.84	14.67	7.3	9.1
Bélgica	79.92	82.98	63.2	63.77	9.68	13.01	4.14	5.78
Bulgaria	69.18	77.03	61.02	60.51	5.45	4.21	2.41	3.31
Canadá	78.51	83.11	64.46	65.11	9.91	10.73	5.11	7.28
Reino Unido	74.06	80.62	61.16	63.33	9.6	12.45	3.3	4.72
Corea del Sur	79.52	80.36	62.07	60.68	10.33	14.26	3.91	6.06
Dinamarca	68.71	79.62	62.76	67.24	10.82	14.86	5.54	7.32
Francia	76.47	83.38	58.56	59.58	12.72	17.54	5.18	6.37
Alemania	77.8	84.84	62.41	64.21	9.38	12.62	6.01	8.01
Irlanda	77.68	82.36	65.43	65.76	7.11	9.4	5.15	7.16
Italia	77.54	82.3	63.16	64.97	9.96	12.75	4.42	4.65
Japón	79.15	84.68	62.4	61.21	11.07	16.05	5.17	7.22
Letonia	68.57	77.7	51.48	54.16	11.66	17.8	3.86	5.73
Lituania	66.59	77.83	54.82	59.54	8.04	12.61	3.83	5.44
Luxemburgo	78.11	83.06	64.81	64.2	8.24	12.58	5.06	6.3
Malta	76.9	81.86	68.82	71.86	6.17	7.68	2.11	2.51
Países Bajos	78.43	82.47	62.41	66.76	12.36	17.55	3.57	5.37
Polonia	71.26	80.02	56.42	60.83	8.88	11.77	4.15	5.63
Portugal	76.24	82.41	58.99	57.22	10.33	14.35	6.92	10.83
Rumanía	69.71	77.27	50.03	62.64	5.96	9.35	3.88	5.23
Reino Unido	70.84	78.68	51.81	52.3	12.54	17.17	6.48	9.51
Eslovenia	74.53	82.56	58.41	60.8	9.57	13.25	4.2	7.68
Eslovaquia	75.2	84.5	63.83	63.27	10.8	15.58	3.57	5.64
España	78.18	83.25	68.22	68.71	9.22	7.83	3.75	6.71
Reino Unido	77.82	81.88	64.99	66.31	7.12	8.8	5.71	6.78

ingema

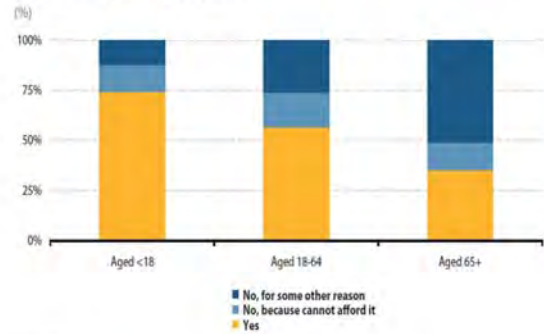
Fuentes: Eurostat for death and population data – Eurostat SILC for activity limitation data, and EHemu for calculations.

Diapositiva 13



Diapositiva 14

Figure 6.12: Proportion of the population regularly participating in a leisure activity such as sport, cinema, concert, EU-27, 2009 (°)

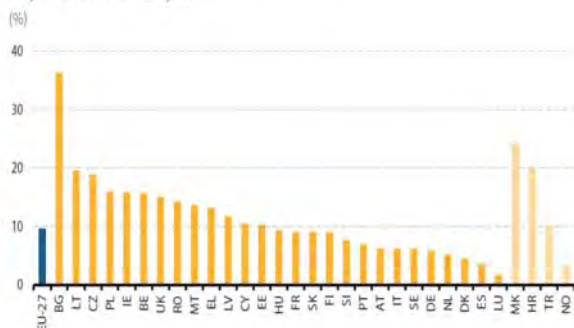


(°) Estimates.

Source: Eurostat (EU-SILC 2009 module: material deprivation)

Diapositiva 15

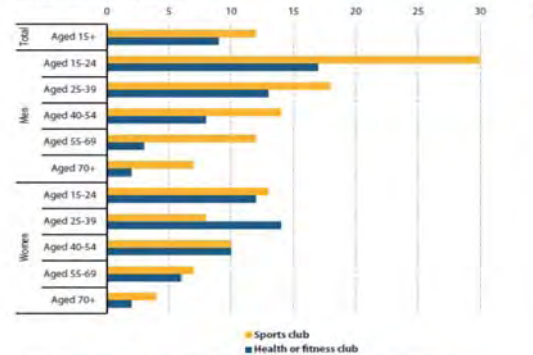
Figure 6.11: Proportion of the population aged 65+ agreeing or strongly agreeing that they felt left out of society, 2007



Source: European quality of life survey - 2007, © European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound)

Diapositiva 16

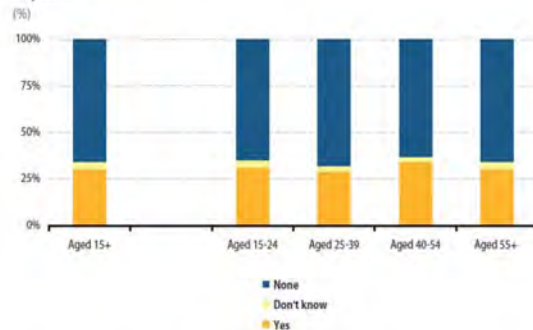
Figure 6.14: Proportion of the population stating that they were members of clubs where sport or recreational physical activity is undertaken, EU-27, October 2009 (%; multiple answers possible)



Source: European Commission, Special Eurobarometer No. 534—Sport and physical activity

Diapositiva 17

Figure 6.16: Active participation (or voluntary work) in at least one organisation, EU-27, May 2010

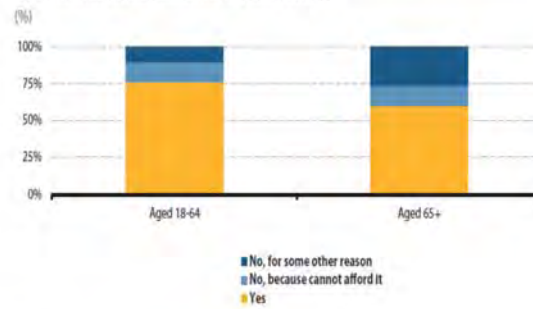


(°) A list of 15 types of organisations was suggested, including those concerned with: solidarity and humanitarian aid, health care, environment, sport, protection of human rights, social inclusion, education and training.

Source: European Commission, Standard Eurobarometer No. 73

Diapositiva 18

Figure 6.15: Proportion of the population getting together with friends/family (relatives) for a drink/meal at least once a month, EU-27, 2009 (°)

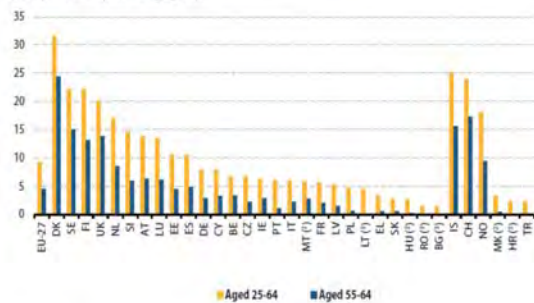


(°) Estimates.

Source: Eurostat (EU-SILC 2009 module: material deprivation)

Diapositiva 19

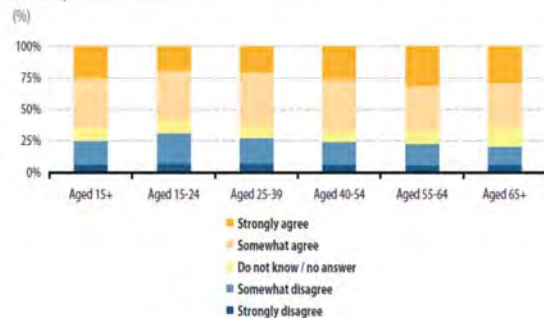
Figure 6.21: Participation in education and training, 2009⁽¹⁾
(% of persons in specified age group)



(1) During the four weeks preceding the survey.
(2) Data for the age group 55-64 is unreliable.
(3) Data for the age group 55-64, not available.
Source: Eurostat (code: trng_its_01)

Diapositiva 20

Figure 5.7: Proportion of the population expressing the opinion that developing products and services responding to the needs of older people will become a key driver of the economy, EU-27, March 2009



Source: European Commission, Flash Eurobarometer No. 269 – Intergenerational solidarity

Diapositiva 21

ÍNDICE

- 1) MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
 - ACTIVE AND HEALTHY AGEING / HEALTHY LIFE YEARS
 - PERFIL DE LA PERSONA MAYOR EUROPEA
- 2) OBJETIVOS DE LA COMISIÓN EUROPEA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- 3) ALGUNOS PROYECTOS
 - o Exploring the Methods Supporting Active Ageing at European Level – Explore-Activate
 - o Social Innovation on active and healthy ageing for sustainable economic growth – SforAge
 - o Euskadi Amigable
 - o LEAGE – LEarning Games for elder Europeans



Diapositiva 22

¿QUÉ HACE LA COMISIÓN EUROPEA EN ACTIVE AGEING?

- La Comisión Europea ha incluido el envejecimiento activo saludable como una de sus prioridades de la *Estrategia Horizon 2020*.
- La Innovation Union está en el corazón de la *Estrategia Horizon 2020* "Con una población envejecida y con una fuerte presión competitiva debido a la globalización, el futuro de la economía y del trabajo en Europa tiene que venir de la innovación en los productos, en los servicios y en los modelos de negocio"
- Dentro de las iniciativas claves de la *Innovation Union*, se han establecido las **European Innovation Partnerships** con el objetivo de dar respuesta a los retos sociales a nivel europeo.



Diapositiva 23

¿QUÉ HACE LA COMISIÓN EUROPEA EN ACTIVE AGEING?

- El Comisario Europeo aprobó en 2011 la propuesta de la Comisión Europea de la *European Innovation Partnership (EIP)* en Envejecimiento Activo y Saludable
 - OBJETIVOS
 - Dar respuesta a uno de los cambios más críticos que están teniendo lugar
 - Coordinar y alinear las sinergias de la UE y de los Estados Miembros de una forma estructurada
 - Aumentar en dos años la esperanza de vida libre de discapacidad en la UE para el año 2020
 - PRIORIDADES
 - "Considerar el envejecimiento como una oportunidad más que como una carga, valorar a las personas mayores y a su contribución a la sociedad, empoderar a las personas mayores y a las comunidades a través de la innovación centrada en el usuario"
 - BARRERAS
 - Falta de interoperabilidad y de una legislación adecuada dificultan la innovación exitosa en el ámbito del Envejecimiento Activo y Saludable



Diapositiva 24

¿QUÉ HACE LA COMISIÓN EUROPEA EN ACTIVE AGEING?

- La Comisión Europea ha subrayado la relevancia que jugarán las tecnologías en el envejecimiento activo y saludable de los ciudadanos europeos, permitiendo una vida independiente, mejorando la calidad de vida y reduciendo los costes médicos.



European Commission (2011).
Digital Agenda for Europe, Annual Progress Report 2011.

Diapositiva 25

ÍNDICE

- 1) MARCO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
 - ACTIVE AND HEALTHY AGEING / HEALTHY LIFE YEARS
 - PERFIL DE LA PERSONA MAYOR EUROPEA
- 2) OBJETIVOS DE LA COMISIÓN EUROPEA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- 3) ALGUNOS PROYECTOS
 - o Exploring the Methods Supporting Active Ageing at European Level – Explore-Activate
 - o Social Innovation on active and healthy ageing for sustainable economic growth – SiforAge
 - o Euskadi Amigable
 - o LEAGE – LEArning Games for elder Europeans

ingema
instituto gerontológico de euzkadi

Diapositiva 26

FUNDACIÓN INGEMA: QUIÉNES SOMOS

- Ingema es una organización sin ánimo de lucro dedicada a **generar conocimiento en el ámbito de las personas mayores y con discapacidad** que surge a raíz de:
 - La detección de las necesidades presentes y futuras de estos colectivos
 - La búsqueda de soluciones tendentes a mejorar progresivamente sus condiciones y calidad de vida
- En concreto, los objetivos de Ingema son:
 - **Generar Conocimiento** que permita maximizar todo aquello que conduzca a mejorar las condiciones y calidad de vida del colectivo de personas mayores y con discapacidad.
 - **Aplicar ese conocimiento** tanto a la mejora de los procesos existentes, como a la generación de nuevo tejido económico, favoreciendo la prevención y retardando la aparición de discapacidades y propiciando la integración de las personas en la sociedad.

**I + D + i + T
en envejecimiento y discapacidad**

ingema
instituto gerontológico de euzkadi

Diapositiva 27



Diapositiva 28

OTRAS ACTIVIDADES

- o Envejecimiento activo
 - Aprendizaje a lo Largo de la Vida: Escuelas y talleres de la Experiencia
 - Participación y Asociacionismo: Asociación Mugabe
 - Preparación a la jubilación
 - Age Friendly Environments
- o Actividades de consultoría
 - Consultoría social y sanitaria
 - Consultoría en accesibilidad: Grupo Adapta
 - Consultoría en otros sectores
- o Organización de cursos de Formación
 - Formación sanitaria y psicosocial
 - Formación en otros sectores (como por ejemplo el turístico)

ingema
instituto gerontológico de euzkadi

Diapositiva 29

Exploring the Methods Supporting Active Ageing at European Level – Explore-Activate

- Duración
 - Fecha comienzo: Agosto 2012 Fecha Fin: Julio 2014
- Convocatoria:
 - LIFELONG LEARNING PROGRAMME – GRUNDTVIG
- Socios del consorcio:
 - İZMİR VALİLİĞİ – **Turkia** – Autoridad pública
 - Volkshochschule im Landkreis Cham e.V. – **Alemania** – Educación para adultos
 - Danmar Computers – **Polonia** – Centro de entrenamiento
 - ARIADNE – **Suiza** – Educación para adultos
 - Fundación INGEMA – **España** – Instituto de Investigación
 - Die Kärntner Volkshochschulen – **Austria** – Educación para adultos

ingema
instituto gerontológico de euzkadi

Diapositiva 30

Exploring the Methods Supporting Active Ageing at European Level – Explore-Activate

- Contribuir a **crear conciencia entre las personas mayores, sus familiares, profesionales y autoridades públicas** sobre el concepto "Envejecimiento Activo"
 - Compartir e intercambiar experiencias, puntos de vista y opiniones sobre la forma de hacer más activas a las personas mayores.
 - Encontrar "Buenas Prácticas de Envejecimiento Activo" en el país de cada socio participante
 - Desarrollar un estudio de caso de "buenas prácticas" en el país de cada socio participante
 - Recoger las buenas prácticas y los estudios de caso en un booklet
 - Diseminar los resultados a los profesionales que trabajan con personas mayores a través de la página web y de los folletos con el objetivo de mejorar su conocimiento y aprender prácticas innovadoras
 - Educar a las personas mayores en el concepto de Envejecimiento Activo y sobre cómo ellos pueden ser más activos y los beneficios que conlleva
 - **Crear conciencia pública** sobre los retos y oportunidades en el proceso de envejecimiento

ingema
instituto gerontológico de euzkadi

Diapositiva 31



Diapositiva 32



Diapositiva 33



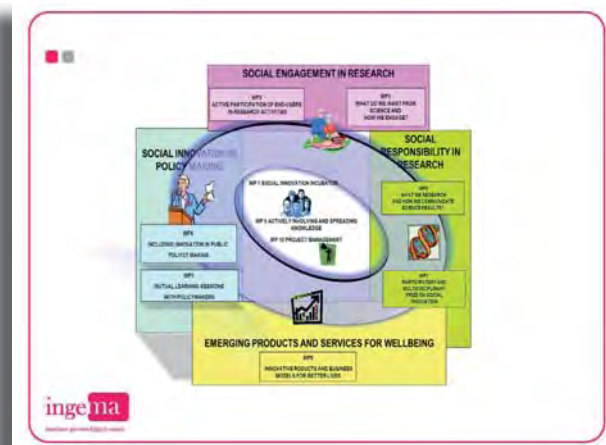
Diapositiva 34



Diapositiva 35



Diapositiva 36



Diapositiva 37



WP1 ENCUBADORA DE INNOVACIÓN EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE
Promover una incubadora de innovación social, que proveerá de un marco a las diferentes clases de stakeholders trabajando en el campo del Envejecimiento Activo y Saludable, y que permitirá incrementar la coordinación de los stakeholders para: (1) conseguir una mayor participación de la sociedad en la investigación y (2) para promover la innovación social y la responsabilidad en la investigación

WP 2 PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS USUARIOS FINALES EN LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN
Abrir las actividades de investigación a las personas mayores, quienes tendrán la oportunidad de hablar directamente con los investigadores y los desarrolladores de las tecnologías asistivas. Al mismo tiempo probarán y darán su opinión sobre diferentes dispositivos, soluciones y productos que se ofrecen en el mercado para ellos



Diapositiva 38



WP 3 ¿QUÉ QUEREMOS DE LA CIENCIA?
Empoderar a la sociedad, y especialmente a las personas mayores, a participar activamente en la definición de las necesidades y prioridades de la investigación así como mejorar los canales para hacerlo

WP 4 POLÍTICAS PÚBLICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA
Mejorar la inclusión de los aspectos de innovación en el procedimiento de realización de las políticas públicas en Envejecimiento Activo y Saludable y en la identificación de las bases para la realización de estas políticas



Diapositiva 39



WP 5 ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE MÚTUO CON LOS RESPONSABLES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
Mejorar la participación de los responsables de las políticas públicas en diferentes niveles del proceso de investigación.
Incrementar la conciencia de la importancia de su implicación para asegurar un alto impacto de la investigación en la sociedad y una mejor coordinación con la investigación

WP 6 ¿QUÉ INVESTIGAMOS Y CÓMO COMUNICAMOS LOS RESULTADOS CIENTÍFICOS?
Analizar la aproximación utilizada por los científicos y las organizaciones de investigación para priorizar los tópicos y las áreas en las que realizan las investigaciones



Diapositiva 40



WP 7 PREMIO EN INVESTIGACIÓN EN INNOVACIÓN SOCIAL
Lanzar un premio competitivo de buenas experiencias en participación activa en la sociedad para proyectos de investigación que tengan un impacto en la sociedad de personas mayores y en sus familias y cuidadores

WP 8 SERVICIOS INNOVADORES Y MODELOS DE NEGOCIO
Analizar y mejorar los mecanismos existentes para la introducción de productos y servicios para las personas mayores en el mercado. Además, se realizará un análisis y una evaluación de los modelos de negocio en cooperación con compañías innovadoras que estén tratando de crear o de introducir nuevos productos y servicios en el mercado



Diapositiva 41



WP 9 DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO
El objetivo es conseguir la comunicación sobre el proyecto y sus resultados con una amplia audiencia. A través de las actividades de difusión el consorcio busca crear conciencia e informar principalmente a dos grupos que trabajan en el campo del envejecimiento activo y saludable: los responsables de las políticas públicas y la academia, al mismo tiempo que se trata de llegar a otros stakeholders (sector privado, sociedad civil, público en general).

WP 10 COORDINACIÓN DEL PROYECTO
Asegurar una apropiada coordinación técnica y económica manteniendo una comunicación fluida con la Comisión Europea
Monitorizar el progreso del proyecto con el objetivo de respetar los límites temporales a la vez que se consiguen los objetivos y resultados previstos.



Diapositiva 42



Ciudadanía Activa, Entornos y Envejecimiento

euskadi
amigable



Diapositiva 43

UN PROYECTO BAJO EL PARADIGMA DE EA

**euskadi
amigable**

- “*Unos **entornos** físicos que tengan en cuenta a las personas mayores pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas, pero son de especial importancia para las que están envejeciendo.*” (OMS, 2002)
- Envejecimiento activo: un marco político

ingema

Diapositiva 44

DEFINICIÓN

**euskadi
amigable**

“Un entorno amigable alienta la vida independiente y el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de **salud, participación y seguridad**, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas.”

Un entorno amigable con las personas mayores reorganiza sus estructuras y servicios para que sean **accesibles y adaptadas** a las diferentes necesidades y capacidades de los individuos **fomentando su participación**

ingema

Diapositiva 45

AGE-FRIENDLY ENVIRONMENTS NETWORK

**euskadi
amigable**

AMÉRICAS
Argentina, La Plata
Brasil, Rio de Janeiro
Canadá, Halifax
Canadá, Portage La Prairie
Canadá, Saanich
Canadá, Sherbrooke Q3
Costa Rica, San José
Jamaica, Kingston
Jamaica, Montego Bay
México, Cancun
México, Mexico City
Puerto Rico, Mayaguez
Puerto Rico, Ponce
USA, Portland
USA, Nueva York

EUROPA
Alemania, Ruhr
Irlanda, Dundalk
Italia, Udine
Rusia, Moscú
Rusia, Tiumazy
Suiza, Ginebra
Turquía, Estambul
UK, Edinburgo
UK, London

SUR-ESTE ASIA
India, Delhi
India, Udaipur

OESTE PACÍFICO
Australia, Melbourne
Australia, Merville
China, Shanghái
Japón, Niigata
Japón, Tokyo

ÁFRICA
Kenia, Nairobi

OESTE MED
Jordania, Amman
Lebanón, Trípoli
Pakistán, Islamabad

ingema

Diapositiva 46

OBJETIVOS DEL PROYECTO

**euskadi
amigable**

- Generar procesos de **participación** comunitaria.
- Facilitar la introducción de **cambios** en las diferentes áreas competenciales del municipio/ territorio a fin de mejorar la calidad de vida de sus ciudadan@s
- Aprovechar el **potencial** que representan las personas mayores en la vida ciudadana como generadoras de bienestar.

ingema

Diapositiva 47

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

**euskadi
amigable**

Euskadi amigable

Transporte
Vivienda
Participación social
Servicios sociales y de salud
Información

ingema

Diapositiva 48

AGENTES: BOTTOM UP

**euskadi
amigable**

Gestor público
Agentes sociales, sector privado y agentes del mundo académico y científico
Ciudadanía

ingema

Diapositiva 49



Diapositiva 50

IMPLEMENTACIÓN PROGRAMAS

- "Quiero mi barrio"
- "Conductor Amigo"
- "Establecimientos-comercios amigos"
- "Amig@ de (municipio/barrio o territorio)"
- "Web Euskadi amigable"

Diapositiva 51



Diapositiva 52

LEAGE – LEARNING GAMES FOR ELDER EUROPEANS

- Financiado por:** Lifelong Learning Programme - GRUNDTVIG Unión Europea
- Socios:**
 - EXODUS S.A. (Coordinator)
 - Asociación VICOMTech
 - UNIVERZA V LJUBLJANI - Faculty of Social Sciences
 - Ananz ouderenzorg, part of the St. Anna Zorggroep, Geldrop
 - Stichting Smart Homes
 - 50plus Hellas
 - Ingema

<http://leage.exodussa.com/>

Diapositiva 53

LEAGE – LEARNING GAMES FOR ELDER EUROPEANS

- El objetivo del proyecto LEAGE es **desarrollar juegos educativos para personas mayores en Europa**, centrándose en potenciar el atractivo y accesibilidad de los juegos.
- Se usarán dos sistemas, la TV Digital y la Wii, tanto para poder aprender uno mismo como en compañía de otras personas, familiares, amigos, etc.. Se evaluará el éxito de estos juegos y su impacto sobre el aprendizaje en personas mayores

Diapositiva 54

ESTUDIO DE REQUERIMIENTOS DE USUARIO

- Se han realizado entrevistas individuales y grupos de discusión con 86 personas mayores de 60 años en España, Holanda y Grecia (Díaz-Orueta, Facal, y Nap, 2012).
- Se ha diseñado un concepto de juego en función de los resultados obtenidos.

Diapositiva 55

ESTUDIO DE REQUERIMIENTOS DE USUARIO

- Las personas mayores estudiadas quieren:
 - Juegos desafiantes, con un equilibrio entre capacidades propias y nivel de dificultad que no lleve ni al aburrimiento –por fácil- ni a la frustración –por difícil.
 - Juegos sin aspecto infantil (*serious games*).
 - Juegos a los que puedan jugar varias personas simultáneamente, de forma cooperativa o competitiva.

ingema

Diapositiva 56

ESTUDIO DE REQUERIMIENTOS DE USUARIO

- Los juegos combinan contenidos:
 - Entrenamiento físico.
 - Entrenamiento cognitivo.
 - Aprendizaje de contenidos sobre comunicación básica en otros idiomas, primeros auxilios y lugares de interés.
- El juego combina una interacción mediante mando a distancia, más estática, con aprendizaje que propicia el Kinect, en el que la persona interactúa con el juego mediante los movimientos de su cuerpo, sin mando.

ingema

Diapositiva 57

DISEÑO DEL JUEGO

- Se ha diseñado un juego consistente en la realización de un viaje por tres países europeos (España, Holanda y Grecia).
- En cada país, el jugador recorrerá 3 ciudades aprendiendo información sobre lugares de interés cultural, frases básicas en el idioma local, recetas de cocina, bailes, y primeros auxilios.

ingema

Diapositiva 58

DISEÑO DEL JUEGO



ingema

Diapositiva 59

DISEÑO DEL JUEGO



ingema

Diapositiva 60

DISEÑO DEL JUEGO

País	Ciudad	Monumento	Baile / Ejercicio	Receta	Emergencias
España	Bilbao	Guggenheim	N/A	Bacalao	Quemaduras
	Santiago	Catedral	Muiñeiras	Tarta de Santiago	N/A
	Barcelona	Sagrada Família	Sardana	N/A	Intoxicación
Grecia	Atenas	Acrópolis	Syrtaki	Tzatziki	N/A
	Santorini	Akrotiri	Natación	N/A	Terremoto
	Epidauni	Teatro	N/A	Tarta de queso	Quemadura sol
Holanda	Amsterdam	Canales	N/A	Pepemoten	Fuego
	Kinderdijk-Elshout	The Mill Network	Turn cap of windmill	N/A	Mordedura
	Delta Works	Eastern Scheldt storm surge barrier	Ciclismo	Mejillones	N/A

ingema

Diapositiva 61

DISEÑO DEL JUEGO

- Cada jugador está representado por un avatar.
- Posibilidad de elección (diferente pelo, sombreros, ropa...).



ingema

Diapositiva 62

DISEÑO DEL JUEGO

Visita



ingema

Diapositiva 63

DISEÑO DEL JUEGO

LEADER GUEST SCORE: 00

TRIVIA



ingema

Diapositiva 64

DISEÑO DEL JUEGO

- Después de la visita, preguntas tipo trivial sobre la ciudad



ingema

Diapositiva 65

DISEÑO DEL JUEGO

- En cada ciudad receta de comida local.
 - Observar.
 - Elegir los ingredientes correctos
- Realizar las acciones de cocinar (remover, trocear, añadir sal, etc.) a través de kinnect.



ingema

Diapositiva 66

DISEÑO DEL JUEGO

- En cada ciudad se da una situación de emergencia.



ingema

Diapositiva 67

DISEÑO DEL JUEGO

- En cada ciudad **danzas locales**, o bien otras tareas, por ejemplo nadar, dar vueltas a un molino, etc.
- Realizar las acciones con la ayuda de la guía.



ingema

Diapositiva 68

DISEÑO DEL JUEGO

- ¿Cómo se juega?
- ✓ En la TV, con el mando a distancia
- ✓ En la TV, con una consola de videojuegos



ingema

Diapositiva 69

VALIDACIÓN DEL DISEÑO



ingema

Diapositiva 70

VALIDACIÓN DEL DISEÑO



ingema

Diapositiva 71

CONCLUSIONES

- Concienciación e implicación de personas mayores e instituciones
- Cooperación a nivel local, estatal y europeo de los diferentes stakeholders
- Innovación bottom-up

ingema

Diapositiva 72

GRACIAS



www.ingema.es
mari.gonzalez@ingema.es

ingema

Congreso internacional
sobre envejecimiento activo

I Preparando nuestro futuro



*Moito + por vivir
por disfrutar*

Mesas redondas

Mesa redonda:

La importancia de las TIC en la atención domiciliaria

- ➔ José C. Millan Calenti: “Telegerontología”
- ➔ Jesus Varela Mallou: “MIAVIZOR. De la teleasistencia clásica a la teleprevención sociosanitaria”
- ➔ Luis E. Anido Rifón: “El observatorio de la vigilancia tecnológica”.

Telegerontología

Prof. Dr. José Carlos Millán Calenti

Grupo Investigación en Gerontología

Universidad de A Coruña

Introducción

El envejecimiento poblacional, junto con los cambios físicos, cognitivos y sociales derivados del mismo, han generado una sociedad de personas mayores en donde las patologías edad-dependientes; es decir, propias de la edad, han establecido la necesidad de incrementar los dispositivos de apoyo, tanto dirigidos al propio paciente como a su cuidador.

En este sentido, la tarea de cuidar no se refiere únicamente a “supervisar”; sino a dispensar la ayuda adecuada para cada necesidad de la persona, tanto en lo que se refiere a las necesidades básicas, como instrumentales o avanzadas de la vida diaria.

En la búsqueda de nuevos sistemas de apoyo, la evolución de las tecnologías de la información y las comunicaciones se han unido a la ciencia del envejecimiento, la gerontología, dando lugar a la disciplina denominada como “gerontecnología”, cuyo objetivo principal es usar la tecnología para prevenir, retrasar o compensar el declive físico, cognitivo y perceptivo vinculado al envejecimiento, favoreciendo la permanencia del sujeto en su hábitat natural, el domicilio, y retrasando la necesidad de institucionalización, gracias al soporte dispensado directamente a las personas mayores o bien a los cuidadores, verdaderos artífices del soporte del sistema.

En este sentido, TeleGerontología® (TG) constituye un dispositivo novedoso, que aprovechando los grandes avances de las TIC pretende llevar determinadas funcionalidades desde un centro de control hasta los hogares remotos, reuniendo las características de los Recursos Gerontológicos; es decir, posibilidad de valorar al usuario antes de programar la intervención, posibilitando la detección precoz de algunas enfermedades, así como la prevención de la situación de dependencia.

TeleGerontología®, más que un dispositivo basado en un moderno hardware, acompañado de un software de desarrollo propio, es un servicio que, a través de la línea de Internet y con un equipamiento de comunicaciones e informático, diferenciado entre el propio del denominado como Centro de Control y el propio del denominado como Centro Remoto (domicilios, centros cívicos, residencias, hospitales,...) permite a los usuarios, preferentemente personas mayores y/o a sus cuidadores, beneficiarse de una serie de funcionalidades 24 horas al día 365 días al año.



Los objetivos fundamentales de Telegerontología® son los siguientes:

- Atención inmediata ante cualquier eventualidad
- Mejorar la calidad de vida del binomio paciente-cuidador a través del apoyo domiciliario

- Dar cobertura a los principales problemas que el cuidado diario de una persona con dependencia genera
- Formar y educar a los usuarios y cuidadores sobre las principales alteraciones de la salud y el mejor modo de actuar frente a ellas.
- Informar sobre la enfermedad del paciente ofreciendo un apoyo especializado
- Mantener por más tiempo a la persona mayor en su propio domicilio retrasando la institucionalización
- Realizar seguimiento de su estado de salud e intervenir precozmente ante la presencia de alteraciones
- Detectar casos precoces de deterioro cognitivo e intervenir mediante programas de entrenamiento de las diferentes áreas mentales deterioradas
- Establecer un sistema de apoyo a través de personal especializado dirigido a los cuidadores que disminuya su estrés emocional
- Mejorar la seguridad del hogar a través de dispositivos específicos
- Establecer un nuevo dispositivo de intervención frente a la dependencia

Siendo otros objetivos:

- Establecer un dispositivo de educación para la salud a través de las nuevas tecnologías
- Incluir a las personas mayores en la sociedad de la información
- Promocionar la participación social
- Mejorar el estado de bienestar y la calidad de vida del binomio paciente-cuidador
- Fomentar el envejecimiento activo
- Fomentar las relaciones intergeneracionales a través de las TIC
- Prevenir las situaciones de dependencia

Usuarios

Aunque Telegerontología® en origen es un dispositivo que surge para prestar apoyo a las personas mayores, personas mayores con dependencia y cuidadores de personas con dependencia; en la actualidad, Telegerontología® ha ampliado su ámbito de actuación a otros colectivos (personas con discapacidad física y/o psíquica), mediante la adaptación de sus contenidos.

En este sentido, serían potenciales beneficiarios del servicio los siguientes:

- Personas mayores que vivan solas o se encuentren en esta situación la mayor parte del tiempo.
- Personas mayores y cuidadores de personas mayores sometidos a un alto grado de estrés emocional en base a la necesidad de ayuda continua.
- Personas mayores de edad elevada (≥80 años) con necesidades especiales o afectos de patologías crónicas y/o invalidantes.
- Personas con patologías crónicas que puedan beneficiarse de un seguimiento “on line” (Deterioro cognitivo, Insuficiencia respiratoria o Hipertensión arterial, entre otras)

- Cuidadores de personas mayores con patologías crónicas y/o invalidantes
- Centros de atención a personas mayores; incluyendo Centros cívicos, Centros de día, Residencias, ...
- Otros usuarios y/o colectivos que no estando recogidos en los apartados precedentes pudieran beneficiarse de las funcionalidades disponibles.

Estructura y servicios

Aunque el dispositivo de Telegerontología® hay que entenderlo como un recurso gerontológico, a fin de que el lector comprenda las prestaciones o funcionalidades que el servicio provee, a continuación describiremos su estructura funcional, para seguidamente enumerar cada una de las prestaciones ofertadas en la actualidad y las que están sujetas a desarrollo a través de las actividades de I+D del Grupo de Investigación en Gerontología y entidades colaboradoras.

La estructura del servicio se basa en un Centro de Control, dotado del equipamiento necesario para recibir las llamadas externas (Call Center), registrar las interacciones de los usuarios con el sistema (Sistemas de almacenamiento de datos), gestionar las interacciones (aplicaciones para la gestión de equipos remotos, historiales, agendas, etc); así como de los recursos humanos necesarios para dar el servicio y que incluye, entre otros, a los equipos de teleoperadoras, gerontólogos e ingenieros informáticos.

Conectado con el centro de control a través de una conexión Internet, se encuentran los centros remotos, recibiendo esta denominación tanto los domicilios como los centros grupales (centros cívicos, centros socio-comunitarios, centros de día, ...) a los que acuden personas mayores para beneficiarse de alguna de las prestaciones ofertadas. En los centros remotos se realizará la instalación de los terminales que, conectados a Internet, facilitarán el acceso a los servicios contratados.

Básicamente un terminal consiste en un pequeño set box conectado, a través de Internet, a los servidores del Centro de control, dotado de una pantalla táctil, una cámara web y los dispositivos periféricos para la determinación de parámetros biomédicos. El sistema ha sido desarrollado bajo los más exigentes cánones de accesibilidad y usabilidad, de tal manera que su manejo es muy sencillo a través de una pantalla táctil que ha sido contrastada a través de diferentes proyectos pilotos con personas mayores en diferentes condiciones.



Una vez que el usuario conecta el servicio, sobre la pantalla táctil aparecerá el menú inicial compuesto de seis iconos, referidos a “contenidos”, “vídeos”, “videoconferencia”, “telecignitio”, “chequeo” y “otros servicios”. El usuario no tiene más que tocar sobre el que quiera seleccionar para que vayan apareciendo nuevas pantallas que le permiten navegar a través de todas las funcionalidades de manera ágil y sencilla.

Hay que señalar que la selección de monitor táctil y la relación causa-efecto entre tocar y que se produzca la acción perseguida ha sido estudiada, resultando mucho más intuitiva que el uso de cualquier otro dispositivo apuntador, tipo mando a distancia, ratón, emulador de ratón o joystick.

En cuanto a los servicios ofertados por TeleGerontología®, en la actualidad son los siguientes:

- Contenidos estáticos sobre formación en el cuidado y educación sanitaria

La información facilitada, realizada por expertos de la Gerontología, se refiere a la prevención de la enfermedad y la consecución de un buen estado de salud, siendo presentados los contenidos en formato html ilustrados con diferentes imágenes; se ha procurado elaborarlos para que puedan ser fácilmente seguidos por el colectivo diana.

Hay que señalar que los contenidos estáticos pueden adaptarse a las peculiaridades de cada Comunidad Autónoma. Por ejemplo en lo que se refiere a normativa de servicios sociales u otros supuestos.

Vídeos didácticos

Elaborados por personal experto, a través de los vídeos didácticos los usuarios del servicio pueden interactuar en diferentes actividades del ámbito de la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria.

Para acceder a los vídeos el usuario deberá de hacer clic en el apartado correspondiente, accediendo a una lista de vídeos disponibles. Tras seleccionar el que quiere visualizar, al hacer de nuevo clic el vídeo se inicializará.

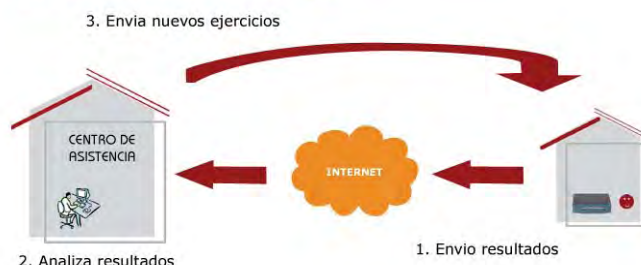
Entrenamiento y evaluación cognitiva (Telecognitio®)

El entrenamiento cognitivo se lleva a cabo a través de una aplicación, de desarrollo propio, denominada Telecognitio® que tiene la particularidad de poder adaptarse al rendimiento del usuario así como hacer valoraciones de manera periódica facilitando el seguimiento y por tanto la detección precoz de problemas generados por el bajo rendimiento cognitivo (Deterioro Cognitivo Leve).

Telecognitio® incluye actividades para el entrenamiento de diferentes áreas cognitivas como son la atención, percepción, orientación, lenguaje, praxias, memoria cálculo y pensamiento abstracto, habiéndose diseñado en diferentes formatos tipo pregunta/respuesta, recuerdo, asociaciones, cartas de la baraja, puzzles, ubicación geográfica o interacción temporal, entre otras.

Se recomienda que el usuario realice al menos tres sesiones semanales de 20 minutos de duración cada una a fin de conseguir los efectos deseados.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA



Profesional en casa (Videoasistencia)

Basado en un sistema de videoconferencia (VC) entre el centro de control y la ubicación remota, la funcionalidad del Profesional en Casa permitirá a los usuarios contactar en una franja horaria determinada con diferentes profesionales y de esta manera poderles consultar en tiempo real aquellas dudas o aclaraciones que necesiten.

Caso de que el usuario no pueda contactar con el profesional que desee, dejará el aviso en el Control y la Videoconferencia será iniciada desde el centro de control una vez que el profesional quede libre. Hay que señalar que a la vez que se inicia la VC en la pantalla del centro de control aparece el historial clínico del usuario con sus datos más relevantes resaltados; de esta manera, desde el centro de control se tendrá una rápida visión de la situación clínica del usuario que hace la llamada.

PERFIL DEL USUARIO	
Nombre	Llamadas TG
Dirección	Motivos llamadas
Teléfono	Emergencias anteriores
Antecedentes personales	Observaciones
Antecedentes familiares	
Enfermedades actuales	

Telealarma por videoconferencia

Dado el carácter de apoyo del dispositivo y la prestación del servicio de Telealarma, el sistema garantizará la provisión de dicho servicio 24 horas al día, 365 días al año. Además, una vez inicializado el servicio de Telealarma, el centro permanecerá en contacto con el usuario hasta que la alarma se resuelva. A fin de facilitar la labor del centro de control, una vez pulsado el dispositivo de alarma, se iniciará una videoconferencia con el centro de control, en donde la aplicación de gestión de alarmas inicializará la aplicación de gestión de historiales, apareciendo el historial del usuario que ha inicializado el servicio. Una vez resuelta, desde el centro se hará el seguimiento de la situación de alarma generada hasta que todas sus consecuencias sean minimizadas, momento en que se dará por cerrado el expediente de crisis abierto durante la ejecución de la alarma.

Determinación de parámetros biomédicos

En la sociedad actual un porcentaje importante de personas mayores presentan patologías crónicas con ne-

cesidad de seguimientos periódicos por parte de los profesionales de la salud a fin de evitar descompensaciones y agravamientos de los cuadros de base. En este sentido, Telegerontología® va dotada de un dispositivo que permite, de una manera sencilla y accesible, que el usuario compruebe su tensión arterial, su frecuencia de pulso y su nivel de saturación de oxígeno en sangre. Todos los datos registrados generarán un algoritmo diagnóstico y le indicarán en pantalla al usuario la “normalidad” de los mismos o la necesidad de un control por su médico de cabecera. En todo caso, en aquellos valores que se escapen de la normalidad, al ser registrados en el centro de control, se facilitará la puesta en marcha las medidas oportunas entre las que se incluyen que un profesional establezca una videoconferencia con el centro remoto aconsejando directamente sobre las medidas que se deberán tomar.

Agenda

El servicio de agenda recordará al usuario diferentes eventos previamente programados, entre los que se incluyen: las fechas de interés como cumpleaños o aniversarios; las fechas de interés para la realización de gestiones como pago de impuestos y renovación de documentos; los horarios para la toma de medicación.

Para que la agenda funcione, ha de ser cumplimentada previamente desde el centro de control; para ello al dar de alta al usuario se le pedirán una serie de datos que luego servirán a modo de recordatorio. La agenda incluirá un calendario con las fechas más relevantes de la localización donde resida.

Navegación Internet



Telegerontología® va dotado de un navegador de Internet mediante el cual el usuario puede desplazarse a través de sus páginas previamente grabadas en favoritos o de manera libre.

Para facilitar el acceso a las diferentes páginas, Telegerontología® lleva incorporado un teclado virtual que al tocarlo se despliega sobre la pantalla facilitando la introducción de direcciones. Al volver a tocar el icono del desplegable, el teclado se recoge, facilitando la visión de las páginas web seleccionadas.

En la medida que el usuario vaya visitando páginas, el sistema va reconociendo las direcciones más frecuentemente visitadas e incorporándolas a favoritos, con lo que las siguientes veces, el acceso a las mismas se verá facilitado.

Por otro lado y dado que TeleGerontología® es un producto en constante desarrollo, en la actualidad se está trabajando en las siguientes mejoras:

Control de elementos domóticos

Esta funcionalidad permitirá al usuario final el control remoto de elementos domóticos de la vivienda como pueden ser luces, persianas, puertas,...

Módulo de oftalmología

Con la posibilidad de evaluar la agudeza visual, así como facilitar la detección precoz de la degeneración macular asociada a la edad a través de la rejilla de Amsler.

Módulo de alimentación y nutrición

Que conllevaría la inclusión de un dispositivo periférico para control del peso del usuario y la posibilidad de realizar menús adaptados a sus particularidades. Dichos menús tendrían la particularidad de ser llevados al domicilio en formato liofilizado para ser constituidos simplemente vertiendo en ellos agua.

Módulo de control de movimientos y detección de caídas

Que posibilitaría conocer las actividades realizadas por el sujeto, caso de que esta información pudiera ser necesaria, sobre todo en pacientes con demencia; además de registrar en tiempo real las caídas y poner en marcha los recursos necesarios para la actuación inmediata.

Incorporación de nuevos dispositivos para registro de parámetros biomédicos

Se incluirían registro de temperatura corporal por sonda superficial, control de glucemia en sangre periférica, control de volúmenes y capacidades pulmonares (espirometría), registro eléctrico de la actividad cardíaca (ECG)

Proyecto Apoyo Gerontológico a Domicilio (AGAD) a través de las nuevas tecnologías (TIC): Domótica y Telemedicina (AGAD-TIC)

A través de un proyecto subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad (2012-2015), el grupo de Investigación en Gerontología en colaboración con la UDP-A Coruña y la empresa de base tecnológica Recursos y Servicios Gerontológicos Gallegos, desarrollará e incorporará al sistema un módulo para control de errantes mediante el uso de sensores de presencia, detección de caídas mediante sensores de posición y necesidad de cambio de absorbentes mediante sensores de humedad.

Conclusiones

El servicio de Telegerontología® es un nuevo recurso gerontológico de apoyo a domicilio (AGAD) que pretende mejorar la calidad de vida del binomio paciente-cuidador a través de una serie de funcionalidades que se han mostrado efectivas en estudios previos.

Las personas mayores y sus cuidadores percibirán a través de Telegerontología® como se resuelven los problemas cotidianos que surgen en la atención a las personas mayores, mejorando su percepción del estado de bienestar y haciendo, por tanto, el entorno más agradable. A la larga, Telegerontología® retrasará la institucionalización de la persona mayor y habrá conseguido uno de los objetivos principales de la Gerontología, mantener a la persona en su propio domicilio.

El dispositivo, diseñado según los más altos estándares de accesibilidad y usabilidad, permitirá al usuario conectar de una manera sencilla y a través de videoconferencia con un Centro de Atención que al tomar las medidas oportunas de acuerdo a la problemática planteada, resolverá la mayor parte de las cuestiones, mejorando el confort del hogar.

Pero Telegerontología® incluye otras muchas posibilidades del ámbito sociosanitario como son la posibilidad de realizar entrenamiento cognitivo y más aún, la posibilidad de evaluar periódicamente a la persona mayor a fin de establecer su estado cognitivo y por tanto detectar posibles deterioros o la posibilidad de hacer seguimiento de parámetros biomédicos de manera remota.

En todo caso, TeleGerontología® es en la actualidad el sistema más avanzado en la atención remota de las personas mayores y en el que la incorporación de nuevos módulos, así como su actualización constante hará de este sistema la herramienta más eficaz para mantener a la persona mayor en su propio hábitat, que es donde debe y quiere estar.

Bibliografía

Díaz, F., Villanueva, M., Balo, A., López, A., Pedreira, A., Millán, J.C. (2006). Telegerontología: un nuevo recurso de apoyo gerontológico a domicilio. *Tékhné*, III(5 - 6), 57 - 71.

Millán Calenti, J.C. (Ed.) (2009). *Envejecimiento, Dependencia, Demencias y Nuevas tecnologías*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Millán Calenti, J.C. (Ed.) (2011). *Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención*. Madrid: Médica Panamericana.

Millán Calenti, J.C., Maseda, A., Balo, A., & González-Abraldes, I. (2011). *Cuidar y acompañar a la persona con demencia*. Madrid: Médica Panamericana.

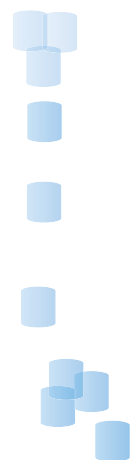
Millán Calenti, J.C., & Maseda, A. (2011). Elderly people, disability, dependence and new technologies. En: *Handbook of Research on Personal Autonomy Technologies and Disability Informatics*. A Coruña: Information Science Reference; pp. 36-45.

Millán Calenti, J.C., & Maseda, A. (2011). Telegerontology®: a new technological resource for elderly support. En: *Handbook of Research on Personal Autonomy Technologies and Disability Informatics*. A Coruña: Information Science Reference; pp. 331-345.

Millán Calenti, J.C., Maseda, A., Badii, A., Lorenzo, T., Villanueva, M., Pérez, C. (2009). Telegerontology® and mobile robot companion. Korean Journal of Research in Gerontology, 18, 15 - 36.

Suárez, P., Millán Calenti, J.C., López-Vilarín, A., González-Abraldes, I., Villanueva-Sampayo, M., Maseda, A. (2010). Assistive Technologies for Supporting Elderly People at Home: Telegerontology®. Korean Journal of Research in Gerontology, 19, 15 - 28.

Tomov, R., Millán Calenti, J.C., Maseda, A., González-Abraldes, I., & Kuukka, M. (2009). Physical activities and health issues. Bulgaria: Eks-Press. ISBN 978-954-490-039-7 (Vers. Inglesa); ISBN 978-954-490-041-0 (Vers. Castellano)



MiAvizor - sistema de teleprevención socio sanitaria

Jesús Varela Mallou

Catedrático de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología
Grupo de Investigación PSICOM, (Psicología del Consumidor y Usuario)
Departamento de Psicología Social Básica y Metodológica. Facultad de Psicología.
Universidad de Santiago de Compostela.
www.usc.es/psicom

Teresa Braña Tobío

Profesora titular de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología
Grupo de Investigación PSICOM, (Psicología del Consumidor y Usuario)
Departamento de Psicología Social Básica y Metodológica. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Carlos Olivar Rodríguez

Investigador de la Universidad de Santiago de Compostela (USC)
Grupo de Investigación PSICOM, (Psicología del Consumidor y Usuario)
Departamento de Psicología Social Básica y Metodológica. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Antonio Rial Boubeta

Profesora titular de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología
Grupo de Investigación PSICOM, (Psicología del Consumidor y Usuario)
Departamento de Psicología Social Básica y Metodológica. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

A lo largo de este artículo se exponen las bondades del Sistema de Teleprevención Sociosanitaria MiAvizor. Se trata de un sistema de atención al mayor que aporta una solución innovadora y eficaz a los problemas relacionados con las personas mayores o con cierto grado de dependencia que por diferentes circunstancias viven solas, de forma que puedan seguir haciendo todo lo que desean con una mayor tranquilidad tanto a nivel personal, como familiar. Para ello, Miavizor consta de una serie de sensores que debidamente colocados en el hogar permiten, entre otras muchas ventajas, realizar una monitorización a tiempo real y durante las 24 horas del día del comportamiento del beneficiario en su domicilio. Además, MiAvizor tiene la capacidad de poner en contacto a familia y profesionales a través de una plataforma web, optimizando así sus esfuerzos en la atención del mayor de una forma no intrusiva, respetando en todo momento la intimidad del beneficiario y fomentando su independencia.

Introducción

El alto envejecimiento poblacional es un tema frecuentemente tratado en la actualidad internacional (Christensen, Doblhammer, Rau & Vaupel, 2009; Rodríguez-Artalejo, 2011). El alto ritmo al que envejece la población mundial hace que muchas de las administraciones públicas dedicadas a la atención presencial de los mayores (especialmente de aquellos que viven solos) no se encuentren preparadas para soportar los costes que supone el aumento de la demanda (Rechel, Doyle, Grundy & McKee, 2009; Codorniu, 2007). Con el fin de tratar de minimizar este problema, las administraciones se apoyan en un servicio de atención a distancia conocido como Teleasistencia.

Los orígenes del servicio de teleasistencia, están obligatoriamente ligados a los orígenes y a la evolución de las telecomunicaciones, en la medida en que estos servicios siempre se han apoyado en ellas para poder prestar una ayuda distante a personas en situaciones críticas (Barlow, Singh, Bayer & Curry, 2007; Barlow, Bayer & Oliveira, 2011).

Podríamos incluso remontarnos al telégrafo como el primer sistema de telecomunicaciones que ha servido de medio para prestar un servicio de teleasistencia, ya que fue uno de los primeros instrumentos que permitió comunicarse y socorrer a personas ante situaciones de peligro (Valero, Sánchez & Bermejo, 2007).

Aunque comúnmente conocemos la teleasistencia como un servicio prestado por los profesionales de la salud a través de la respuesta a una llamada generada por el famoso “botón colgante” del que disponen personas mayores o con algún grado de dependencia, se trata de un servicio con más de 20 años de antigüedad en España (Valero et al., 2007), basado en una llamada de auxilio a través de una línea de teléfono convencional, también conocida como tele-alarma (considerada la primera generación de teleasistencia) (Barlow et al., 2011).

Los avances de las telecomunicaciones, al igual que sucede con otras tecnologías de la información, permiten la creación de servicios cada vez más complejos, completos y personalizados. Este proceso de innovación se traduce en una evolución hacia la segunda generación de teleasistencia, en la que no solamente se utiliza el botón de alarma, si no que se incorporan elementos domóticos, como sensores de presencia, sensores de gas, sensores de inundación, etc. (Rajasekaran, Radhakrishnan & Subbaraj, 2009; Suzuki et al., 2006; Noury et al., 2000; Botsis, Demiris, Pedersen & Hartvigsen, 2008).

Dichos sensores nos permiten detectar, por ejemplo, si existe un incendio en o si la persona se encuentra en el hogar, a través de una fórmula “binaria”, es decir nos aportan un 1 o un 0 (sabemos si existe incendio o no, si la persona está en casa o no, etc.). La incorporación de estos elementos nos permite ir un paso más allá y convertir un sistema de auxilio (como el de la teleasistencia clásica) en un sistema de “prevención” de riesgos dentro del hogar, de forma que sea posible actuar ante posibles incidencias antes de que se lleguen a producir verdaderas emergencias (detectar una fuga a tiempo, caídas o desvanecimientos, etc.).

Aprovechando las TIC hemos querido aportar una propuesta evolutiva de esta segunda generación de teleasistencia. Se trata de un sistema basado en las anteriores generaciones descritas pero que además es capaz de analizar el comportamiento de la persona dentro del hogar, crear patrones de conducta y generar alarmas de forma automática sin pulsar ningún botón.

Por otro lado, MiAvizor permite acentuar la implicación de todas las personas en el entorno de la persona “monitorizada”, es decir, profesionales y familiares (con previo consentimiento de la persona), permitiéndoles acceder y visualizar de forma remota y mediante un simple navegador una serie de informes, estadísticas, etc. que les permitirán conocer mejor el comportamiento del mayor, así como tomar decisiones individuales y preventivas, en base a dichos conocimientos.

El sistema en el hogar

MiAVIZOR es un sistema inteligente compuesto por sensores inalámbricos instalados en el hogar, que analiza de forma autónoma y automática la rutina de la vida diaria de una persona, llegando a establecer perfiles y hábitos de vida.

Una base de comunicaciones o pasarela residencial, recupera la información de los eventos generados por cada uno de los sensores y en las distintas zonas del hogar. Dicha información puede ser tratada directamente por la propia base o puede ser enviada directamente al servidor central, que la procesará y generará los informes y alarmas pertinentes.

Uno de los problemas a los que nos hemos enfrentado es que pese a estar en el año 2012, todavía existe una brecha digital importante, sobre todo el entorno rural, donde es difícil o casi imposible disponer de una conexión ADSL que permita disponer de servicios basados en telecomunicaciones de alta velocidad. Si además sumamos el alto coste en comparación con otros países, resulta complicado que una persona mayor y/o con cierto grado de dependencia pueda acceder a este tipo de comunicaciones y por lo tanto tenga acceso a los servicios basados en estas tecnologías.

Para resolver este problema hemos dotado a la base de comunicaciones de la posibilidad de comunicarse no solamente a través de Ethernet, si no también a través de comunicaciones móviles, (GPRS), o a través de una simple línea de telefonía. Tomando el caso de la telefonía fija convencional, hemos dotado a la base de comunicaciones de inteligencia propia, con el fin de conseguir que sea capaz de analizar los datos recibidos de los sensores, analizarlos y en caso de detección de una alteración de los hábitos de comportamiento, generar las principales alarmas de forma autónoma. De esta forma, con una única conexión diaria podemos alimentar los informes del servidor central, limitando los costes de comunicaciones, pero sin que el beneficiario quede desprotegido ya los datos siguen siendo analizados localmente mediante la base de comunicaciones.

En cuanto a la instalación en el hogar, el sistema ha sido diseñado para que pueda adaptarse a la mayor parte de los hogares, de forma que interfiera lo menos posible en la vida de la persona, al tiempo que resulte cómodo y transparente para beneficiarios y usuarios (familiares y profesionales). No es necesario ningún tipo de conocimiento, de mantenimiento ni de aprendizaje previo ya que el sistema funciona de forma autónoma y detecta una emergencia por sí solo, sin que la persona tenga que pulsar un botón. Los sensores inalámbricos facilitan la instalación, ya que al no necesitar ningún tipo de cableado, reducen considerablemente los trastornos para la persona en el hogar y a la vez reducen el tiempo de instalación, que puede rondar los 20 minutos.

En la siguiente figura, (Fig 1.), podemos ver una versión simplificada del proceso general de los datos, así como la diferencia que existe entre la teleprevención y la teleasistencia clásica (incluyendo el botón colgante disponible en ambos servicios).

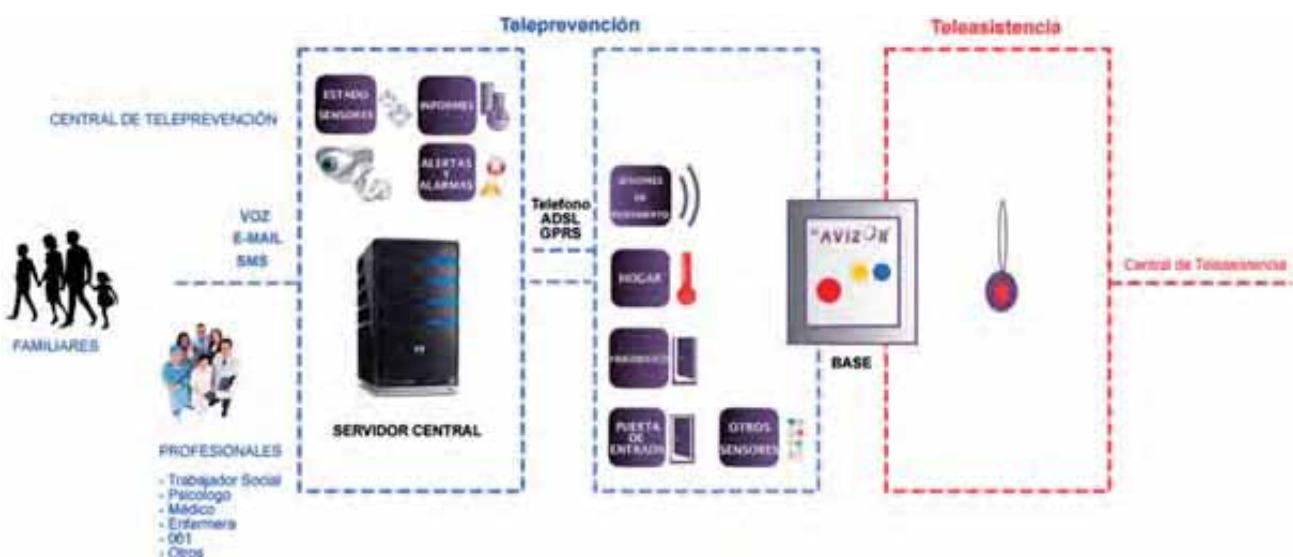


Figura 1. Esquema de proceso de datos Teleprevención + Telasistencia

El servidor central

El servidor central es el punto donde convergen todos los datos y servicios del sistema, ya que permite recuperar la información de las diferentes bases de comunicaciones, integrar los datos, analizarlos, generar patrones de conducta, tomar decisiones, alimentar informes, gestionar la seguridad de los accesos de los usuarios y generar alarmas a través de e-mail, sms o llamadas de voz, todo ello de forma autónoma y automática e independientemente del sistema de comunicaciones utilizado.

Una vez recibidos los datos de una base de comunicaciones, el servidor central analiza en detalle los eventos percibidos por los sensores y utiliza esta información para generar patrones conductuales individualizados de forma independiente. Este proceso permite aportar una solución única y personalizada para cada usuario, además de convertir MiAvizor en una herramienta muy potente para el análisis del comportamiento en manos de los profesionales de la atención al mayor y la dependencia.

Una de las características más destacables de este sistema, es que se adapta a cada persona independientemente de sus hábitos o costumbres, permitiendo una mayor objetividad en caso de alerta o alarma. Gracias a los informes generados, este servicio permite tanto a familiares como a profesionales conocer mejor la vida diaria del beneficiario, así como detectar posibles cambios de comportamiento, pérdida de movilidad, etc. y de esta forma tomar las medidas oportunas para ayudar a que la persona se sienta mejor.

Podemos describir muchas ventajas del sistema frente al sistema tradicional, pero por ejemplo, en el caso concreto de una caída con pérdida del conocimiento, la Teleasistencia clásica es completamente inoperativa, ya que la persona no puede pulsar el botón y es necesario esperar la llamada de control semanal para detectar una posible incidencia.

Análisis del comportamiento

Para generar los patrones conductuales se han utilizado diferentes algoritmos y diferentes escalas de valoración funcional, permitiendo una prevención de riesgos no solamente físicos si no también cognitivos.

Entre los muchos indicadores del comportamiento utilizados en el análisis de los datos recibidos, prestamos especial interés a la movilidad ya que como indica la OMS (2001) es un indicador fundamental a la hora de evaluar el estado general de una persona mayor (Tideiksaar & Alvarez, 2005; Frändin et al., 2009; Martínez et al., 2009). Generalmente, la pérdida de movilidad provoca una pérdida de masa muscular y de equilibrio que puede provocar una caída de la persona; de hecho, varios estudios corroboran el alto índice de caídas posterior a una pérdida de movilidad (Gill, Allore, Hardy & Guo, 2006; Da Silva, Gómez & Sobral, 2008; Moreno, Ruiz, Burdoy & Vázquez, 2005). La movilidad es igualmente un indicador importante para detectar posibles depresiones o ansiedad de la persona (Barry, Terrence, Murphy & Gill, 2011; Etgen, Sander, Huntgeburth, Poppert, Förstl & Bickel, 2010; Peninx, Leveille, Ferrucci, Van Eijk & Guralnik, 1999).

A partir de estos análisis, los profesionales del cuidado encontrarán a su disposición una serie de informes y herramientas que les permitirán visualizar y consultar de forma rápida el histórico del comportamiento de la persona. Además, gracias al seguimiento detallado realizado las 24 horas del día de los 365 días del año, serán capaces de detectar alteraciones del comportamiento y prever posibles enfermedades físicas o cognitivas.

Uno de los problemas habituales a los cuales se enfrentan las personas mayores es la pérdida de memoria, la cual no tiene por qué estar directamente relacionada con el Alzheimer, ya que existen también otros factores como: enfermedades, medicamentos, alcohol, depresión, falta de motivación, etc., que pueden provocar dicha situación (Gibson, 1981; Domínguez, 2012; Lautenschlager, Flicker, Vasi-karan, Leedman & Almeida, 2005). En este sentido MiAVIZOR es capaz de detectar, gracias a los diferentes sensores, situaciones de peligro para la persona mayor. Por ejemplo, el sensor de temperatura permite conocer en todo momento la temperatura ambiente máxima y mínima, además de generar una alarma cuando estos valores han sido superados. El mismo caso ocurre con los sensores de humo, humedad, gas, monóxido de carbono, inundación, temperaturas extremas, etc., de modo que sea posible paliar a tiempo posibles desastres, muy frecuentes a partir de ciertas edades.

Por otro lado, la demencia y el Alzheimer son las causas más conocidas de la pérdida de orientación (Wamley, Ropacki & Bondi, 2006; Rapp & Reischies, 2005). Estas enfermedades generan un deterioro cerebral que afecta directamente al pensamiento, a la ubicación, al raciocinio, a la capacidad de organización y deteriora de forma progresiva la capacidad de realizar las tareas de la vida diaria (Rosselli & Ardila, 2010). En este sentido MiAVIZOR es capaz de avisar a un familiar o profesional, si la persona ha salido durante la noche, si no ha vuelto a casa en

un horario establecido, si lleva demasiado tiempo fuera de casa, etc., todo ello de forma autónoma, sin que para ello el beneficiario tenga que pulsar ningún tipo de botón.

Los cambios del comportamiento de una persona mayor, por su parte, pueden reflejar un cambio en el estado de ánimo (depresión, soledad, miedo, etc.) al tiempo que pueden ser síntomas de enfermedades, complicaciones orgánicas, motrices, etc. (Attix & Welsh-Bohmer, 2006). El sistema MiAVIZOR, al basarse en el análisis del comportamiento del beneficiario, permite detectar cualquier alteración en dicho comportamiento para, de esta forma, avisar a la familia o profesionales. El sistema puede detectar por ejemplo que la persona no se ha levantado en un horario esperado, no ha ido a la cocina, realiza muchas visitas al baño, tiene una agitación nocturna importante, no ha ido al baño en 24 horas, no sale de casa, etc.

Otro problema detectado, es la desnutrición en las personas mayores que agravan o generan diferentes enfermedades tanto físicas como neurológicas (Arbones et al., 2003; Chen, Schilling & Linder, 2001), por lo que es relativamente importante supervisar de una forma continua su correcta nutrición. En este sentido hemos dotado al sistema MiAVIZOR de una supervisión específica en la cocina y una serie de alertas que permiten a los familiares y profesionales, conocer las horas a las que la persona entra en la cocina, supervisar el uso del frigorífico y del microondas, el tiempo que pasa dentro de la cocina, etc. Y de esta forma asegurarnos que el beneficiario se nutre de forma correcta,

Por último, hemos querido tener en cuenta un elemento importante para el grupo hacia el que está dirigido este servicio (especialmente en las zonas rurales) como es la intrusión de desconocidos en el hogar cuando el propietario está ausente. Para ello hemos incluido la posibilidad de que si la persona se ausenta varios días del hogar, el sistema permanece alerta, de modo que, si detecta alguna actividad dentro del hogar genere una alerta.

Cada una de estas alarmas y alertas es configurable por parte de las personas responsables que dispongan de privilegios de administración, lo que permite una autogestión, adaptabilidad y versatilidad para cada persona de forma individualizada.

Conclusiones

MiAvizor pretende ser un sistema que sea capaz de aprender y comprender el comportamiento diario de la persona que vive sola en su hogar que sea inteligente, con capacidad de análisis en tiempo real, en alerta 24h/24h los 365 días al año, para que en caso de caída, desmayo, desvanecimiento, que la persona no vuelva a casa, que no se despierte, que no coma, que disminuya su movilidad, etc... avise de forma automática a un familiar o a un profesional para poder auxiliarle.

Aportando una solución que permita alargar de una forma segura la autonomía de la persona mayor o con cierto grado de dependencia, de manera que pueda seguir viviendo en su hogar acompañado de un sistema transparente que protege su intimidad. Además, MiAvizor aporta el conocimiento y las herramientas necesarias a los familiares y profesionales para detectar posibles riesgos físicos, así como alteraciones del comportamiento, permitiendo la prevención de posibles enfermedades.

Referencias

- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González, M., Joyanes, M., Marques, I., ... Quer, J. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición Hospitalaria*, 18(3), 109-137.
- Attix, D. & Welsh-Bohmer, K. (2006). *Geriatric Neuropsychology. Assessment and intervention*. New York: Guildford Press. Recuperado de:
- Barlow, J., Singh, D., Bayer, S., & Curry, D. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(4), 172-179. doi: 10.1258/135763307780908058.
- Barlow, J., Bayer, S. & Oliveira T. C. (2011). En Harper R. (Ed.), *The connected home: The future of domestic life* (Springer Ed.). Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/j60777k17k554304/>
- Barry, L., Murphy, T. & Gill, T. (2011). Depression and functional recovery after a disabling hospitalization in older persons. *American Journal of the Geriatric Society*, 59(7), 1320-1325. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03453.x
- Botsis, T., Demir, G., Pedersen, S. & Hartvigsen, G. (2008). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(7), 333-337. doi: 10.1258/jtt.2008.007002.
- Chen, C. C.-H., Schilling, L. S. & Lyder, C. H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 131-142. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01950.x
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. (2009). Ageing Population: The challenges ahead. *The Lancet*, 374(3), 1196-1208. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4).
- Codorniu, J. M. (2007). El impacto de la Ley de la dependencia en las proyecciones del gasto sanitario y de los cuidados de larga duración. *Estudios de Economía Aplicada*, 25, 379-406.
- Da Silva, Z. A., Gómez, A. & Sobral, M. (2008). Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 43-56.
- Domínguez, M. E. (2012). Revisión teórica sobre las demencias de tipo cortical. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 40-54. Recuperado de: <http://www.ojs.unam.mx/index.php/rep/article/view/30903>
- Etgen, T., Sander, D., Huntgeburth, U., Poppert, H., Förstl, H. & Bickel, H. (2010). Physical Activity and Incident Cognitive Impairment in Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*, 170(2), 186-193. doi:10.1001/archinternmed.2009.498.
- Frändin, K., Borell, L., Grönstedt, H., Bergland, A., Helbostad, J.L., Puggaard, L., ... Hellström, K. (2009). A Nordic multi-center study on physical and daily activities for residents in nursing home settings: design of a randomized, controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21(4-5), 314-322.
- Gibson, A. J. (1981). A further analysis of memory loss in dementia and depression in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 179-185. doi: 10.1111/j.2044-8260.1981.tb00516.x
- Gill, T., Allore, T. G., Hardy, S. E. & Guo, Z. (2006). The dynamic nature of mobility disability in older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 54, 248-254. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00586.x
- Lautenschlager, N. T., Flicker, L., Vasikaran, S., Leedman, P. & Almeida, O.P. (2005). Subjective memory complaints with and without objective memory impairment: relationship with risk factors for dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 731-734.
- Martínez, P., Fernández, G., Frades, B., Rojo, F., Petidier, R., Rodríguez, V., ... De Pedro, J. (2009). *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 49-54. doi:10.1016/j.gaceta.2008.06.007.
- Moreno, N. R., Ruiz, E., Burdoy, E. & Vázquez, G. (2005). Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 11-17.
- Noury, N., Herd, T., Rialle, V., Virone, G., Mercier, E., Morey, G., ... Porcheron, T. (2000). Monitoring behavior in home using a smart fall sensor using a wireless sensor network. 1st Annual International IEEE-EMBS Special Topic Conference on Microtechnologies in Medicine & Biology October 12-14, 2000, Lyon, France.
- Organización Mundial de la Salud. (2001) *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.

- Penninx, B., Leveille, S., Ferrucci, L., Van Eijk, J. & Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1346-1352. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1346
- Rajasekaran, M.P., Radhakrishnan, S. & Subbaraj, P. (2009). Elderly patient monitoring system using a wireless sensor network. *Telemedicine Journal and E-Health: The official Journal of American Telemedicine Association*, 15(1), 73-9.
- Rapp, M. A. & Reischies, F. M. (2005). Attention and executive control predict Alzheimer disease in late life. *American Journal of Geriatrics and Psychiatry*, 13, 134-141.
- Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E. & McKee, M. (2009). How can health systems respond to population ageing? World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Envejecer satisfactoriamente. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 1-2.
- Rosselli, M. & Ardila, A. (2010). La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3, supl. 1), 59-68. Recuperado de: http://acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_59-68.pdf
- Suzuki, R., Ogawa, M., Otake, S., Izutsu, T., Tobimatsu, Y., Iwaya, T. & Izumi, S. (2006). Rhythm of daily living of atypical days for elderly people living alone as determined with a monitoring system. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(4), 208-214.
- Tideiksaar R. & Alvarez P. (2005). Caídas en ancianos: prevención y tratamiento. Editorial Elsevier España.
- Twamley, E. W., Ropacki, S. A. & Bondi, M. W. (2006). Neuropsychological and neuroimaging changes in preclinical Alzheimer's disease. *Journal of International Neuropsychology Society*, 12, 707-735.
- Valero, M.A., Sánchez, J.A. & Bermejo, A.B. (2007). Servicios y tecnologías de teleasistencia: tendencias y retos en el hogar digital. Madrid: CEIM. Recuperado de www.madrid.org/edupubli

Mesa redonda:

Estrategias para la prevención y detección precoz de la dependencia

- ➔ Eduardo Pásaro Méndez: “El plan de prevención y detección precoz de la dependencia”.
- ➔ Raimundo Mateos Álvarez: “Prevención y detección precoz de trastornos psiquiátricos no cognitivos en la edad avanzada”.
- ➔ Pura Díaz-Veiga: “Unidades de convivencia. La experiencia de Etxean Ondo Residencias”.
- ➔ Fernando L. Vázquez González: “Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en los mayores y su prevención”.

El plan de prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia

Eduardo Pásaro Méndez

Catedrático de Universidad

Universidad de A Coruña

I. Introducción

Para que una persona se considere que se encuentra en situación de dependencia deben de concurrir en la misma tres factores, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merme algunas de sus capacidades, la incapacidad para realizar por ella misma las actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona. Si queremos establecer estrategias para la prevención de la dependencia tendremos que incidir con las medidas adecuadas sobre alguno o varios de estos factores, favoreciendo el retraso de su aparición o la reducción del tiempo en que la persona se encuentre en esa situación.

No obstante, una primera aproximación a las estrategias para el establecimiento de un plan de prevención y detección precoz de la dependencia debería dar respuesta a la pregunta: ¿Es necesario en Galicia un Plan de prevención y detección precoz de la dependencia? Sin duda, la respuesta es sí. Intentaremos motivar dicha afirmación.

Motivos normativos.

Son los derivados de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En la sección 1.ª sobre prestaciones del sistema, en el artículo 13. Objetivos de las prestaciones de dependencia, se establece: “La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible. b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad. En el artículo 15. Catálogo de servicios, se establece: “1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo: a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal”.

En la sección 3.ª sobre servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado, en el artículo 21. Prevención de las situaciones de dependencia, se establece: “Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

Por lo tanto, la Ley obliga al establecimiento de sistemas que prevengan la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades, que en conjunto deben constituir un Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elabore, en nuestro caso, la Comunidad Autónoma de Galicia.

Motivos demográficos.

Según los datos del “Instituto Galego de Estatística” (IGE), a 1 de enero de 201, la población en Galicia era de 2.795.422 personas, de las cuales 1.445.831 (el 51,72%) eran mujeres, siendo el crecimiento interanual promedio entre el año 2002 y el año 2011 de 0,23%, con un máximo de 0,50% en 2003 y un mínimo de -0,08% en 2011. El continuo crecimiento de la población hasta 2010, se ha invertido en 2011 y las proyecciones hasta 2050 siguen la misma dinámica decreciente.

Por otra parte, uno de los principales factores de riesgo de dependencia es la edad, de ahí que se haga necesaria una contextualización demográfica de la situación de este factor. En 2011 había en Galicia 629.477 personas mayores (65 y más años), el 22,52% del total, de las cuales 366.141 eran mujeres (el 58,17%). El crecimiento interanual promedio de las personas mayores entre 2002 y 2011 fue de 0,92%, con un máximo de 1,58% en 201 y un mínimo de 0,08% en 2004. En este caso, a diferencia del total de la población, el continuo crecimiento en el número de personas mayores, se mantiene en las proyecciones hasta 2050, siguiendo la misma dinámica creciente.

Inciendo en la población de personas mayores, podemos analizar los índices de envejecimiento, de sobre envejecimiento y de dependencia global. El primero caracteriza a una “población envejecida” cuando supera el valor 100. Con valores de 121,9 en 2002, este índice ha crecido de manera continua hasta valores de 143,1 en 2011, y con una variación interanual media del 1,80%, con un máximo del 3,04% en 2003 y un mínimo del 1,1% en 2008.

El índice de sobre envejecimiento, caracteriza el “envejecimiento de los más mayores”. Con valores de 1,90 en 2002 este índice también ha crecido de manera continua hasta valores de 14,9 en 2011. El crecimiento interanual medio fue de 2,53%, con un máximo de 3,76% en 2008 y un mínimo de 0,84% en 2003.

El índice de dependencia global, caracteriza el riesgo de dependencia de la población. Con valores de 50,1 en 2010 y 50,9 en 2011, este índice, al igual que el de envejecimiento y sobre envejecimiento, tiene una proyección de crecimiento continuo, con valores de 58,7 para 2021, siguiendo una clara tendencia de incremento anual.

Por lo tanto, los datos demográficos nos indican que en Galicia la población disminuirá de manera ininterrumpida hasta 2050, al mismo tiempo que la población de personas mayores aumentará, y éstas cada vez serán más mayores y con mayor riesgo de dependencia. Las proyecciones de personas en situación de dependencia, alcanza en 2020 cifras entre 80.000 y 103.000 personas, con una tasa de prevalencia de al menos el 3%. Este incremento contrasta, para el mismo periodo, con el descenso del -9%, de personas que se encontrarán por debajo de los 65 años.

El incremento de personas en situación de dependencia en los próximos años, unido al incremento de la esperanza de vida de las mismas, establece un escenario con una fuerte demanda de recursos para su atención, en condiciones en las que su calidad de vida no se vea mermada. Como consecuencia, para poder mantener el sistema de protección en los términos actuales, es necesario, entre otros aspectos, implantar medidas con el objetivo de prevenir la aparición de personas en situación de dependencia, y que si ello no es posible, con el objetivo de mantenerlas en el menor grado posible de dependencia.

Por lo tanto, la evidencia de los datos demográficos, abocan a la necesidad de desarrollar estrategias que conformen un plan de prevención de la dependencia.

Motivos económicos

El coste económico que para la sociedad representa la atención a las personas en situación de dependencia ha ido creciendo a medida que la aplicación de la Ley 39/2006 ha ido abarcando a los diferentes grados y niveles previstos inicialmente en la misma. Para establecer la cuantificación económica de la dependencia en Galicia, lo primero que se debe determinar es la cuantía del gasto medio que genera una persona cuando está en una situación de dependencia, lo que constituye una tarea no exenta de dificultad, ya que en algunos casos sólo se consideran los gastos asociados a los cuidados y, en otros, se incluyen los fondos para financiar las infraestructuras necesarias para los mismos. Albarrán y Alonso (2009) en “La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado” y Albarrán, Alonso y Fajardo (2011) en “Estimación y proyección del número y coste asociado de la atención de personas dependientes en España: un enfoque regional”, establecen el coste individual de una persona en situación de dependencia realizando proyecciones del mismo hasta 2050. Anteriormente Rodríguez y Montserrat (2002) en “Modelos de atención socio sanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia”, habían evaluado el coste medio de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia. La realidad es que las cifras son dispares con valores que oscilan, para 2025, entre 17.793 €/año y 41.593 €/año. En el caso del peor escenario posible, se llega a 143.975 €/año. Esta disparidad es explicable ya

que dentro de la política social a nivel mundial no existe un único modelo de cuidados de larga duración que cubra el riesgo de dependencia. En Europa se pueden considerar cuatro situaciones en función de la accesibilidad, servicios prestados, sostenibilidad y financiación (Montserrat, 2007.): El modelo nórdico que establece una protección universal independientemente del nivel de renta con financiación vía impuestos, el modelo continental o de Seguridad Social basado en el apoyo subsidiario a la familia cuidadora, establecido, principalmente en Alemania, Francia, Luxemburgo y Austria, el modelo liberal-asistencial, de amplio alcance pero sin llegar a la cobertura universal, establecido en Irlanda y Reino Unido, y el modelo familiar asistencial propio de los países del sur de Europa.

Además del coste en ayudas directas por parte de la sociedad, también es necesario tener en cuenta el coste global de las personas en situación de dependencia, añadiendo al primero la parte que el entorno familiar aporta (aporte directo, copago y otros) para hacer frente al caso de que uno de sus miembros se encuentre en situación de dependencia.

Teniendo en cuenta la previsión de personas en situación de dependencia en Galicia hasta 2020 (entre 80.000 y 103.000), así como la media de esperanza de vida de las mismas, las cifras totales a las que se llega, en cuanto al coste total, hacen que la Ley 39/2006 sea de difícil aplicación en cuanto a la literalidad de la misma. Los recursos necesarios para la atención a las personas en situación de dependencia deberían destinar en 2020 un porcentaje entre el 1,42 y el 1,65 del PIB, y para 2050 entre el 2,24 y el 2,48, cuando en 2010 las atenciones directas a este colectivo representó un 0,55 del PIB. En ese mismo año el conjunto de los países de la OCDE dedicaron un 1,25, Alemania, Holanda y Suiza un 1,50 y Finlandia, Islandia o Suecia un 3. Teniendo en cuenta que actualmente nos encontramos en una etapa de crecimiento muy bajo e incluso negativo del PIB, estos porcentajes probablemente deban ser revisados al alza, para 2015 y 2020.

Con esta previsión económica, aplicar la Ley 39/2006, tal y como se redactó inicialmente, era un ejercicio prácticamente insostenible dadas las circunstancias económicas que está atravesando nuestra sociedad. Las modificaciones introducidas mediante el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de “Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad”, son estrategias cuya finalidad última es el mantenimiento de una política dirigida a “intentar que las personas en situación de dependencia puedan mantener un grado de autonomía que les permita vivir una vida digna”, apostando por los servicios profesionales frente a los de los cuidadores familiares, así como por la sostenibilidad del sistema.

Por lo tanto, el esfuerzo económico de la sociedad, a corto y medio plazo, será cada vez más intenso, especialmente si la coyuntura económica de nuestro entorno se mantiene en la dinámica actual. En cualquier caso, no vale ampararse en la crisis económica para limitar las ayudas a un colectivo muy frágil de la sociedad, personas que, en muchos casos, necesitan asistencia las 24 horas del día. La protección de las mismas es un derecho adquirido por Ley, aprobado por todos los partidos políticos y que, por tanto, debe cumplirse, aunque para ello haya que adoptar algunas medidas de carácter restrictivo que garanticen la sostenibilidad del sistema. Una de ellas, y no de carácter restrictivo, es la elaboración de un plan de prevención y detección precoz de la dependencia.

Motivos de justicia social

Las personas son muy frágiles y vulnerables en dos momentos de la vida, en la etapa de 0-3 años, desde el nacimiento a la infancia, y en la etapa de más de 80 años, desde la vejez hasta el final de la vida. En ambos casos se dan situaciones de dependencia, pero en unos porcentajes ciertamente dispares (2,16 % frente a 53,93 %). El amparo y protección familiar son intensos en la infancia, pero es en la vejez cuando estos aspectos se debilitan, y que por tanto, es cuando la sociedad tiene que suplir estos déficits a través de sus instituciones. Tras una vida de muchos años, con su correspondiente contribución a la sociedad, ésta no puede permitir que las personas en situación de dependencia no se encuentren amparadas y atendidas como es de justicia. Para asegurar este amparo, hay que garantizar que el sistema de bienestar derivado de la aplicación de la Ley 39/2006 siga siendo un derecho, y que ese derecho llegue, en tiempo, mediante las correspondientes prestaciones a sus legítimos destinatarios.

Cualquier sistema de protección social a las personas en situación de dependencia tiene que tener como uno de sus objetivos, la atención de las mismas, a cualquier coste, en unos niveles de dignidad y de justicia social. Para ello la Administración, tiene la obligación moral, además de la legal, de poner los medios necesarios para que dicha atención sea socialmente sostenible. Entre las medidas a adoptar está la elaboración de una estrategia o plan que incida en la detección precoz y en la promoción de la autonomía personal, aplicando las medidas que garanticen dicha atención, aunque sea necesario modificar aspectos fiscales o legales, relacionados con las situaciones de dependencia.

II. El plan de prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia

Todos los esfuerzos para evitar que una persona llegue a encontrarse en situación de la dependencia, o para su recuperación, cuando ésta es reversible, redundará en beneficio de la totalidad del sistema, y por lo tanto, en su sostenibilidad, por lo que las medidas que tengan como objetivo una actuación preventiva y precoz deben ocupar un lugar preferente de la Administración. De aquí, la necesidad de contar en Galicia con un plan o estrategia para la prevención y la detección precoz de la dependencia que actúe como un verdadero “plan director” u “hoja de ruta” de las políticas del Gobierno gallego en dicha materia.

El Plan debe ser realista, ejecutable, y por lo tanto, económicamente posible, por lo que antes de su aprobación, es necesario la asunción de un compromiso previo de los diferentes órganos de la Administración, así como la priorización de las actuaciones propuestas y un planeamiento temporal de su aplicación y seguimiento.

Inicio

En mayo de 2012, la Consellería de Trabajo e Benestar, a través de la Secretaría Xeral de Política Social, ha puesto en marcha la elaboración de dicho Plan dentro del Programa de Cooperación Transfronteriza España-Portugal (POCTEP) 2007-2013. La redacción del Plan está a cargo de un equipo en el que se integran la dirección estratégica, científica y técnica. Al mismo tiempo se ha creado una Comisión de seguimiento de la estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, compuesta por representantes del Servicio de Atención a la Dependencia, de la Subdirección Xeral de Promoción de la Autonomía Personal, del Servicio de Programas de Promoción de la Autonomía Personal y de la Unidad de Coordinación de la Dependencia.

Desarrollo

El plan que se está desarrollando es fundamentalmente participativo, con una respuesta del 68,2% de las personas o entidades convocadas, en ocho grupos de trabajo que han dado lugar a 449 propuestas, distribuidas de la siguiente manera:

- Personal técnico de la Administración autonómica (91 propuestas)
- Entidades de personas mayores y del ámbito de la discapacidad (90 propuestas)
- Colegios profesionales del ámbito social y sanitario (59 propuestas)
- Federación Gallega de Municipios y Provincias (41 propuestas)
- Empresas proveedoras de servicios (33 propuestas)
- Agentes sociales e institutos de estudios (48 propuestas)
- Grupos de investigación del Sistema Universitario de Galicia (87 propuestas).

Como resultado de dicha participación, actualmente se contemplan diferentes medidas en las siguientes seis áreas de actuación:

- Educación y concienciación de la ciudadanía (87 medidas). Tienen como objetivo generar una corriente de opinión favorable al cuidado de la salud y de la autonomía personal que amplíe la responsabilidad de la ciudadanía gallega en relación con la adopción de hábitos saludables y la prevención de las situaciones de dependencia, haciendo accesible la información y educación sobre los beneficios y las recomendaciones para una vida activa y saludable, así como los recursos de prevención de la dependencia existentes en Galicia.
- Contribución al aumento de la esperanza de vida libre de dependencia (84 medidas). Tienen como objetivo procurar una actitud positiva ante el envejecimiento, la discapacidad y la enfermedad y un esfuerzo creciente y proporcionado de atención a las personas en riesgo de situación de dependencia para disminuir su vulnerabilidad, promoviendo los conocimientos y las condiciones necesarias para conseguir el aumento o mantenimiento de la capacidad de estas personas para el desarrollo de su vida diaria y, por lo tanto, evitar o retrasar, dentro de lo posible, la aparición de la dependencia.

- Mejora del diagnóstico y de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia moderada (60 medidas). Tienen como objetivo proporcionar una atención especializada a las personas en situaciones de pérdida de funcionalidad, cuando aún existen posibilidades de reversión o modificación de su curso, con el propósito de mejorar su pronóstico y prevenir el agravamiento del estado actual o reducir los efectos sobre la posibilidad de pleno desarrollo personal, a través de facilitar el diagnóstico y la detección precoz, la rehabilitación y el apoyo a la permanencia en el domicilio o en el ámbito habitual.
- Apoyo a las familias y estímulo de la participación ciudadana (62 medidas). Tienen como objetivo velar por el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras no profesionales en el seno de las familias, acompañándolas para mitigar la carga objetiva y subjetiva que lleva consigo la labor que desempeñan y las consecuencias en su propia salud física, mental y emocional, así como en la estabilidad de la unidad familiar, estableciendo las medidas de apoyo necesarias y estimulando la implicación del conjunto de la ciudadanía.
- Investigación e innovación para ampliar la vida saludable y autónoma de las personas (74 medidas). Tienen como objetivo intensificar la investigación, la busca de soluciones de vanguardia y la implantación de innovaciones importantes en relación con la promoción de la autonomía personal y la prevención y detección precoz de las situaciones de dependencia, así como con el retraso del agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, generando al mismo tiempo oportunidades de desarrollo para el tejido investigador y productivo de Galicia.
- Refuerzo y mejora continua de los recursos dedicados a la prevención de la dependencia (84 medidas). Tienen como objetivo incrementar el reconocimiento y la satisfacción de las personas usuarias, y de sus familiares, de los servicios y programas relacionados con la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia, así como de los profesionales y de la ciudadanía en general, a través de una mayor actuación centrada en mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia de su atención, en la busca continua de la excelencia.

El conjunto de todas las medidas propuestas constituyen la estrategia actual del Plan, que deberá completarse con el compromiso de los diferentes órganos de la Administración para asumir aquellas medidas que son de su competencia, con una estimación temporal de su aplicación, lo que requiere el consiguiente compromiso presupuestario. Este conjunto de medidas, cuya aplicabilidad estará garantizada económicamente, constituirá el eje central del Plan.

Estimación del coste beneficio

Teniendo en cuenta la experiencia de otros planes de prevención sanitaria que demuestran la eficiencia de la prevención para mejorar la calidad de vida, evitar muertes, y en caso de que aparezca la enfermedad, reducir su impacto, se estima que en el caso de la prevención de la dependencia, para 2020, al menos habrá un 5% de reducción en las cifras de personas que estarán en situación de dependencia con respecto a la ausencia de Plan, lo que incidirá en una disminución paulatina de las personas en situación de dependencia en grado 2 y 3.

Dada la actual limitación económica, en la gestión de las políticas sociales cada día es más importante analizar la relación coste beneficio de una actuación concreta, estableciendo una correlación entre el coste de la prevención y los beneficios que proporciona, pero no sólo en términos de morbilidad o calidad de vida, sino también desde una posición de responsabilidad en cuanto a la sostenibilidad del sistema. En este caso, la determinación de dicha correlación es un aspecto que implica cierta dificultad al verse afectado por un gran número de variables, entre las cuales destacan las proyecciones demográficas, el coste del conjunto de los servicios que reciben las personas en situación de dependencia, su esperanza de vida, su distribución por edad, sexo o grado de dependencia, sus tasas de prevalencia, el hecho de que los cuidados pueden ser tanto formales como informales, etc. Los beneficios económicos se revelarán con mayor claridad en el momento en que se apruebe el Plan de Gobierno que, partiendo de esta estrategia, defina las actuaciones de los departamentos y órganos responsables, plazos de ejecución y recursos económicos destinados a esas actuaciones.

La estimación de los posibles resultados de la puesta en marcha del Plan de prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia se podrá establecer de dos maneras:

- En términos relativos, es decir, mediante la estimación de la posible eficiencia conseguida por euro invertido, con independencia del coste final de dicho Plan. A priori se estima que por cada euro in-

vertido en prevención (fundamentalmente la sanitaria) se ahorrarían, en el caso más favorable, 129 euros en el coste de la atención de las patologías más frecuentes en el envejecimiento.

- En términos absolutos, es decir, mediante el cálculo del ahorro anual total conseguido en el año 2020 por la aplicación del Plan, con la consiguiente reducción en el número de personas en situación de dependencia sobre la cifra inicialmente prevista. En este caso, se estima que, en un escenario de costes reducidos, la eficiencia conseguida se situaría en los 260 millones de euros, mientras que en un escenario de costes elevados se situaría en los 583 millones de euros.

III Otros aspectos

Para desarrollar de una manera eficiente el Plan de prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, que en su día se apruebe, será necesario dotarlo de recursos económicos, humanos y materiales suficientes y de una mínima infraestructura.

Recursos económicos propios procedentes de:

- La Administración General del Estado a través del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia
- La Administración Autonómica
- Las Administraciones Locales y Provinciales
- Financiación, para acciones específicas, a cargo de las “Direcciones xerais e Secretarías xerais” competentes en la aplicación del Plan
- Recursos humanos y materiales:

Los ya existentes en los servicios sanitarios hospitalarios, en los de atención primaria y en los centros socio sanitarios pertenecientes a la Consellería de Sanidade, Consellería de Traballo e Benestar y en los Servicios Sociales pertenecientes a los distintos ayuntamientos y diputaciones.

Creación de una infraestructura, dentro de la unidad administrativa correspondiente, responsable de la dirección, coordinación, seguimiento y evaluación periódica del Plan.

Referencias

Albarrán, I. Alonso, P. (2009). La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. Estudios de Economía, vol. 36, nº 2, pp, 127-163

Albarrán, I., Alonso, P. Fajardo, M.A. (2011). Estimación y proyección del número y coste asociado de la atención de personas dependientes en España: un enfoque regional. Investigaciones Regionales, vol. 19, pp: 5-23

IGE (2011). Instituto Galego de Estatística. Cifras de poboación 2011

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006

Montserrat, J. (2007). El impacto de la Ley de dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración. Estudios de economía aplicada, Vol. 25, Nº 2, pp, 379-406

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE núm. 168 de 14 de julio de 2012.

Rodríguez, G. Montserrat, J. (2002.: Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Unidades de convivencia. La experiencia de Etxean Ondo Residencias

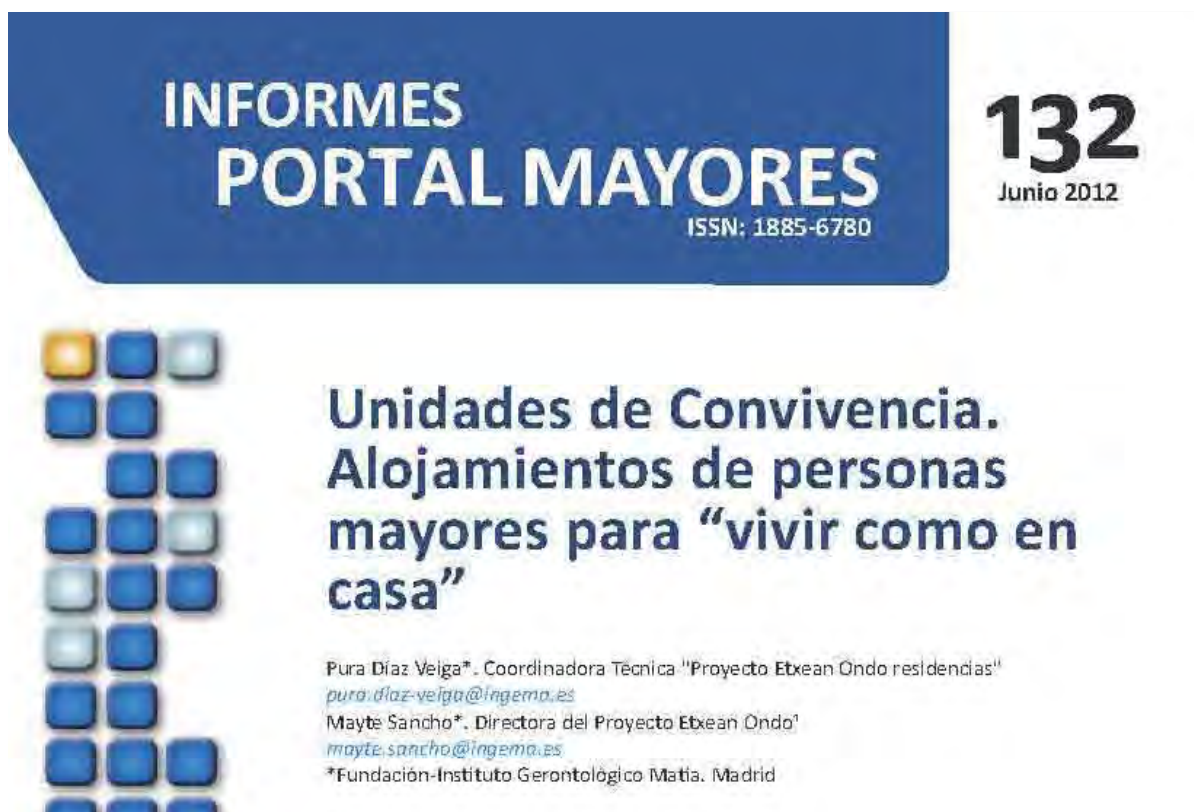
Pura Díaz Veiga

Coordinadora Técnica "Proyecto Etxean Ondo residencias"

Fundación-Instituto Gerontológico Matia. Madrid

➔ Enlace pdf con la presentación:

["Unidades de convivencia. La experiencia de Etxean Ondo Residencias"](#)

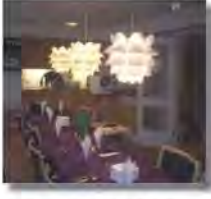


Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa"

5

Las unidades de convivencia responden en su estructura y equipamiento a muchas de estas características. Su expansión ha sido notable en los últimos años, respondiendo a diferentes denominaciones. Básicamente, tratan de seguir un "modelo de hogar", en oposición al modelo asistencial o hotelero (Verbeek et al., 2009). En países como Suecia, casi el 20 % de personas con demencia vivía en este tipo de alojamientos en el año 200. En Holanda, el 25% de las personas afectadas residían en 2010 en unidades de convivencia (Verbeek et al., 2009).

La ubicación de las unidades de convivencia es muy variada. En ocasiones se encuentran varias en un mismo recinto compartiendo servicios y prestaciones; en otras se encuentran situadas en establecimientos residenciales que han ido adaptándose a este modelo de alojamiento; y, en otras se encuentran integradas en edificios residenciales. Cualquiera que sea su ubicación, el diseño arquitectónico y equipamiento de las Unidades de Convivencia reproducen los ambientes domésticos. Generalmente, cuentan de espacios privados para los residentes que al menos incluyen un dormitorio y un cuarto de baño. En algunas de ellas los espacios de los residentes disponen además de un salón-estar.



El equipamiento es similar al de los entornos domésticos. Los residentes disponen sus espacios con sus propios muebles. En algunos casos, con muebles y objetos pequeños y, en otros casos, los amueblan enteramente con sus propios enseres. Las plantas y las mascotas también suelen ser habituales.



En definitiva, las unidades de convivencia responden a la tendencia, en relación con el diseño de alojamientos para personas mayores, hacia lugares de dimensiones "domésticas", que dispongan de elementos de accesibilidad y seguridad, decorados como si se tratase de un domicilio, al gusto de los residentes y, cuente con espacios en los que se combine la intimidad con la interacción social y también se facilite el contacto con el ambiente exterior (Rodríguez, 2011).

Además, existe un espacio común que suele consistir en una cocina, comedor y sala de estar. En muchos casos se dispone de una pequeña área exterior como terraza o jardín.

INFORMES PORTAL-MAJORES HP 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa"

6

2. El modelo de atención. Buscando la autonomía y el bienestar

"Vivir como en casa" supone que la forma de vida, las actividades, etc. deben responder a las preferencias y elecciones de sus habitantes. Desde esta perspectiva, el modelo de atención integral centrado en la persona ofrece un marco que nos permite identificar los elementos claves en torno a los que deben girar el apoyo a personas mayores que residen en unidades de convivencia.

La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención; y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan (Martínez, 2011). En otras palabras, el trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar el la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Se concreta en aspectos de la atención cotidiana como: a) su bienestar físico y emocional, b) el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana c) la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, f) el fomento de la inclusión social o g) el respeto a la edad adulta (Martínez, 2011).

El desarrollo de cada uno de estos aspectos conlleva un estrecho conocimiento, y seguimiento diario, de cada una de las personas usuarias, de sus cambios emocionales, de sus gustos y disgustos. Desde esta perspectiva, se pone de relieve, por otro lado, la utilidad de procedimientos que den a conocer las preferencias, intereses y valores de las personas residentes en alojamientos. Instrumentos como la historia de vida permiten indagar las características personales que guían un proyecto de atención individualizada.

Todo ello debe ser incorporado a la atención cotidiana, de modo que se ofrezcan posibilidades para mostrar y practicar capacidades y habilidades, disfrutar y encontrar (o recuperar) vínculos significativos con el entorno físico y social.

El foco, entonces, se sitúa en la identificación y la promoción de las posibilidades, las capacidades, las motivaciones y los intereses para continuar desarrollando el proyecto de vida personal.

3. La organización

Tan importante como el estilo físico del ambiente y las características de su diseño, es el clima social y sus rutinas diarias. En otras palabras, una unidad de convivencia no solo debe parecer un hogar, sino también funcionar como tal.

Cuadro 3. CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CONVIVENCIA

- El modo de vida es parecido al de un hogar y el abordaje terapéutico se desarrolla en torno a las actividades de la vida diaria.
- La atención se sustenta sobre el respeto a los derechos y deseos de las personas mayores, aunque ello suponga asumir ciertos riesgos.
- Se trabaja intensamente el proceso de adaptación e integración de cada persona que se incorpora.
- Las viviendas se integran en la red local de servicios sociales y sanitarios, de los que reciben apoyos.
- Existen atenciones por profesionales con diferentes grados de cualificación, pero con alto grado de implicación en este tipo de proyectos.
- La atención es de 24 horas al día, todos los días del año.
- Las viviendas se configuran como lugares para vivir hasta el momento de morir.

Fuente: Verbeek, J. 2007

Consecuentemente, la organización de las unidades debe ser sencilla. Gira en torno al desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. El desarrollo de actividades sencillas pero significativas como la higiene personal, ordenar la ropa, colaborar en la cocina, poner y quitar la mesa, etc. proporcionan oportunidades para organizar el día con sentido y en muchos casos, mantener, practicar (o recuperar) habilidades funcionales.

INFORMES PORTAL-MAJORES HP 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa"

7

Cada uno de los cuidadores es personal de referencia de uno o varios de los residentes de cada unidad, siendo la responsable de atender las necesidades personales del residente y de integrar todas las atenciones que éste precisa.

Las visitas de los profesionales especialistas (médicos, enfermeras, terapeutas, animadores socio-culturales, etc.) se suelen suceder de modo periódico, o a demanda como consecuencia de alguna incidencia que lo requiera.

En ocasiones, las unidades están ubicadas en grandes centros residenciales. En este caso, se suelen utilizar servicios comunes como lavandería y limpieza y también los servicios especializados. Así por ejemplo, las personas residentes de la unidad acuden a actividades que se celebran en el centro.

Cuadro 4. Modelos Residenciales

De donde venimos...	Hacia donde vamos...
Aspectos sociales Una multitud de residentes y personal con roles y funciones muy diferenciadas.	- Enlaza en la vida en familia de anciano - Los residentes forman una comunidad - El personal forma parte de la comunidad
Aspectos físicos Unidades grandes (más de 20 residentes/unidad) Pasillos largos Carácter institucional	- Unidades pequeñas (8-10 residentes/unidad) - Comedor y cocina abierta al comedor en medio de cada unidad - Carácter doméstico, parecido a una casa tradicional
Aspectos organizativos Organización jerárquica. La dirección de la residencia decide las rutinas diarias. Diferenciación de las funciones del personal por competencias, niveles, categorías profesionales y funciones.	- Organización de apoyo a la vida: los residentes, familiares y el personal de atención directa ocupan conjuntamente las rutinas diarias. - Toda el personal realiza funciones integradas de enfermería, atención personal y doméstica.

Salazar, 2010. Fuente Original: Verbeek et al. BMC Geriatr. 2009; 9: 3

Cada unidad de convivencia es única. La singularidad y "ambiente" de cada unidad como lugar para vivir está determinada en gran medida por las características de sus habitantes; por sus preferencias y elecciones. Asimismo, la organización de las unidades de convivencia se encuentra estrechamente relacionada con el de los entornos en los que esta se inserta. En otras palabras, el funcionamiento de un centro residencial que integre unidades de convivencia presentará características diferenciadas en su organización respecto a aquel que esté organizado de modo tradicional.

INFORMES PORTAL-MAJORES HP 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa"

8

La prestación de servicios comunes como limpieza, lavandería, prestación de servicios especializados ha de confirmarse en función de las necesidades características y funcionamiento de las Unidades de convivencia que integra.

4. Las personas

En un modelo en el que la atención gira alrededor de las personas residentes, se ha de prestar atención además de a los destinatarios de la atención, a los proveedores de la misma, sea cual sea su desempeño profesional en la unidad, tanto de asistencia directa, de liderazgo o como profesional especializado. Todos ellos además de compartir los principios del modelo de atención han de poner en valor en su práctica profesional, sea esta la que sea, las competencias y habilidades asociadas a los objetivos que se persiguen. En otras palabras, las habilidades para el trato con personas, la gestión de las emociones propias y de los compañeros, entre otras, se constituyen como competencias profesionales de tanta relevancia como las relativas a las competencias y conocimientos técnicos de cada disciplina profesional.

4.1. LOS RESIDENTES

Las unidades de convivencia pueden ser alojamientos adecuados para personas mayores con características diferenciadas. En la actualidad, las personas usuarias más habituales suelen presentar deterioro cognitivo o funcional o ambos. Por este motivo, se han generado diversas propuestas para orientar la atención de personas con demencia.

4.2. LOS CUIDADORES

Los cuidadores de las unidades de convivencia son los profesionales de atención directa más próximos a las personas residentes. Su estabilidad en la Unidad es un elemento relevante para asegurar su integración progresiva en la actividad en la misma. Además, de acuerdo con el estilo de vida y los objetivos en la unidad de convivencia deben reunir competencias y habilidades que posibiliten la autonomía, independencia y también el bienestar de las personas mayores con las que viven.

Desde esta perspectiva cobra especial relevancia el modo de actuar y la atención a las necesidades personales y preferencias de los residentes. Consecuentemente, los cuidadores además de conocer destrezas para el desarrollo de tareas asistenciales y cuidados básicos de salud, han de poseer y adquirir y reforzar competencias personales relacionadas con el buen trato a personas en situaciones diversas de dependencia. Algunas de ellas, se mencionan en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. COMPETENCIAS DE LOS CUIDADORES DE UNIDADES DE CONVIVENCIA

- Identificar y favorecer el mantenimiento de capacidades funcionales
- Favorecer la toma de decisiones
- Generar situaciones para favorecer emociones positivas
- Prevenir o gestionar manifestaciones emocionales inadecuadas
- Preservar la salud de los residentes al entorno próximo
- Detectar eventos etc. significativos para las personas residentes
- Favorecer la realización de actividades que tengan sentido en su vida cotidiana
- Intervención: actividades terapéuticas a la vida cotidiana (F. Jerrico Huo)

Fuente: Verbeek, J. 2007

La adquisición de estas habilidades pone de relieve, en muchos casos, la necesidad de un proceso de "acompañamiento" que ayude a los cuidadores a identificar sus propias competencias en relación con el modelo de atención que se pretende desarrollar. Especial esfuerzo ha de prestarse a este proceso en el caso de profesionales con trayectorias establecidas en modelos de atención asistenciales. En este caso, la graduación en video y visionado posterior de las actuaciones profesionales cotidianas constituye una herramienta valiosa para "dospender" formas de hacer dirigidas a la tarea (rapidez de movimientos, por Ej.) y aprender otras adecuadas a las personas (acomodar el ritmo de movimiento a las características de los residentes).

Por otro lado, la atención y la convivencia cotidiana con personas, tanto residentes como

INFORMES PORTAL-MAJORES HP 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa".

9

profesionales, lleva consigo la necesidad de que los cuidadores dispongan de las habilidades necesarias para trabajar en Equipo.

Las habilidades y competencias personales de los cuidadores en relación con las relaciones interpersonales son de especial relevancia en las unidades de convivencia. Se trata de promover un clima social en el que las relaciones entre sus integrantes se produzcan con claridad y naturalidad, los problemas se resuelvan ágilmente y, en el que el intercambio de apoyo sea habitual entre los integrantes de la unidad. Las personas cuidadoras son las que contribuyen de un modo relevante a "establecer el clima social"; especialmente en aquellas en las que las personas presentan más necesidad de apoyo. Por este motivo, resulta necesario que estos profesionales además de poseer competencias con el fin de gestionar las incidencias cotidianas perciban que su labor sea reconocida, apoyada, valorada e incentivada por parte del resto de implicados en las unidades de convivencia.

Se trata de definitiva de promover la salud y el bienestar de los cuidadores.

Las actuaciones dirigidas a este objetivo redundarán en el bienestar y la autonomía de los residentes en las unidades de convivencia.

Solo se cuidará bien si se está bien.

4.3. LOS RESPONSABLES INSTITUCIONALES

El compromiso, implicación y apoyo cotidiano de los responsables de la institución en la que se ubica la unidad de convivencia resultan fundamentales tanto en el periodo de implantación como para su desarrollo y evolución a lo largo del tiempo. Los responsables institucionales deben facilitar, promover y desarrollar iniciativas de residentes y demás integrantes de las Unidades de convivencia, de manera que cada una de ellas tenga sus características y peculiaridades. El apoyo constante a la unidad resulta imprescindible para el mantenimiento o inicio de nuevas actividades e iniciativas y no se instauran prácticas de atención "rutinarias" y estáticas.

4.4. LOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS

La puesta en práctica del "modelo hogar" no debe suponer una disminución en el grado profesionalidad con el que se presta la atención. En otras palabras, se trata de combinar las prestaciones o apoyos especializados con otras prácticas profesionales mediante las que los profesionales especializados actúan como consultores, orientadores o formadores de los profesionales que conviven diariamente en la Unidad (cuidadores) (Martínez 2011).

4.5. LOS FAMILIARES

Los familiares de los residentes forman parte de la Unidad de convivencia del modo que residentes y familiares establezcan. Se trata, por tanto, que se proporcionen oportunidades para mantener y desarrollar la relación que el residente decide mantener con sus familiares.

Las relaciones familiares ofrecen una gran diversidad. En ocasiones, los familiares están presentes frecuentemente en la unidad y, en otras de modo esporádico. Igualmente, las características de la relación ofrecerán una gran pluralidad. La organización cotidiana de las unidades ha de acomodarse a esta notable variedad, ofreciendo espacios, tiempos o, en ocasiones, actividades para que cada familia encuentre su lugar. El personal de referencia de cada residente puede actuar como un vínculo entre la familia y la vida en la unidad.

A partir del conocimiento mutuo, se pueden originar ocasiones de intercambio y de bienestar tanto para familiares como residentes.

4.6. OTROS VÍNCULOS SOCIALES

Las unidades de convivencia deben ser lugares que conjuguen la privacidad con la vida en el exterior tanto en lo que hace referencia al entorno físico como social. Las unidades se convierten en lugares en los que recibir amigos, conocidos, vecinos contribuirá al mantenimiento de los vínculos con los contextos sociales significativos de toda la vida.

INFORMES PORTAL MAYORES Nº 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa".

10

Todos ellos aportarán la vida exterior al ambiente de la unidad ("lo que pasa", las noticias, los cambios y las transformaciones del entorno) y pueden, con el tiempo, llegar a formar parte "de su clima social".

Pero también, pueden hacer posible salir al exterior, compensando las limitaciones funcionales presentes en los residentes.

5. La calle

Las unidades de convivencia, y por tanto sus residentes han de formar parte del entorno en el que están ubicadas. Salir y estar en la calle ha de constituirse como otra actividad cotidiana.

La calle para las personas en situación de dependencia se convierte "en un espacio de salud", donde se produce un revitalizador cambio "de ambiente" y "de aires" (Prieto, 2011). "No extraña, en consecuencia, que dentro del propio espacio doméstico estar en la terraza o junto a la ventana constituya una de las actividades predilectas". En todo caso las mejores experiencias suceden fuera y, mientras se pueda, idénticamente, se sale" (Prieto 2011). Todo ello pone de relieve la trascendencia de incorporar al exterior, la vida de la calle a la actividad cotidiana. Salidas para participar en la compra diaria, dar un paseo o participar en una reunión constituyen actividades que contribuirán a mantener un proyecto de vida más allá del entorno doméstico.

6. Un ejemplo. El Proyecto Etxean Ondo. Residencias

"Etxean Ondo Residencias" es una iniciativa, promovida y financiada por el Gobierno Vasco, a través de un convenio de colaboración con la Fundación INGEMA que pretende establecer el impacto de la transformación del modelo de atención tradicional que se desarrolla en residencias, a una forma de atención asociada al modelo de atención centrado en la persona.

Se trata de crear unidades de convivencia en determinados espacios de centros residenciales que cumplen los requisitos físicos necesarios para su adecuación. El proyecto tiene prevista una duración aproximada de dos años.

6.1. PARTICIPANTES

En la actualidad, Etxean Ondo Residencias se desarrolla en tres Centros Gerontológicos de Guipúzcoa de la Fundación Matia de San Sebastián, en los que se encuentran en distintas fases de implantación 4 unidades de Convivencia y 1 centro de Día, a los que en los próximos meses se añadirán dos nuevas unidades de convivencia y otro Centro de Día.

Cuadro 6. Unidades convivenciales. Etxean Ondo Residencia

Unidad convivencial 1 Unidad convivencial 2 Unidad convivencial 3 Unidad convivencial 4	Unidad convivencial 5 Unidad convivencial 6 Unidad convivencial 7 Unidad convivencial 8
Centro Gerontológico Jaietxea	Unidad de Convivencia de 13 personas
Centro Gerontológico Fisaco	Unidad Poligeneracional de 14 personas

6.2. METODOLOGÍA

Se desarrolla un diseño cuasi-experimental en el que existe un grupo control y un grupo experimental en cada unidad de convivencia.

Se efectúan evaluaciones iniciales en variables relativas a características de las personas mayores participantes, tales como recursos cognitivos, capacidades funcionales y calidad de vida.

INFORMES PORTAL MAYORES Nº 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa".

11

Asimismo se evalúa el burn-out de los cuidadores. Además, se obtiene información de sus expectativas, actitudes y competencias en relación con la promoción de la autonomía y el bienestar. Se recogen asimismo el grado de satisfacción de los familiares y cuidadores.

Se combinan métodos cuantitativos y cualitativos. Se utilizan además de autoinformes y entrevistas, análisis de grabaciones efectuadas en audio y vídeo.

Se efectúan medidas intermedias, cada 6 meses, final y de seguimiento con el fin de establecer los efectos de las intervenciones efectuadas.

6.3 INTERVENCIÓN

Se interviene en los siguientes dimensiones:

6.3.1. Dimensiones

a) Ambiente Físico

Cambios en equipamiento, diseño y decoración de los espacios seleccionados, de modo que los entornos se parezcan a "hogares". Los cambios se desarrollan en torno a los intereses, estilos de vida y necesidades de las personas que habitan en las unidades.

b) Competencias de los Cuidadores

Diseño y Desarrollo de un Programa de acompañamiento con los cuidadores con el fin de favorecer la adquisición de competencias que faciliten el bienestar y la autonomía, a partir de los intereses, y preferencias de cada persona residente. En el Programa se combinan actividades formativas presenciales, con monitorización de la práctica habitual en la unidad y el análisis de grabaciones de vídeo.

c) Organización y desarrollo de actividades de la vida cotidiana

Implantación progresiva, mediante una metodología participativa y flexible, de las actividades de la vida cotidiana en la unidad, adecuando el proceso a las características del centro, los residentes y el personal.

6.3.2. Procedimiento de Intervención

Las fases utilizadas para la implantación de cada unidad de convivencia son las siguientes:

1. Identificación y Selección del espacio en el que se implantará la unidad de Convivencia o Centro de Día.
2. Presentación de la experiencia al Comité de Empresa y a los trabajadores del centro.
3. Formación a las cuidadoras voluntarias para participar en el Proyecto.
4. Identificación de las cuidadoras participantes.
5. Organización de horarios/tiempos para asegurar tiempo suficiente de atención y asegurar estabilidad.
6. Información a residentes/familiares participantes en la experiencia.
7. Cambios en las instalaciones, de modo que estos se parezcan lo más posible a

INFORMES PORTAL MAYORES Nº 132

Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa".

12

ambientes hogareños.

8. Desarrollo de historias de vida de residentes. Identificación de preferencias, necesidades, intereses.

9. Desarrollo de historias profesionales de las profesionales participantes.

10. Evaluación de Residentes.

11. Incorporación de los principios del modelo a la atención.

12. Monitorización y Acompañamiento continuado de la ejecución de las actividades.

13. Identificar actividades que se puedan convertir en actividades habituales (rutinas) para cada una de las residencias.

14. Seguimiento continuado del proyecto mediante reuniones periódicas con familiares y profesionales implicados.

5.4 RESULTADOS PRELIMINARES

Se ha efectuado, hasta el momento, una evaluación de una de las unidades de convivencia una vez transcurridas 15 semanas desde el inicio de la intervención. Los resultados obtenidos hasta el momento muestran mejoras en las capacidades funcionales, funcionamiento cognitivo y bienestar emocional de los residentes. Asimismo, se ha constatado un notable grado de satisfacción por parte de todos los implicados (residentes, profesionales y familiares) en relación con el desarrollo de la experiencia.

Por otro lado, se ha podido establecer la implicación progresiva de los residentes en actividades propias de la vida cotidiana, así como la transformación de las rutinas de las profesionales que progresivamente cambian de un estilo centrado en la tarea ("hacer para") a otro centrado en la persona ("hacer con"). Además, se ha constatado la incorporación progresiva de algunos de los familiares a las actividades cotidianas desarrolladas en la unidad.

Cuadro 7. UN PAR DE TESTIMONIOS

"Hemos trabajado muy cómodas. Hemos visto cosas sin ellas que las residentes que no experimentamos. Ellos nos han acompañado. Han cambiado un montón... Ahora sí... más felices..."

(Cuidadora)

"Me gusta estar muy bien. Ahora hago muchas cosas. Esta habitación me gusta. En vez de estar encerrada en la habitación, cuando me despierto, me gusta que la llene con sus compañeros..."

(Hijo de una residente)

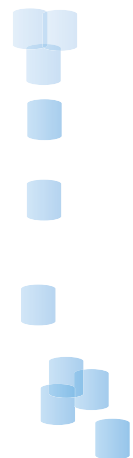
Por último, el procedimiento de intervención, actualmente en curso en las distintas unidades participantes, está dando lugar a ambientes diversos entre sí que, si bien responden a los mismos criterios de actuación (promoción de independencia, respeto a preferencias, etc.) muestran resultados diferenciados en cuanto a horarios, organización de actividades, estilos decorativos, etc., de acuerdo a las características, preferencias y deseos de los distintos grupos de residentes participantes.

7. Conclusiones

La implantación y desarrollo de unidades de convivencia conlleva la atención al diseño o rediseño de las características físico-ambientales, a las de las personas que en ellas viven y trabajan y al modo en el que se organizan sus actividades y relaciones. La integración de estos elementos posibilita el desarrollo de un modelo de atención dirigido al respeto y las posibilidades de las personas mayores residentes.

INFORMES PORTAL MAYORES Nº 132





Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en los mayores y su prevención

Prof. Fernando L. Vázquez

Unidad de trastornos depresivos

Facultad de psicología

Universidad de Santiago de Compostela

➔ Enlace pdf con la presentación:

[“Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en los mayores y su prevención”](#)





Diapositiva 1

USC UNIDAD DE TRASTORNOS DEPRESIVOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

SÍNTOMAS DEPRESIVOS COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPENDENCIA EN MAYORES Y SU PREVENCIÓN

Prof. FERNANDO L. VÁZQUEZ

Diapositiva 2

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MAYORES: RAZONES PARA SU PREVENCIÓN

- o La depresión es una de las principales causas de sufrimiento y mala calidad de vida en las personas mayores
- o La prevalencia de depresión en el adulto mayor se calcula entre 1 y 3%, y la de síntomas depresivos entre 10-50%
- o La sintomatología depresiva subclínica es el principal predictor para el desarrollo de una depresión clínica
- o Los síntomas depresivos afectan negativamente a las capacidades funcionales de la persona mayor
- o La presencia de síntomas depresivos hacen más susceptible a la persona mayor a las enfermedades y a la pérdida de capacidades físicas
- o Pronóstico del tratamiento de la depresión a los 12 meses: 25% recuperados y un 45% mejorados

Diapositiva 3

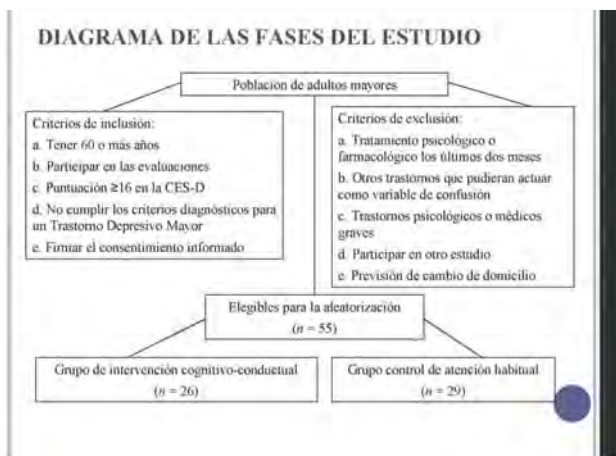
NIVELES DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA		
Institute of Medicine (1994)	Población	Objetivo
Universal	Población general	Controlar o eliminar factores causales o de riesgo
Selectiva	Individuos asintomáticos pertenecientes a grupos de riesgo	Evitar que los síntomas se desarrollen
Indicada	Individuos con síntomas subclínicos	Reducir la progresión de los síntomas hacia un trastorno diagnosticable

Diapositiva 4

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Elaborar, aplicar y evaluar una intervención psicológica de prevención indicada de la depresión para adultos mayores, que se adapte a las peculiaridades de nuestro contexto

Diapositiva 5



Diapositiva 6

MODELO ETIOPATOGÉNICO MULTIFACTORIAL DE LA DEPRESIÓN



Diapositiva 7

CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN

Sesión	Contenidos
Sesión 1	Presentación Propósito del programa Información sobre la depresión y sus consecuencias en el mayor Explicación de la etiología de la depresión y afrontamiento activo Entrenamiento en control de la activación
Sesión 2	Explicación de la relación entre las actividades y el estado de ánimo Pautas y estrategias para incrementar las actividades agradables (o de dominio) Planificación de las actividades agradables
Sesión 3	Explicación de la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo Técnicas de manejo de pensamientos Planificación de las actividades agradables y debate
Sesión 4	Explicación de cómo afectan los contactos sociales en el estado de ánimo Pautas y estrategias para incrementar y mejorar las relaciones sociales Planificación de las actividades agradables y contactos
Sesión 5	Mantenimiento de los progresos Análisis de dificultades futuras y cómo abordarlas Valoración del programa

Diapositiva 8

RESULTADOS: PERFIL DE LA MUESTRA

Variables		Total		Intervención cognitivo-conductual		Grupo control	
		N = 55	%	n = 26	%	n = 29	%
Sexo	Hombre	7	12.7	4	15.4	3	10.3
	Mujer	48	87.3	22	84.6	26	89.7
Edad	M	64.8		66.4		63.3	
	DT	4.4		5.3		2.7	
	Intervalo	60-79		60-79		60-70	
Estado civil	Soltera	2	3.6	2	7.7	0	0
	Casada/Vive en pareja	43	78.2	16	61.5	27	93.1
	Separada/Divorciada/Viuda	10	18.2	8	30.8	2	6.9
Clase social	Baja/Media-baja	29	52.7	12	46.2	17	58.6
	Media/ Media-alta	26	47.3	14	53.8	12	41.4

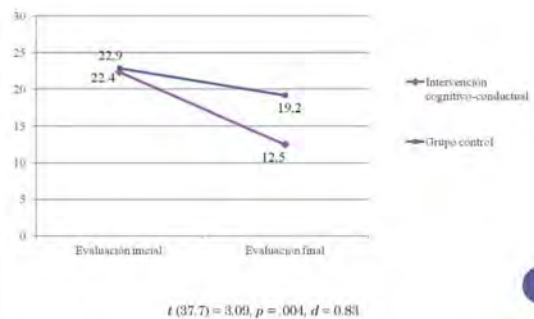
Diapositiva 9

RESULTADOS: PERFIL DE LA MUESTRA

Variables		Total		Intervención cognitivo-conductual		Grupo control	
		N = 55	%	n = 26	%	n = 29	%
Nivel de estudios	Sin estudios/ Sabe leer y escribir	28	50.9	15	57.7	13	44.8
	Primarios	24	43.6	8	30.8	16	55.2
	Secundarios/superiores	3	5.5	3	11.5	0	0
Actividad principal	Tareas domésticas	46	83.6	21	80.8	25	86.2
	Jubilado/a	9	16.4	5	19.2	4	13.8
Ingresos mensuales familiares	Hasta 999 €	12	21.8	7	26.9	5	17.2
	Más de 1000 €	43	78.2	19	73.1	24	82.7

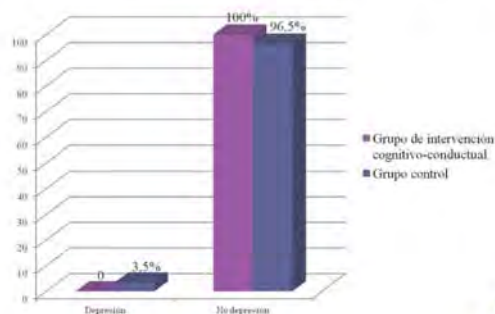
Diapositiva 10

RESULTADOS: SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA



Diapositiva 11

RESULTADOS: INCIDENCIA DE DEPRESIÓN



Diapositiva 12

CONCLUSIONES

- La intervención psicológica de prevención redujo significativamente la sintomatología depresiva postratamiento en comparación con el grupo control, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.83$)
- La intervención presentó un porcentaje menor de episodios depresivos postratamiento que el grupo control (0% vs. 3.5%).
- Los resultados del estudio demuestran que es posible anticiparse al desarrollo de una depresión en los mayores mediante una intervención breve de prevención indicada.

AGRADECIMIENTOS

- o Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (proyecto 2007/PN017)
- o Unidade Técnica de Coordinación de Dependencia, Secretaría Xeral de Política Social, Consellería de Traballo e Benestar (Xunta de Galicia)
- o Fundación Lafourcade-Ponce: otorgó a esta investigación el premio de Psicología Modalidad Investigación (VI Edición)

Mesa redonda:

Hábitos de vida saludable

- ➔ **Antonio Machado Ferreira.** “Presentación de la actividad
Sesiones Informativas: Envejecimiento + Activo.
- ➔ **Isabel González-Abraldes Iglesias.** “Como vivir más y
mejor a través de las conductas saludables”.
- ➔ **Ana María Martínez Lorente.** “El papel de la dieta en el
proceso de envejecimiento”.
- ➔ **Sandra Fernández Carrera.** “Beneficios de la actividad
física en el proceso de envejecimiento”.

Presentación de la actividad Sesiones Informativas: Envejecimiento + Activo.

Antonio Machado Ferreira

Serviços de Acção Social da Universidade do Minho

➔ Enlace pdf con la presentación:

“Presentación de la actividad Sesiones Informativas: Envejecimiento + Activo”

“Envelhecimento + Ativo”

Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável

Serviços de Acção Social da Universidade do Minho



União Europeia
FEDER
Investimos no seu futuro





Diapositiva 1

Diapositiva 2

“Envelhecimento + Ativo”

Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável

Serviços de Ação Social da Universidade do Minho



União Europeia
FEDER
Investimentos no seu futuro



“Envelhecimento + Ativo”
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

O que é o Projeto “Envelhecimento + Ativo”?

O projeto “Envelhecimento+Ativo” foi concebido de modo a **promover a planificação e utilização conjunta de equipamentos, programas e serviços sociais inovadores, a nível “transfronteiriço”, para a detecção precoce de futuras necessidades de dependência e a promoção do envelhecimento activo e saudável.**

Os resultados que pretendíamos obter eram:

- A promoção de boas práticas relativamente à **detecção precoce da dependência.**
- A **experimentação de novas “tecnologias”** para a atenção à pessoa idosa.
- **Maior eficácia no que toca à gestão de recursos** com base numa nova “estrutura” institucional de cooperação transfronteiriça.



União Europeia
FEDER
Investimentos no seu futuro



Diapositiva 3

Diapositiva 4

“Envelhecimento + Ativo”
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

O Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) co-financia o projecto Envelhecimento+Ativo a 75%, no quadro do Programa Operativo de Cooperação Transfronteiriça Espanha-Portugal 2007-2013. O referido Programa Operativo promove o desenvolvimento e a coesão económica e social das áreas fronteiriças entre Espanha e Portugal. Território no que se inclui a “euroregião” Galiza-Norte de Portugal



União Europeia
FEDER
Investimentos no seu futuro



“Envelhecimento + Ativo”
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

O que é o Projeto “Envelhecimento + Ativo”?

Objectivos específicos:

Objetivo 1. Capitalizar, transferir e difundir a nível transfronteiriço, e, portanto, com maior dimensão, aquelas **boas práticas e avanços inovadores em: detecção precoce da dependência, solidariedade intergeracional**, que ocorrerem no âmbito geográfico do referido projecto e alargando, ainda, a análise para os níveis estatal, transnacional e europeu.

Objetivo 2. Avançar com a **prevenção e detecção precoce da dependência**, através de uma cooperação transfronteiriça: entre os vários departamentos e instituições e com a inovação em matéria de protocolos e âmbitos de acção.

Objetivo 3. Desenvolver novas ferramentas tecnológicas e serviços transfronteiriços para a **atenção personalizada a idosos.**

Objetivo 4. Promover os valores do envelhecimento, a nível transfronteiriço.



União Europeia
FEDER
Investimentos no seu futuro



Diapositiva 5

Diapositiva 6

“Envelhecimento + Ativo”
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

O que é o Projeto “Envelhecimento + Ativo”?

(São 3 atividades)

ATIVIDADE 1: COMITÉ TRANSFRONTEIRIÇO DE PERITOS/AS EM PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DA DEPENDÊNCIA.

ATIVIDADE 2: PROMOÇÃO DE SOLUÇÕES INOVADORAS, HÁBITOS DE VIDA SAÚDÁVEIS.

ATIVIDADE 3: EXPERIÊNCIAS-PILOTO SOBRE ATENÇÃO DA DEPENDÊNCIA E AUTONOMIA PESSOAL.



União Europeia
FEDER
Investimentos no seu futuro



“Envelhecimento + Ativo”
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

PARCEIROS



Asociación de Familias de Personas con Discapacidad Psíquica



Sociedade Galega de Xerontología e Xeriatría



Asociación Provincial Pensionistas y Jubilados



Asociación Galega de Pensionistas



Asociación Galega de Pensionistas



Universidade do Minho

Serviços de Ação Social



União Europeia
FEDER
Investimentos no seu futuro



Diapositiva 7

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudáveis
Serviço de Ação Social da Universidade do Minho

O que foi o Projeto "Envelhecimento + Ativo"?
(Na Universidade do Minho)

Foi um projeto em que durante 3 semanas

- 30 Julho a 3 Agosto
- 6 a 10 Agosto
- 27 a 31 Agosto

- Aproximadamente **400 pessoas** divididas por essas 3 semanas, participaram num programa com várias atividades.



Diapositiva 8

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudáveis
Serviço de Ação Social da Universidade do Minho

Objetivos do programa "sessões informativas"

Melhorar a informação sobre os hábitos de vida saudáveis destinada à população idosa:

- alimentação saudável,
- exercício físico,
- atividade intelectual,
- autonomia, etc.;

Desenvolver o intercâmbio cultural e geracional;



Diapositiva 9

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudáveis
Serviço de Ação Social da Universidade do Minho

Objetivos do programa "sessões informativas"

Motivar para a prática de rotinas diárias positivas;

Motivar e prevenir os participantes para a melhoria e manutenção da condição biológica, intelectual e emocional;

Reforçar a autoconfiança dos participantes ao nível das suas capacidades e desenvolver a sua inteligência emocional;

Estabelecer laços sociais com pessoas provenientes de outros locais e culturas diferentes;



Diapositiva 10

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudáveis
Serviço de Ação Social da Universidade do Minho

Atividades do programa "sessões informativas"

"Manhãs ativas"

"Tardes culturais"

Lazer

Noites com animação musical



Diapositiva 11

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudáveis
Serviço de Ação Social da Universidade do Minho

Atividades do programa "sessões informativas"

"Manhãs Ativas"

Palestras: - "Envelhecimento Ativo"; "Saúde e Nutrição"

Atividades: "De interação Social"; "Desenvolvimento Cognitivo"

Atividade Física: Ginásio; Aula de Grupo
Yoga do Riso



Diapositiva 12

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudáveis
Serviço de Ação Social da Universidade do Minho

Atividades do programa "sessões informativas"

"Tardes Culturais"

Visitas guiadas a:

Braga - Centro e Bom Jesus

Guimarães - Centro Histórico



Diapositiva 13

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

Atividades do programa "sessões informativas"

Lazer
"Ida à praia"
Caminhada, esplanada e/ou praia
Almoço ao ar livre
Jogos populares



Diapositiva 14

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

Atividades do programa "sessões informativas"

Noites com animação musical
Música gravada para dançar

Comunicação sobre as ocorrências das atividades do dia e explicação das atividades do dia seguinte



Diapositiva 15

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

MONITORES

As pessoas foram sempre acompanhadas ao longo de cada uma das semanas por uma equipa de jovens monitores e;

Indo de encontro a outro dos nossos objetivos, tivemos também a participação / colaboração de Técnicos de algumas instituições para dessa forma poderem replicar as boas práticas nas suas instituições.



Diapositiva 16

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

Alojamento e alimentação durante o programa

O regime de Alojamento decorreu nas Residências da Universidade do Minho com pensão completa, as refeições foram efetuadas nas Unidades Alimentares dos Serviços Alimentares dos Serviços de Ação Social da Universidade do Minho, exceto num dos dias em que a atividade decorreu ao ar livre.

O transporte foi responsabilidade dos SASUM

A participação neste programa não teve qualquer custo (taxa de inscrição) para os participantes.



Diapositiva 17

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

Entidade organizadora

A entidade organizadora deste programa foi os **Serviços de Ação Social da Universidade do Minho**



Diapositiva 18

"Envelhecimento + Ativo"
Sessões Informativas transfronteiriças sobre hábitos de vida saudável
Serviços de Ação Social da Universidade do Minho

Muito Obrigado



Universidade do Minho
Serviços de Ação Social



Como vivir más y mejor a través de las conductas saludables

Isabel González-Abraldes Iglesias

Psicóloga Clínica, Máster en Gerontología Clínica

Complejo Gerontológico La Milagrosa. UDP-A Coruña

1. El envejecimiento activo

El aumento de la longevidad que se ha producido a partir del siglo XX ha traído consigo repercusiones importantes para las cuestiones relativas a la calidad de vida. En este sentido, y para evitar en la medida de lo posible la dependencia de las personas mayores, se recomienda impulsar lo que se ha denominado envejecimiento saludable o activo.

Para promover un envejecimiento saludable, las agencias internacionales como la OMS, aconsejan trabajar en la promoción de la salud en todas las etapas del ciclo vital e impulsar políticas favorables al envejecimiento activo y saludable. Concretamente, la OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez.

Concretamente, según la OMS el envejecimiento activo se basa en tres pilares fundamentales. En primer lugar la salud, que hace referencias al bienestar físico (disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades o invalidez), mental y social de las personas mayores. En segundo lugar, la implicación y participación activa tanto individual como colectiva en la sociedad de acuerdo con las necesidades, capacidades y deseos de las personas mayores, sobre todo, a través de las relaciones interpersonales (contactos con otras personas que garanticen el intercambio de información y la disponibilidad de un soporte emocional y asistencia directa) y la actividad productiva (remunerada o no). Y por último, la seguridad y la protección de aquellos mayores que necesitan asistencia.

1.1. Bases conceptuales

La OMS define el envejecimiento activo “como el proceso de optimización de oportunidades para luchar por la salud, por la participación activa en la vida y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando el ser humano envejece”.

El envejecimiento saludable no debe ser entendido, por tanto, como el hecho de evitar simplemente las enfermedades, sino como la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables en todas las etapas de la vida. Requiere por tanto un planeamiento inteligente y cuidadoso, y un compromiso con un estilo de vida enfocado en aspectos tales como una nutrición adecuada, actividades físicas y sociales regulares y recursos económicos adecuados (Creagan, 2004). Así, los hábitos de vida pueden considerarse como un aspecto indispensable para lograr un envejecimiento saludable.

1.2. Promoción del envejecimiento activo

Existe la necesidad de iniciar acciones para promover un envejecimiento más saludable y activo y lograr la protección de la calidad de vida de los mayores. Diferentes medidas para la promoción del envejecimiento saludable incluyen la estimulación del diálogo intergeneracional en materia de salud, la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades, la creación de infraestructuras adaptadas a la población mayor, la construcción

de espacios y entornos saludables, y sobre todo la promoción del desarrollo de estilos de vida saludables a través de sesiones de información, educación y comunicación en salud.

El 2012 es el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, cuya finalidad es alentar a los responsables políticos y las diversas partes interesadas a mejorar las posibilidades de vivir una vejez activa e independiente.

La ausencia de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez frágil y con necesidad de apoyo, atención o institucionalización, dando lugar a una creciente demanda de servicios sociales y de salud. En este sentido, promover el envejecimiento activo y saludable es igual a prevenir la dependencia.

Sin duda, uno envejece como ha vivido. Una buena prevención debe comenzar en las etapas más tempranas de la vida, controlando las enfermedades infecciosas con la inmunización, para continuar en la juventud y edad adulta, evitando los hábitos tóxicos y las conductas de riesgo que pueden ser el origen de dependencias. Mientras que la máxima expectativa de vida está determinada genéticamente, la probabilidad de alcanzarla en buen estado de salud depende fundamentalmente de factores medioambientales y del estilo de vida (Khaw, 1997).

Los biogerontólogos afirman que el 25% de las formas de envejecer se deben a nuestros genes y un 75% se debe al ambiente, incluyendo el comportamiento (Kirkwood, 2005).

Las formas de envejecimiento no están determinadas ni ocurren al azar. El individuo y la sociedad tienen amplios grados de libertad para promocionar un envejecimiento activo/óptimo:

El individuo, con su conducta es responsable al menos en parte, de su forma de envejecer.

La sociedad también es responsable de la forma de envejecer de sus habitantes.

La Unión Europea y organismos internacionales como la OMS coinciden en indicar que las personas que mantienen un estilo de vida saludable, hacen ejercicio físico, y promueven una actividad intelectual adecuada, tienen menos riesgos de convertirse en personas dependientes. La recomendación, por tanto, es promover un envejecimiento activo mediante los actuales sistemas de asistencia, terapéuticos y de rehabilitación con sistemas innovadores centrados en la prevención de la dependencia.

1.3. Bases del envejecimiento activo

La teoría de la actividad, es decir, lo que no se usa se pierde, “use it or lose it”.

La diversidad de las formas de estabilidad y declive, así hay funciones cognitivas que declinan con la edad y otras que se mantienen e incluso mejoran.

Existen patrones de cambio y estabilidad del funcionamiento intelectual a lo largo del ciclo de la vida. Así, por lo que se refiere a la inteligencia biológica (también llamada fluida), que tiene que ver con aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años. Sin embargo, la inteligencia cultural (también llamada inteligencia cristalizada), que abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzada una cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas (Baltes et al, 1997).

En resumen, existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la variabilidad en el envejecimiento (“usual”, con enfermedad, u óptimo). Es importante por último tener en cuenta la plasticidad del ser humano, la capacidad de aprender (potencial de aprendizaje).

¿Qué es el envejecimiento activo a nivel individual?: “el envejecimiento activo es un proceso que lleva consigo un óptimo funcionamiento físico, cognitivo, emocional y una alta participación social” (Fernández-Ballesteros, 2009).

1.4. Actividades Preventivas y Hábitos Saludables

A continuación se enumera una lista-ejemplo de las actividades preventivas en las que se debe de trabajar para

lograr una mayor independencia en la edad avanzada:

- Ejercicio Físico
- Nutrición
- Tabaco y Alcohol
- Necesidades de Reposo y Sueño
- Diabetes tipo II
- Hipertensión Arterial
- Inmunizaciones-Vacunas
- Vista y Oído
- Participación Social
- Mente activa

Centraré mi intervención en estos dos últimos puntos.

2. Participación social

La participación social es otro de los factores principales que contribuyen al mantenimiento de la salud y a la promoción de la calidad de vida y se ha considerado como uno de los mejores indicadores de longevidad. La participación social de las personas mayores es una de las estrategias derivadas del concepto de envejecimiento activo, desde el que se sostiene que cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento desde un papel activo y sin aislarse de la sociedad. Se ha comprobado que el aislamiento y la soledad son factores de riesgo para el deterioro cognitivo, mientras que la participación en actividades sociales y en actividades estimulantes desde el punto de vista cognitivo reducen el riesgo de padecer EA (Wilson et al., 2002). Así, se ha demostrado que el tener una red de relaciones sociales muy limitada aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar demencia y, al contrario, el tener una amplia red social parece proteger contra ella (Fratiglioni et al., 2000).

Participar en asociaciones relacionadas con la cultura, con la solidaridad, buscar actividades recreativas y de ocio como bailar, estar con los nietos, viajar o hacer excursiones es una de las mejores pautas sociales que los mayores pueden seguir.

Otro factor importante, es la propia percepción del individuo sobre su propio envejecimiento, así se ha encontrado que las actitudes positivas hacia la vida, son protectoras de fragilidad en las personas mayores.

3. Mente Activa

Estudios científicos realizados en adultos mayores sanos han demostrado que el entrenamiento cognitivo regular mediante ejercicios mentales (memoria, velocidad de procesamiento y razonamiento) puede contribuir a compensar de forma significativa el declive cognitivo esperable en las personas mayores ayudando a mantener las capacidades cognitivas necesarias para el desarrollo de las actividades cotidianas básicas (Ball et al., 2002), beneficios que se mantuvieron durante un periodo de entre 2 y 5 años (Willis et al., 2006).

Un ejemplo de actividades que se recomienda realizar son las siguientes: leer la prensa o libros de su interés, participar en juegos de mesa o juegos informatizados, conversar, mantener la curiosidad y las ganas de aprender, mantener la mente despierta y activa con ejercicios prácticos por ejemplo de memoria, realizar manualidades, etc.

Por lo tanto, el funcionamiento intelectual también se puede compensar. Existe importante evidencia de que la actividad intelectual (desde hacer crucigramas a jugar al ajedrez) mejora el funcionamiento intelectual en la vejez e, incluso, existen también datos experimentales de que las personas que realizan actividad intelectual en su vida cotidiana son menos propensas a presentar demencia (Calero, 2002).

Algunos resultados científicos han demostrado que, independientemente del nivel de escolaridad previo, el estar implicado en este tipo de actividades cognitivas a edades avanzadas, así como la participación regular en actividades sociales, se relaciona con una disminución de entre un 30 y un 50% del riesgo de padecer deterioro cognitivo leve (Geda et al., 2009).

Otros estudios con personas mayores sanas han demostrado que el implicarse en actividades estimulantes desde el punto de vista cognitivo (estilo de vida activo, actividades novedosas e intelectualmente desafiantes) se relaciona con una mayor capacidad verbal y de memoria, en comparación con personas menos comprometidas en estas actividades (Kramer et al., 2004).

Estudios recientes muestran, además, que incluso las personas mayores que empiezan a experimentar un claro deterioro cognitivo mejoran su rendimiento cognitivo tras el entrenamiento de sus habilidades mentales (Belleville et al., 2006; Günther et al., 2003; Olazarán et al., 2004; Rapp et al., 2002).

4. Papel del psicólogo en la promoción de la salud

La OMS establece una serie de pautas para lograr el envejecimiento con éxito, entre ellas están:

- Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección y hábitos de vida saludable.
- Promover factores de protección (ocio/ actividad profesional/ Talleres de Memoria...).
- Promover la participación psicosocial

¿Qué podemos hacer los psicólogos para promover el envejecimiento activo?:

- Informar sobre los estilos de vida
- Estimular el funcionamiento cognitivo
- Trabajar las emociones y el afrontamiento
- Favorecer el funcionamiento psicosocial

5. Referencias bibliográficas

Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., et al. (2002). Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study Group. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2271-2281.

Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E., & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with Mild Cognitive Impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 486-499.

Calero, M.D. (2002): La actividad mental. Prevención del envejecimiento cerebral. En R. Fernández-Ballesteros (Dir): *Vivir con Vitalidad*. Tomo III. Cuide su mente. Madrid: Pirámide.

Creagan, E. T. (2004). Guía de la Clínica Mayo sobre envejecimiento saludable. Mexico D F: Trillas.

Fernández Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. Madrid: Ed. Pirámide.

Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315-1319.

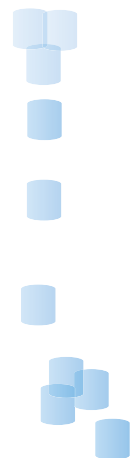
Geda, Y. E., Roberts, R., Knopman, D., Pankratz, V. S., Christianson, T., Boeve, B., et al. (2009). Cognitive Activities Are Associated with Decreased Risk of Mild Cognitive Impairment: The Mayo Clinic Population-Based Study of Aging. Comunicación presentada en la 61ª Reunión Anual de la Academia Americana de Neurología, Seattle, WA.

Günther, V. K., Schäfer, P., Holzner, B. J., & Kemmler, G. W. (2003). Long-term improvements in cognitive performance through computer-assisted cognitive training: a pilot study in a residential home for older people. *Aging & Mental Health*, 7, 200-206.

Khaw, K. T. (1997). Healthy aging. *British Medical Journal*, 315, 1090-1096.

Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W., & Greenough, W. T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, M940-M957.

- Olazarán, J., Muñiz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Cruz-Jentoft, A. J. et al. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*, 63, 2348-2353.
- Rapp, S., Brenes, G., & Marsh, A. P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 6, 5-11.
- Smith, J., Baltes, P.B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychol Aging. Sep*; 12(3), 458-472.
- Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M., et al. (2006). Long-term effects of cognitive training on every day functional outcomes in older adults. *The Journal of the American Medical Association*, 296, 2805-2814.
- Wilson, R. S., Beckett, L. A., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bach, J., Denis, A. E., et al. (2002). Individual differences in rates of change in cognitive abilities of older persons. *Psychology and Aging*, 17, 179-193.



El papel de la dieta en el proceso de envejecimiento

Ana María Martínez Lorente

Licenciada en Medicina

Diplomada en Alimentación y Nutrición aplicadas

Técnica do Servizo de Estilos de Vida Saudables e Educación para a Saúde da

Consellería de Sanidade

El papel de la dieta en el proceso de envejecimiento

En las últimas décadas, la sociedad actual está experimentando cambios en el crecimiento, distribución y estructura poblacional con importantes repercusiones sociales. Se espera que en los próximos años la población de edad mayor a 65 años en España se sitúe en torno al 17%, unos 7 millones de personas, y cerca de un millón con más de 80 años.

En Galicia, la distribución de la población presenta diferencias notables y algunas particularidades con respecto a la media estatal. Es evidente. Hoy, el 21,9% de la población gallega tiene más de 65 años. El índice de envejecimiento supera el 138% (211% en la provincia de Orense) y el índice de sobre-envejecimiento alcanza el 14,3% (16,2% en Orense). La proyección de la población a corto plazo en nuestra comunidad es del -3,1%. Además, el índice de dependencia senil es del 32,8% (46,2% en Orense), y del grupo de personas mayores que residen en Galicia, unas 350.000 viven solas o acompañadas de otras que superan los 70 años. Hay 170.000 ancianos que superan los 80 años.

En cuanto a la distribución poblacional, el 41,2% de la población gallega vive en zonas densamente pobladas ocupando sólo el 1,2% de la superficie. Por el contrario, el 23,7% de la población vive en las zonas con el grado más bajo de urbanización que ocupan más del 87% del territorio gallego y que corresponden además a la población más envejecida. La densidad de población en ambas zonas es de 3.316,7 hab./Km², vs 25,6 hab./Km² respectivamente.

El envejecimiento es un proceso fisiológico inevitable, pero podemos contribuir de forma importante a que se realice con salud y con la máxima calidad de vida. El envejecimiento de nuestra sociedad constituye hoy por tanto, un reto para lograr mantener un alto grado de bienestar y de independencia en nuestra población.

Estudios recientes sugieren que las personas de la tercera edad que han seguido dietas saludables, han mostrado mejores estados nutricionales, una mayor calidad de vida y una supervivencia más alta con respecto a quienes no siguen estas pautas.

La alimentación adecuada y por tanto la nutrición juegan un papel clave en conseguir estos objetivos no sólo para prolongar la vida sino la calidad de la misma tanto por la prevención de la enfermedad como por la modalidad terapéutica en el tratamiento de muchas de las más importantes enfermedades crónicas del anciano. Por ejemplo, en el caso de la diabetes coexistente con obesidad, aún una moderada reducción de peso puede mejorar la tolerancia a la glucosa, la hiperlipidemia y la hipertensión, con la consecuente reducción en la dosis y número de medicamentos.

Además, los cambios fisiológicos, como los que acontecen en la composición corporal, pérdida en la sensación de sed, alteraciones en la deglución y en la digestión; psíquicos y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento hacen más susceptibles a las personas mayores de presentar problemas nutricionales. Existen una serie de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar desnutrición en la población anciana, como ingresos bajos, vivir solo, falta de apoyo social, polimedicación o enfermedades crónicas. Las consecuencias de estos factores condicionantes son notables: pérdida del apetito con disminución de la ingesta, tendencia a preferir alimentos con baja densidad nutritiva, rechazo sistemático de algunos alimentos y menor eficiencia en la utilización de nutrientes esenciales.

La presencia de la malnutrición expone a los individuos en riesgo a desarrollar problemas tales como mayor permanencia hospitalaria, mayor grado de dependencia en actividades de la vida diaria, debilidad muscular, caídas, fracturas y retraso en la recuperación, además de pérdida de la capacidad funcional e incapacidad.

Sin embargo, a pesar de las graves repercusiones para la salud, la malnutrición entre la población anciana está generalizada, aunque es difícil establecer su prevalencia exacta dado la variabilidad en función de los parámetros utilizados, los problemas de salud asociados o el ámbito de la población de referencia (8). Aún así, podemos asegurar que en Galicia, la prevalencia de personas mayores a riesgo nutricional es superior a la media española. En el momento actual, se estima que la desnutrición afecta al 5,4% de la población mayor de 65 años y al 8,6% en la provincia de Orense.

Posiblemente, además de factores de riesgo comunes a este grupo de edad como la polimedicación o las enfermedades crónicas, se añadan otros condicionantes que resultan decisivos en el estado nutricional y de salud: El 30% de dicho colectivo reside en núcleos de población rurales y dispersos, de menos de 500 habitantes donde la limitación de la capacidad funcional y del grado de autonomía puede tener mayor trascendencia por la gran dispersión del hábitat, de las infraestructuras y de los servicios. Además, la importancia de la movilidad en el contexto rural resulta decisiva en la gestión de la vida cotidiana. Aún así, la prevalencia de desnutrición en la población anciana que vive en su domicilio varía entre el 3 y el 5%, sin embargo en los hospitalizados ese porcentaje podría aumentar al 20-40%, en los servicios quirúrgicos está alrededor del 40-60% y en los institucionalizados podría superar el 60%.

Muchos factores de la dieta se han relacionado con patologías determinadas: Las relaciones entre la ingesta de fibra con la diverticulosis y el estreñimiento, la calidad de la grasa con las enfermedades vasculares o del estado mineral con la salud ósea son ejemplos clásicos de asociación de dieta y enfermedad en la edad avanzada.

Otros ejemplos son el déficit proteico, frecuente en este grupo de población, que afecta además de la pérdida de masa muscular, a determinados mecanismos inmunológicos del paciente, aumentando la vulnerabilidad del anciano para que aparezcan otras patologías.

Las alteraciones neurológicas son muy frecuentes en los ancianos y pueden tener gran repercusión en su estado nutricional. Los estados de confusión que se presentan en muchos ancianos pueden deberse a múltiples causas, entre ellas los déficits de vitaminas. Los cambios en la actividad enzimática y secreciones gastrointestinales pueden causar serias molestias a medida que se incrementa la edad: menor eficiencia en la absorción de la vitamina B12, disminución en la absorción de vitaminas liposolubles, calcio y hierro, cambios en la motilidad intestinal, que contribuyen al desarrollo de otras molestias: flatulencias, acidez, estreñimiento. Estudios recientes señalan que las deficiencias de folato, vitamina B12 y vitamina B6 serían responsables de un aumento de homocisteína en sangre y ésta podría tener un efecto tóxico sobre el tejido vascular, y un aumento del riesgo de enfermedad cerebrovascular. Las repercusiones son también trascendentes: en la demencia tipo alzheimer leve-moderada en domicilio se encuentran que pierden un 5% o más de su peso corporal en un año, y un 13% pierden más del 10%.

La hipovitaminosis D se está convirtiendo actualmente en objeto de estudio por las importantes repercusiones para la capacidad funcional de la persona anciana y por su elevada prevalencia que algunos estudios la sitúan entre el 87% y el 100% de los ancianos institucionalizados.

Bajo estos condicionantes, mejorar el nivel de salud optimizando el estado nutricional en los mayores de 65 años debería ser un objetivo prioritario tanto desde los servicios sociales como sanitarios. Como contribuyentes al estado nutricional, los hábitos dietéticos saludables deberían ser parte integrante y habitual del estilo de vida y el número de personas que sigue un patrón alimentario óptimo debería aumentar considerablemente. Además, otros aspectos como la influencia de la polimedicación, las enfermedades asociadas, la capacidad física o cognitiva o los determinantes sociales en el estado nutricional y de salud deberían ser relevantes en la evaluación y manejo del proceso de envejecimiento. Se hace necesario, por tanto, enfrentarse a nuevos retos, trabajar diariamente para mejorar la nutrición como garantía del estado de salud y de la calidad de vida en las personas de edad avanzada.

Bibliografía

- Sancho M. Las personas mayores en España. En: Informe 2004. Madrid: INSERSO. Observatorio de mayores; 2005).
- IGE. Indicadores demográficos. Galicia e provincias. Año 2009.
- Anderson Amy, Sahyoun N, Harris T. Dietary Patterns and Survival of Older Adults. Journal of the American Dietetic Association, 2011; (111):84-91.
- Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Libro Blanco de Envejecimiento activo.
- Norman, K et al. (2008) Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition; 27: 5-15.
- Kant AK et al. (1999) Relation of Age and Self-reported Chronic Medical Condition Status with Dietary Nutrient Intake in the US Population. J of Amer Coll Nutr; 18:69-76.
- Cherniack EP et al. (2008) Hypovitaminosis D in the Elderly: From Bone to Brain. J of Nutr Health and Aging; 12;366-373.
- Milá M, Formiga F, Durán P. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Una revisión sistemática. Med clin (Barc), 2012;139(11):502-508).
- Vocalía nacional de alimentación: "Tercer Plan de Educación Nutricional para el farmacéutico (PLENUF - AR III: Educación Nutricional a las personas mayores. 1996).
- García Peris. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. An Med Int, Madrid, 2004. 21(6):261-262
- Older people and functional foods. The importance of diet in supporting older people's health; what role for functional foods?. November 2010. http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_152.pdf.
- Larrosa M, Gratacós J, Vaquero M. Prevalencia de hipovitaminosis D en una población anciana institucionalizada. Valoración del tratamiento sustitutivo. Med Clin (Barc) 2001; 117:611-614.
- Annweiler C, Schott AM, Allali G, et al. Association of vitamin D deficiency with cognitive impairment in older women: cross-sectional study. Neurology 2010;74:27-32.
- Buell JS, Dawson-Hughes B, Scott TM, et al. 25-Hydroxyvitamin D, dementia, and cerebrovascular pathology in elders receiving home services. Neurology 2010;74:18-26.
- Slinin Y, Paudel ML, Taylor BC, et al. 25-Hydroxyvitamin D levels and cognitive performance and decline in elderly men. Neurology 2010;74:33-41.

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[“El papel de la dieta en el proceso de envejecimiento”](#)



Congreso internacional sobre envejecimiento activo
Preparando o noso futuro
 A Coruña, novembro 2012

El papel de la dieta en el proceso de envejecimiento

Ana M^a Martínez Lorente
 Servizo Estilos de Vida Saudable e Educación para a Saúde
 Dirección Xeral Innovación e Xestión para a Saúde Pública



Diapositiva 1

Congreso Internacional sobre envejecimiento activo
Preparando o noso futuro
 A Coruña, novembro 2012

El papel de la dieta en el proceso de envejecimiento

Ana Mª Martínez Lorente
 Servizo Estilos de Vida Saudable e Educación para a Saúde
 Dirección Xeral Innovación e Xestión para a Saúde Pública
 Consellería de Sanidade

Diapositiva 2

USTED PUEDE VIVIR MAS Y MEJOR CAMBIANDO UNA DE ESTAS TRES COSAS :



MADRE

PADRE

Actividad Física y DIETA

Uauy R. Nutrición y salud. 2007. Estrategias para generar un trabajo conjunto entre la industria,

Diapositiva 3

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública



PREPARANDO O NOSO FUTURO



- 1- Dieta y prevención: Vivir más
- 2- Dieta en el envejecimiento: Vivir mejor
- 3- Dieta y enfermedad

Diapositiva 4

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Población gallega superior a 65 años. Enfermedades crónicas



1ª causa de muerte:
 Enfermedades aparato circulatorio (35% de la mortalidad general)

Prevalencia Hipertensión arterial
 40-49.....24%
 >70 a.....79,6%

Prevalencia Diabetes M.
 40-49.....4,9%
 >70 a.....29,3%

Diapositiva 5

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Enfermedades Crónicas

OMS:
 10 factores de riesgo claves para el desarrollo de E. crónicas,
 5 están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico:



Diapositiva 6

Consejos para una alimentación saludable

	Evidencia	Grado de recomendación
Limitar la ingesta de grasa (especialmente saturada)	I, II	A (Extremadamente recomendable)
Limitar la ingesta de colesterol	II	B
Potenciar el consumo de frutas, verduras y granos integrales con fibra	II	B (Recomendable. Evidencia de que la medida es eficaz)
Mantener un equilibrio calórico mediante dieta y ejercicio	II	B
Mantener un aporte adecuado de calcio en la mujer	I, II	B
Reducir el consumo de sodio	II	C
Aumentar la ingesta de hierro	II, III	C
Aumentar la ingesta de beta-caroteno y otros antioxidantes	II	C (Moderada evidencia de que la medida es eficaz)
Lactancia natural	I, II	A

Modificado Institute of Medicine
 Calañas-Contente, Bellido. Bases científicas de una alimentación saludable. Rev Med Univ Navarra/vol 50, nº 4, 2006, 7-14

Diapositiva 7



La Unesco declara la Dieta Mediterránea Patrimonio Inmaterial de la Humanidad

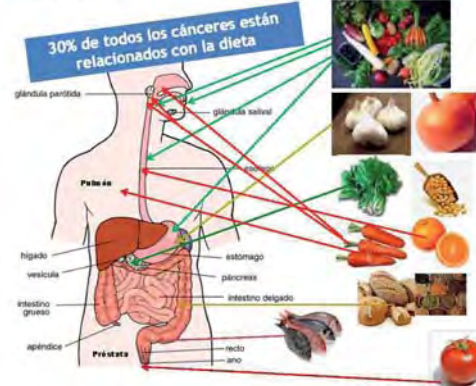
1. **Mayor supervivencia** tanto en población general, como en enfermos con cardiopatía isquémica
2. **Descenso de mortalidad** similar en las enfermedades coronaria, cardiovascular y el cáncer en población sana mayor de 70 años
3. **Reducción riesgo cardiovascular**: La hipertensión arterial, y la mortalidad coronaria muestran una relación inversa con la mayor adherencia a la dieta mediterránea
4. **Reducción prevalencia síndrome metabólico**
5. **Reducción concentración marcadores proinflamatorios y procoagulantes.**

Diapositiva 8

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Componentes de la dieta y protección frente al cáncer

30% de todos los cánceres están relacionados con la dieta



- Vegetales no feculentos
- Género allium
- Folatos
- Carotenoides
- Vitamina C
- Fibra
- Licopenos

Diapositiva 9

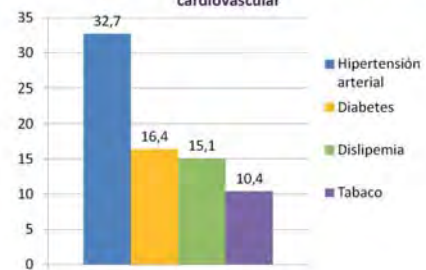
XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Nivel de evidencia	Componente dieta	Riesgo aumentado de cáncer
Relación convincente	Alcohol	Boca, faringo, laringe, colon recto en hombres Mama pre y post menopáusico en mujeres
	Aflatoxinas	Hígado
	Carnes rojas o procesadas	Colon-rectal
Relación probable	Grasa corporal	Esófago, colorectal, mama postmenopáusico, endometrio, riñón
	Grasa abdominal	Mama postmenopáusico
	Sal y salazones	Estómago
Relación limitada o sugerente	Alcohol	Hígado Cáncer colo-rectal en mujeres
	Dieta muy alta en calcio	Próstata
	Grasa dietética	Pulmón, mama postmenopáusico
	Grasas animales	Colo-rectal
	Ahumados o salados	Estómago
	Azúcares simples refinados (no los naturales de la fruta)	Colorectal

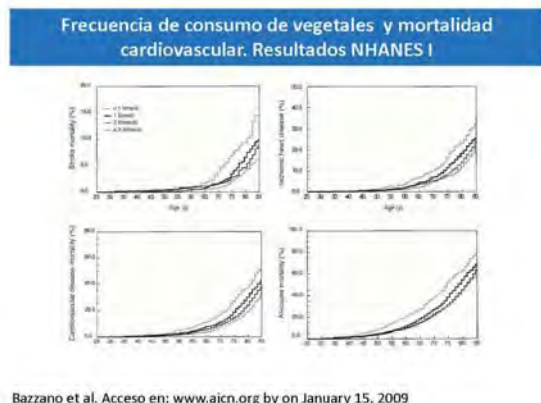
Diapositiva 10

ESTUDIO EURIKA Un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular salvarían 135.000 vidas al año en Europa

Responsabilidad (%) de distintos factores en el riesgo de muerte cardiovascular

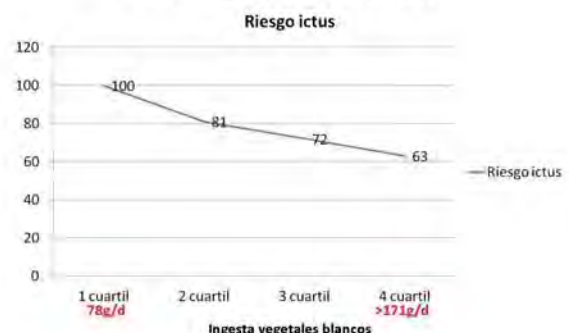


Diapositiva 11

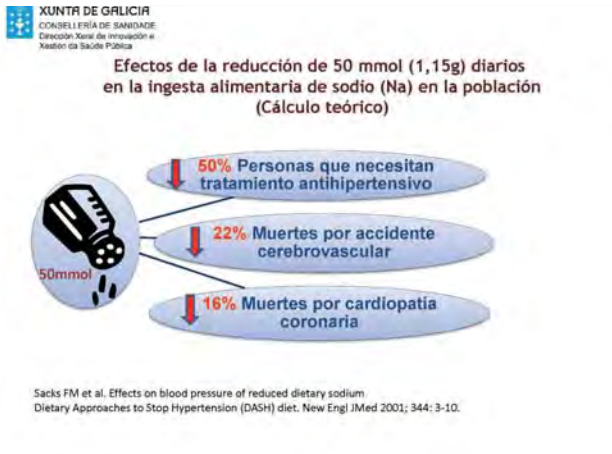


Diapositiva 12

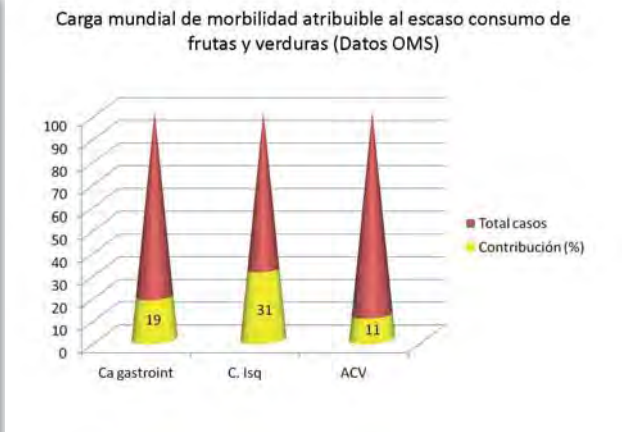
Color frutas y vegetales e incidencia de ictus.



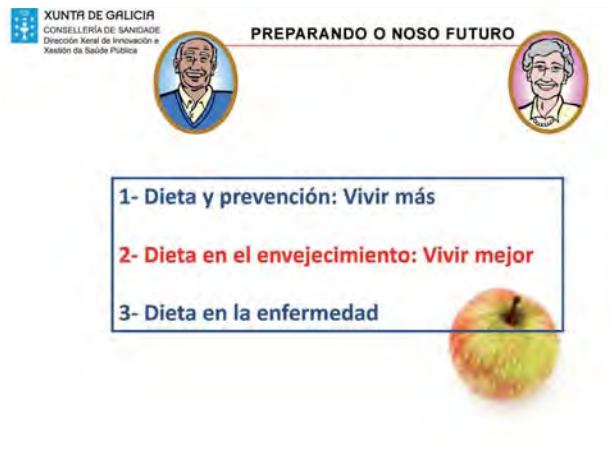
Diapositiva 13



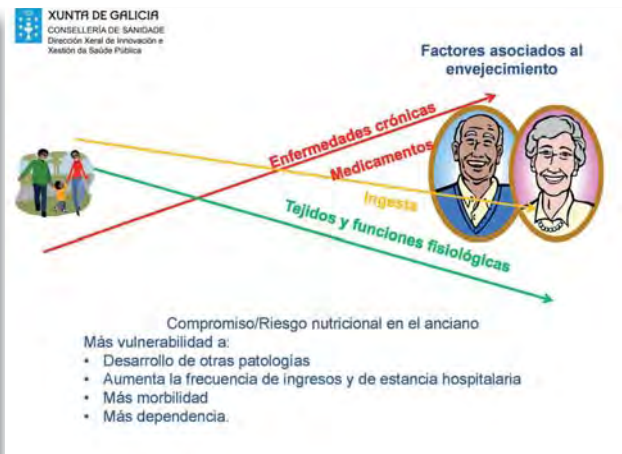
Diapositiva 14



Diapositiva 15



Diapositiva 16



Diapositiva 17



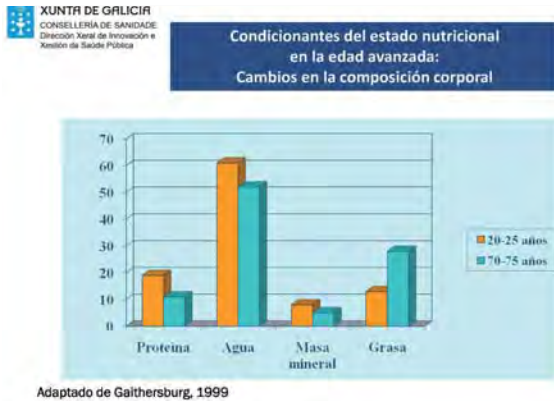
Diapositiva 18

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Condicionantes del estado nutricional en la edad avanzada

Intrínsecos	Sociales y ambientales
Factores fisiológicos y biológicos	
Proceso de envejecimiento	Modo de convivencia
Estado de salud	
Estado funcional	Aislamiento
Manipulación y acceso a alimentos	
Personalidad	Nivel educativo
Hábitos alimentarios	Poder adquisitivo
Actividades y entretenimiento	Medios técnicos en el hogar

Diapositiva 19



Diapositiva 20

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Condicionantes del estado nutricional en la edad avanzada: Factores biológicos y fisiológicos

Disminución de la **percepción sensorial** (olfato, gusto) y cambios en las preferencias para determinados sabores

Modificaciones aparato digestivo

- Boca: Menor secreción salival, boca seca, dificulta masticación y deglución, faltan piezas...
- <Peristaltismo, <motilidad intestinal
- Hipoclorhidria

Presencia de **enfermedades, interacciones con fármacos**

Diapositiva 21

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Condicionantes del estado nutricional en la edad avanzada: Factores psicosociales

- Abandono de la actividad laboral
- Hábitos alimentarios rígidos
- Monotonía de la dieta
- Omisión de las comidas
- Soledad, bajo nivel afectivo, depresión
- Nivel de funcionalidad física y psíquica. Dependencia
- Dificultades económicas

Diapositiva 22

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Condicionantes del estado nutricional en la edad avanzada: Hábitos alimentarios

Informe: "Las personas mayores en España", 2008

Consumo de grupos de alimentos por grupos de edad		
	16-44 años (%)	>65 años (%)
Frutas a diario	54	82,4
Hortalizas a diario	34,4	47,6
Pescado > 3v/sem	31,3	46,8
Embutidos y fiambres a diario	23,9	8,3

Consumo	Grupos de edad			
	16-34 (%)	35-64 (%)	65-74 (%)	>75 (%)
Alcohol (>4/sem)	7	31,9	56,4	60,2

Informe: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por CC.AA. Informe 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social

Diapositiva 23

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Condicionantes del estado nutricional en la edad avanzada: Hábitos alimentarios

Estudio Séneca: Conocer las tendencias de los hábitos alimentarios asociados al envejecimiento (1989-93)

Grupos de alimentos más consumidos:

- Frutas
- Verduras y hortalizas
- Cereales y derivados
- Leche y derivados

En general:

- Dieta saludable
- Alto consumo de vegetales

4 años: Seguimiento

- * Menos ingesta de cereales
- * Menos ingesta de carne
- * Menos platos de legumbres
- * Menos variedad en la dieta

< Proteína
< Hierro
< Zinc
< Folato

Estudio Euronut. Séneca. Nutr. Hosp. v.18 n.6 Madrid nov.-dic. 2003

Diapositiva 24

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

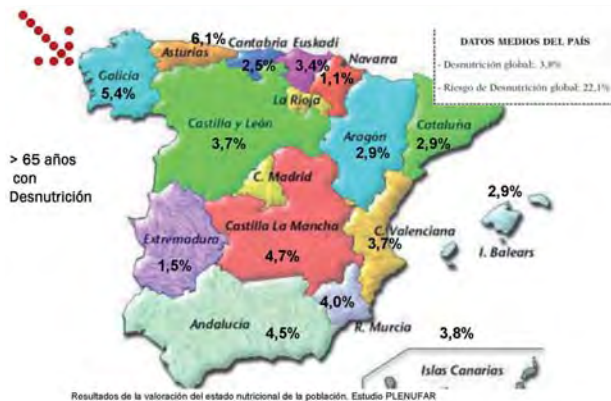
Condicionantes del estado nutricional en la edad avanzada: Factores de riesgo en el medio institucional

- >85 años
- Mujer
- Síntomas depresivos
- 2 o más enfermedades crónicas
- Mal estado de la boca
- Dependencia para comer
- Estar encamado o haber padecido una fractura de fémur
- Ingesta deficiente
- Úlceras por presión
- Problemas para la masticación

Predictores significativos

- Dejar el 25 % o más de la comida en la mayoría de las comidas
- Recibir medicación ansiolítica
- No poder alimentarse por sí solo.

Diapositiva 25



Diapositiva 26



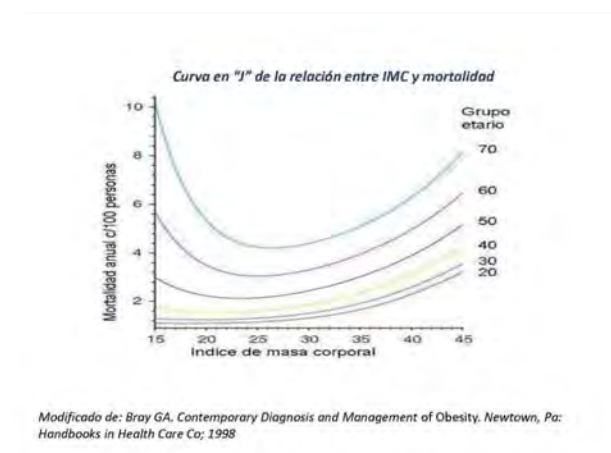
Diapositiva 27



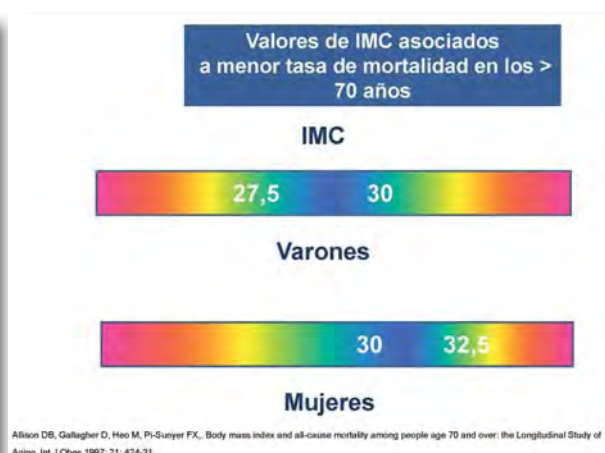
Diapositiva 28



Diapositiva 29



Diapositiva 30



Diapositiva 31



Diapositiva 32

Recomendaciones generales

- ❖ Realizar 4-5 comidas diarias, en cantidades moderadas y una cena ligera.
- ❖ Diseñar menús sencillos, de fácil preparación con presentaciones agradables.
- ❖ Fomentar la moderación, vigilando la densidad nutricional.
- ❖ Respetar la tradición, la cultura y las preferencias.
- ❖ Usar condimentos suaves y aromáticos y reducir la sal
- ❖ Hacer las comidas en compañía y en un lugar distinto al que permanece habitualmente

Diapositiva 33

Recomendaciones generales

- ❖ Favorecer la dimensión social y el aspecto placentero de la alimentación.
- ❖ Variar los alimentos y las preparaciones. Comidas “especiales” para los domingos.
- ❖ No recalentar repetidamente la comida ya preparada.
- ❖ Recordar que los medicamentos influyen en el estado nutricional
- ❖ Evitar las dietas restrictivas y monótonas. Cuantos más alimentos de cada grupo se incorporen a la dieta, más se garantiza un buen estado nutricional

Diapositiva 34



Diapositiva 35

Guías alimentarias

1. Todos los días, pescado, carne, o huevos
2. Tres raciones al día de leche, yogur o queso
3. Cereales, frutas y verduras todos los días
4. Legumbres al menos una vez a la semana
5. Beba agua con frecuencia
6. Cuidado con la sal

Diapositiva 36

Nutrientes de especial atención

Proteína	Fibra	Grasa
■ Pollo, pavo, huevos, pescado, ternera, cerdo, legumbres ■ Importante su calidad	■ Frutas, verduras, cereales integrales... ■ Favorece la motilidad intestinal ■ Regula la hipercolesterolemia y la glucemia	■ Los pescados son ricos en omega-3 ■ Efecto: Antitrombótico, Vasodilatador, Antiinflamatorio
■ Pérdida masa muscular ■ Menos "defensas" ■ Mala cicatrización	■ Estreñimiento ■ Diverticulosis ■ Colesterol/Glucosa ■ Ca. Colon	■ Inflamación ■ Arritmias ■ Hiperlipemia ■ Trombosis

Diapositiva 37

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Nutrientes de especial atención (3)

Folato	Vit. D	Vit. B12	Vit. B6	Vit. C
Verduras foliáceas Hígado	Pescados grasos Huevo Expo.sol Al. fort.	Pescados Hígado Huevos	Carne y cereales completos	Cítricos hortalizas
E.C.V Demencia Vascular y tipo Alzheimer	Osteomalacia P. fisiológicos	Demencia vascular y tipo Alzheimer	Dermatitis Debilidad Alt. Cognitiva Inmunidad	Colágeno Cicatrización Absorción hierro no hemo

Diapositiva 38

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Nutrientes de especial atención (2)

Calcio	Zinc	Hierro	Selenio
Leche y derivados Pescados pequeños enteros Legumbres Salud ósea	Carnes rojas Pescado Marisco Leche Legumbres	Visceras Carnes Aves Pescados Moluscos bivalvos	Alimentos origen animal Verduras Hortalizas
Osteoporosis	Gusto Función Inmune Cicatrización	Por aclorhidria, < absorción hierro	Enfermedad coronaria Cáncer Inmunidad

Diapositiva 39



Diapositiva 40



Diapositiva 41

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Estado nutricional de las personas mayores en Galicia. Áreas prioritarias de intervención

☐ Servicios sociales
☐ Salud oral
☐ Salud mental
☐ Uso de medicamentos
☐ Educación y consejo nutricional
☐ Suplementación nutricional

Diapositiva 42

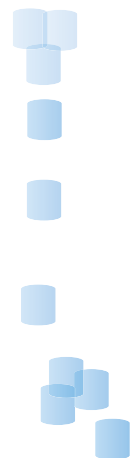


Diapositiva 43

Componente		Beneficio para la salud	
Licopeno		↓	Riesgo infarto Riesgo cáncer próstata
Sulforafano		↓	Riesgo cáncer
Carotenoides		↓	Riesgo cáncer
C. organosulfurados		↓	Riesgo cáncer
Vit. C			Antioxidante
Flavonoides, Resveratrol		↓	Antiinflamatorio riesgo cáncer
Acidos grasos omega-3		↓	Riesgo cardiovascular

Diapositiva 44

Ac. Oleico		Antioxidante
Compuestos fenólicos		Mejora perfil lipídico
Ácido linoleico conjugado		Disminuye CT, Tg Disminuye lipogénesis Aumenta lipólisis
Flavonoides cítricos		Antialérgicas Antiinflamatorio Antihipertensivo
Flavonoides, esteroides		Disminuye homocisteína
Polifenoles vino y té		Antioxidantes Mejora perfil lipídico



Beneficios de la actividad física en el proceso de envejecimiento

Sandra Fernández Carrera

➔ Enlace pdf con la presentación:

[“Beneficios de la actividad física en el proceso de envejecimiento”](#)

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A Coruña 16 de noviembre 2012



Diapositiva 1

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A Coruña 16 de noviembre 2012

Diapositiva 2

EL EJERCICIO FÍSICO MEJORA LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y LA ESPERANZA DE VIDA DEL MAYOR.

Vogel et al., 2009

Diapositiva 3

CONCEPTO DE SALUD



Diapositiva 4

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE...

Diapositiva 5

BENEFICIOS EJERCICIO AERÓBICO



Diapositiva 6

BENEFICIOS EJERCICIOS DE FUERZA



Diapositiva 7

BENEFICIOS DE EJERCICIOS DE COORDINACIÓN Y EQUILIBRIO



Diapositiva 8

CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE



Diapositiva 9

CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE



Diapositiva 10

PROPUESTA PROGRAMA EJERCICIO FÍSICO



Diapositiva 11

CONTENIDOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

EJERCICIOS AERÓBICOS
150' semanales intensidad moderada o 75' intensidad vigorosa.
30 minutos diarios

Diapositiva 12



Diapositiva 13

CONTENIDOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

EJERCICIOS DE FUERZA
2 sesiones semanales.



Diapositiva 14



Diapositiva 15

CONTENIDOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

EJERCICIOS DE COORDINACIÓN Y EQUILIBRIO
3 sesiones semanales.



Diapositiva 16

Diapositiva 17

CONTENIDOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD
Diarios.

RECOMENDACIONES



Diapositiva 19

PROGRAMA FUNDACIÓN FEDYS

10 CENTROS SELECCIONADOS

CRITERIO DE SELECCIÓN:
EXISTENCIA PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

Diapositiva 20

PROGRAMA FUNDACIÓN FEDYS

10 CENTROS SELECCIONADOS

PERSONAL NO CUALIFICADO

Diapositiva 21

PROGRAMA FUNDACIÓN FEDYS

10 CENTROS SELECCIONADOS

NO EXISTE VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN
FÍSICA

CONTENIDOS INAPROPIADOS

Mesa redonda:

El envejecimiento activo a través de la participación social

- ➔ Francisco Ramón Durán Villa. "El IV Ciclo Universitario".
- ➔ Paula Sande Nieto. "Ategal, formándote para el futuro".
- ➔ David Facal Mayo. "Voluntariado, calidad de vida y envejecimiento activo".

Ategal, formándote para el futuro

Paula Sande Nieto

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos

➔ Enlace pdf con la presentación:

“Ategal, formándote para el futuro”



Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

É UN CENTRO DE FORMACIÓN SOCIOCULTURAL, ENTIDADE COLABORADORA DA XUNTA DE GALICIA.

AXUDAMOS A MANTERTE ACTIVO/A, A MELLORAR A TÚA CALIDADE DE VIDA E A ATOPAR AMIZADES COAS QUE COMPARTIR O TEMPO.

ENTIDADE SEN FIN DE LUCRO QUE LEVA FUNCIONANDO CON ÉXITO DENDE HAI 34 ANOS.

PIONEIROS NA FORMACIÓN DE ADULTOS, HOXE SOMOS MAIS DE 1.300 SOCIOS.

O 96% DOS NOSOS ALUMNOS REPITEN ANO TRAS ANO.

PARA PERSOAS DE 50 OU MÁIS ANOS

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA



- UN CENTRO DE FORMACIÓN VOCI-CULTURAL, ENTIDADE COLABORADORA DA XUNTA DE GALICIA
- AJUDAMOS A MANTERTE ACTIVO/A, A MELHORAR A TUA CALIDADE DE VIDA E A ATOPAR AMIGADES COAS QUE COMPARTIR O TEMPO.
- ENTIDADES SEN FIN DE LUCRO QUE LEVA FUNCIONANDO CON ÉXITO DENTRE NAI 74 ANOS.
- PODEMOS NA FORMACIÓN DE ADULTOS, HOJE SONHAMOS MAIS DE 1.300.000.
- O 94% DOS NÓDOS ALUMNOS BENTEM ANO TRASE ANO.
- PARA PERSOAS DE 50 OU MAIS ANOS

Diapositiva 1

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

PODES ATOPAR AS NOSAS AULAS ENTRE AS 9 SEDES QUE TEMOS REPARTIDAS POR TODA GALICIA:

- SANTIAGO DE COMPOSTELA
- A CORUÑA
- VIGO
- LUGO
- OURENSE
- VILALBA
- MONTERROSO
- FERROL
- PADRÓN

SEDE CENTRAL SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rúa Viro de Cerco, 31
15703 Santiago de Compostela
Tél/Fax: 981 981 933
Mó: 916 194 344
direccion@atagal.com
coordinacion@atagal.com
administracion@atagal.com
Descarga horarios



Diapositiva 2

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

A NOSA OFERTA EDUCATIVA ATÓPASE DIVIDIDA NAS SEGUINTE ÁREAS

- ÁREA CULTURAL
- ÁREA DA SAÚDE
- ÁREA OCUPACIONAL
- ÁREA DE LECER

Diapositiva 3

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

ÁREA CULTURAL

- LITERATURA ESPAÑOLA E GALEGA
- HISTORIA DA ARTE E XEOGRAFÍA
- GALEGO
- FRANCÉS
- INGLÉS
- CHARLAS-COLOQUIO

Diapositiva 4

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

ÁREA CULTURAL




Diapositiva 5

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

ÁREA DA SAÚDE

- MEMORIA
- XIMNÁSIA
- IOGA
- TAICHI
- PILATES
- SAÚDE E BENESTAR
- DANZATERAPIA
- HABILIDADES SOCIAIS

Diapositiva 6

Diapositiva 7



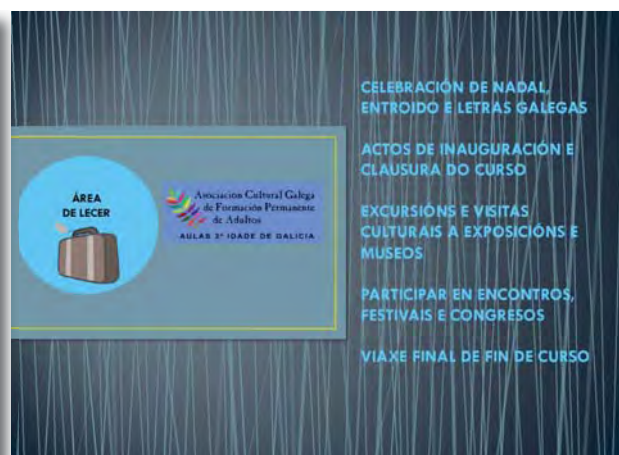
Diapositiva 8



Diapositiva 9



Diapositiva 10



Diapositiva 11



Diapositiva 12



Diapositiva 13

Diapositiva 14

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

PROYECTOS PREMIADOS

DURANTE OS ÚLTIMOS ANOS A NOSA ASOCIACIÓN SOCIOCULTURAL FOI GALARDOADA POLA:

- OBRASOCIAL CAJA MADRID
- OBRA SOCIAL VIURE Y CONVIURE DE CAIXA CATALUÑA
- FUNDACIÓN PEDRO BARRÍE DE LA MAZA
- OBRA SOCIAL BANCAJA

obra social

Fundación Pedro Barríe de la Maza

CatalunyaCaixa Obra Social

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
AULAS 3ª IDADE DE GALICIA

TAMÉN DESTACAMOS A COLABORACIÓN ENTRE ESTA ENTIDADE E OS CONCELLOS, NOS QUE HAI SEDE DAS AULAS, PARA A REALIZACIÓN DE PROXECTOS ANUAIS SEMPRE NOVEDOSOS E DE INTERÉS PARA AS PERSOAS MAIORES.

CONVENIOS COAS 3 UNIVERSIDADES GALEGAS

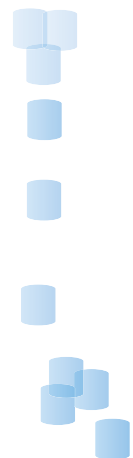
ATEGAL É MEMBRO DA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE AULAS DA TERCEIRA IDADE (AIUTA) E DA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA AULAS TERCEIRA IDADE (CEATE)

Diapositiva 15

Asociación Cultural Galega de Formación Permanente de Adultos
Aulas 3ª Idade de Galicia
ENTIDADE COLABORADORA DA XUNTA DE GALICIA

coordinacion@ategal.com

Muchas gracias



Voluntariado, calidad de vida y envejecimiento activo

David Facal Mayo, Cristina Lojo-Seoane, Onésimo Juncos-Rabadán

Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación

Universidade de Santiago de Compostela

“La contribución social y económica de las personas de edad (...) no se mide en términos económicos, como es el caso de los cuidados prestados a los miembros de la familia, el trabajo productivo de subsistencia, el mantenimiento de los hogares y la realización de actividades voluntarias en la comunidad (...). La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal.” Naciones Unidas. Informe sobre la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.

Por voluntariado entendemos el trabajo no remunerado y realizado hacia usuarios con los que la persona voluntaria no tiene obligaciones contractuales, familiares ni de amistad. Sería parte de la forma en que las sociedades se organizan, asignan responsabilidades sociales y esperan compromisos y participación por parte de la ciudadanía. La naturaleza productiva del voluntariado resulta beneficiosa para las personas mayores, dado que posee un efecto positivo sobre varias dimensiones del bienestar (IMSERSO, 2008). La investigación longitudinal en gerontología apunta a un doble efecto del voluntariado en el bienestar y viceversa, con aquellas personas mayores con altos niveles de funcionamiento participando más en actividades de voluntariado, y aquellos mayores que participan en actividades de voluntariado experimentando un mayor grado de afecto positivo (Morrow-Howell, 2010). En el presente trabajo consideramos las actividades de voluntariado dentro del marco teórico de la reserva cognitiva, entendida esta como la capacidad de adaptación adquirida a través de las experiencias de vida frente a un deterioro en el procesamiento cognitivo asociado a un posible deterioro cognitivo ligero o demencia (Lojo-Seoane, Facal y Juncos-Rabadán, 2012).

Reserva cognitiva, estilo de vida activa y participación en actividades sociales.

En Lojo-Seoane, Facal y Juncos-Rabadán (2012) hemos destacado la importancia de las principales variables asociadas a la reserva cognitiva, como modificadoras o enmascaradoras de la manifestación de los síntomas de deterioro. A través de los indicadores de reserva cognitiva disponibles en la literatura, la mayoría de los cuales son variables relacionadas con experiencias de la vida (Stern, 2009), podemos obtener una aproximación al concepto y a la medida de reserva cognitiva que, a pesar de ser indirecta, puede ser eficaz en la prevención del deterioro cognitivo y la promoción del envejecimiento activo. En 2007, el grupo de investigación de Wilson publicó un estudio en el que la mayor frecuencia de participación en actividades cognitivas fue asociada con una reducida incidencia de demencia y deterioro cognitivo ligero (DCL). Esta asociación se mantuvo controlando la actividad cognitiva pasada, el estatus socioeconómico y la actividad física y social actual. Saczynski y cols. (2008) observaron que las actividades de ocio estaban asociadas con un rendimiento mayor en memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. Hall y cols. (2009) observaron que la educación en las primeras etapas de la vida influye en la reserva cognitiva a través de la actividad cognitiva de las últimas etapas, ya que las personas con mayor nivel educativo son las que optarían por participar en más actividades cognitivas, mientras que las actividades cognitivas en las últimas etapas influyen en la reserva cognitiva independientemente de la educación.

Además de constructos como el nivel educativo, la complejidad laboral y la participación en actividades cogni-

tivas desde la juventud, en la literatura se destaca la relevancia de un estilo de vida activo (Lojo-Seoane, 2012). El constructo estilo de vida incluiría actividades cognitivas como leer, escribir, escuchar música o pintar, actividades físicas como pasear, y actividades sociales, en las que estarían incluidas las actividades de voluntariado. La participación en actividades sociales estaría relacionada con las actividades de ocio, porque muchas personas ocupan su tiempo libre con actividades que implican establecer y mantener relaciones con otras personas, y se contempla en la literatura como otra variable de reserva cognitiva debido al efecto positivo que ejerce en las funciones cognitivas. En este contexto, el compromiso social se define como el mantenimiento de relaciones sociales y un alto nivel de participación en actividades sociales (Bassuk, Thomas, Glassand, & Berkman, 1999). Lojo-Seoane (2012) ha observado, en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo ligero y en un grupo control con quejas subjetivas de memoria, que los indicadores de estilo de vida forman un factor de reserva cognitiva, el cual influye junto con otros indicadores de nivel académico en el rendimiento cognitivo general, en la memoria de trabajo y de forma más indirecta, en la memoria episódica.

Beneficios de la participación en actividades sociales y el voluntariado en el proceso del envejecimiento

El voluntariado es una forma de ocupar la nueva disponibilidad de tiempo para las personas jubiladas, supone una oportunidad de aprendizaje y se relaciona con el intercambio generacional de experiencias y saberes. Si bien, en términos generales, las personas mayores de 65 años presentan unos porcentajes menores de participación en acciones solidarias en comparación con el conjunto de la población, el porcentaje de personas mayores de 65 años que participa en actividades de voluntariado asciende al 22,5%, superando en 10 puntos porcentuales a la media de la población (IMSERSO, 2008). El voluntariado que realizan engloba diversas actividades, destacando frente a la población general el porcentaje de personas mayores que realiza voluntariado dentro de las asociaciones religiosas (3,1%), las relacionadas con la ciudadanía y asociaciones vecinales (2,3%), y las relacionadas con la intervención social (2,0%). En Galicia, según la Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003 del INE el porcentaje sería similar (22,9 %) a la media del estado, con ligeras diferencias entre hombres (21,1%) y mujeres (24,2%). Respecto a la duración de las actividades de voluntariado, esta sería de 1 hora y 26 minutos diarios de media, siendo esta duración ligeramente inferior a la media española.

La participación en actividades de voluntariado se ha asociado, en distintos estudios longitudinales, con una larga lista de beneficios para las personas mayores, incluyendo menor mortalidad, mejor funcionamiento físico, mayor nivel de salud percibida, menor sintomatología depresiva y mayor satisfacción con la vida (Moen, Dempster-McClain, & Williams, 1992; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, & Tang, 2003; Musick, Herzog, & House, 1999; Oman, Thoresen, & McMahon, 1999; Van Willigen, 2000). Estos resultados se derivan de estudios longitudinales con grandes muestras de población, como las de los estudios Health and Retirement Study, Americans' Changing Lives, MidLife in the United States, o el Longitudinal Study of Aging, que incluyen información sobre diferentes aspectos del proceso de envejecimiento incluyendo salud, estatus socioeconómico, funcionamiento cognitivo y socioemocional, estilo de vida, etc, y que permiten profundizar en el papel del voluntariado en estas áreas.

Según la teoría del rol, que relaciona la satisfacción personal con el número total de roles que ejercen los individuos (Hinterlong, Morrow-Howell, y Rozario, 2007) los beneficios del voluntariado en las personas mayores se derivarían de la existencia de un nuevo rol, el rol de persona voluntaria, que contribuiría a la salud de la persona a través de su autoestima y prestigio social. De forma similar, desde una perspectiva de los recursos personales en el capital cultural, social y personal. Más recientemente, las repercusiones del voluntariado en las personas mayores han sido analizadas a la luz de la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992), según la cual las personas mayores pierden roles periféricos pero mantienen los roles que le son emocionalmente significativos, incluidos en este caso los roles como personas voluntarias.

En la actualidad el foco de la investigación se está poniendo en las características personales y de las tareas de voluntariado que determinan una experiencia exitosa y con implicaciones positivas para la calidad de vida de las personas mayores. Así mismo, se considera que existe evidencia suficiente sobre los beneficios del voluntariado para las personas mayores, pero sería necesaria más investigación sobre cómo desarrollar programas y políticas de voluntariado eficaces para las personas mayores (Morrow-Howell, 2010).

Retos de la participación social y el voluntariado en el contexto del envejecimiento activo.

El conocimiento disponible apoya el desarrollo de políticas sociales y servicios de apoyo que maximicen la implicación de las personas mayores en tareas de voluntariado (Morrow-Howell, 2010). Según esta autora, el vo-

luntariado en nuestra sociedad se mantiene como fenómeno estable pese a las condiciones sociales cambiantes, y es esperable que las nuevas generaciones de personas mayores busquen nuevas y más diversas posibilidades de voluntariado. En el mismo sentido, Fantova (2002) apunta a la oportunidad para las personas mayores de vivir “un ocio que no es residuo sino oportunidad para vivir y demostrar que no hay oposición, como algunas culturas dominantes pretenden hacernos creer, entre trabajo y placer, entre envejecimiento y utilidad, entre satisfacción y compasión o entre felicidad y solidaridad.” (p. 52).

Como se ha indicado arriba, la promoción del voluntariado entre las personas mayores pasa por determinar las características personales y de las tareas de voluntariado que determinan una experiencia exitosa. En este sentido, la promoción de servicios de voluntariado para personas mayores debe incluir en la medida de lo posible a toda persona que quiera participar en tareas de voluntariado, evaluando qué tipo de tareas le gustaría hacer y su capacidad para realizarla o, en caso de que no esté preparada la persona, si se puede beneficiar de algún tipo de formación para llevarlo a cabo. Si aun así no se considera que este capacitada para desarrollar un tipo de tarea en concreto, se podría ofrecer la opción de participar en otro tipo de tareas que si podría realizar, como las de captación de voluntarios y sensibilización social. Respecto a la naturaleza de las tareas de voluntariado, la investigación apunta a una relación curvilínea entre niveles de participación y beneficios, en la que las tareas frecuentes pero no excesivas son aquellas que producen mayores beneficios psicológicos en las personas voluntarias.

Retomando la relación entre voluntariado y reserva cognitiva, también tendremos que tener en cuenta la complejidad del desempeño en tareas de voluntariado, incluyendo qué tipo de información es necesario procesar, la cantidad de interacción social y el significado que la persona atribuye a estas tareas, de forma similar a como se viene haciendo en el estudio de la complejidad laboral como indicador de reserva cognitiva (Garibotto et al., 2008). Otros indicadores de reserva cognitiva, como el nivel educativo, también tienen un rol relevante en la promoción del voluntariado en personas mayores. Las personas mayores con acceso a la educación habrán accedido a una profesión más compleja y, con mayor probabilidad, habrán desarrollado patrones de ocio intelectualmente más ricos. Este perfil encajaría, por ejemplo, en actividades de mentorado, que además de proporcionar oportunidades de formación e información a las personas beneficiarias contribuirían al mantenimiento de las capacidades cognitivas de la persona mentora. Por otro lado, es esperable que las personas mayores con niveles educativos medios o bajos, que accedieron a profesiones menos complejas, tiendan a actividades de ayuda a los demás con un componente principal de cuidado y/o acompañamiento.

En este sentido, la reserva cognitiva va a influir en la elección de la participación en actividades y en el perfil del tipo de actividades que se quieren realizar, y al mismo tiempo las actividades realizadas aportan beneficios facilitando mayor reserva cognitiva. El apoyo a este tipo de actividades en nuestro contexto debe de verse acompañado, de cara a maximizar sus potencialidades sociales y terapéuticas, del desarrollo de una línea de investigación que lo sustente.

Agradecimientos.

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto «Estudio longitudinal sobre marcadores cognitivos en el envejecimiento cognitivo normal, el Deterioro cognitivo ligero y la Enfermedad de Alzheimer», financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España (Ref PSI2010-22224-C03-01).

Bibliografía.

- Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 131(3), 165-173.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Garibotto, V., Borroni, B., Kalbe, E., Herholz, K., Salmon, E., Holtorf, V., ... Perani, D. (2008). Education and occupation as proxies for reserve in aMCI converters and AD FDG-PET evidence. *Neurology*, 71(17), 1342-1349.
- Hall, C. B., Lipton, R. B., Sliwinski, M., Katz, M. J., Derby, C. A., & Verghese, J. (2009). Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. *Neurology*, 73, 356-361.
- Hinterlong, J. E., Morrow-Howell, N., & Rozario, P. A. (2007). Productive engagement and late life physical and mental health findings from a nationally representative panel study. *Research on Aging*, 29, 348-370.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2008). La participación social de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

terio de Educación, Política Social y Deporte.

Lojo-Seoane, C. (2012). Efecto de la reserva cognitiva en el Deterioro Cognitivo Ligero. Universidade de Santiago de Compostela: Tesis doctoral sin publicar.

Lojo-Seoane, C., Facal, D. & Juncos-Rabadán, O. (2012) ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, doi:10.1016/j.regg.2012.02.006

Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *American Journal of Sociology*, 97, 1612–1638.

Morrow-Howell, N. (2010). Volunteering in later life: research frontiers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(4), 461–469.

Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58B (3), S137–S145.

Musick, M. A., Herzog, A. R., & House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B, S173–S180.

Oman, D., Thoresen, C., & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Health Psychology*, 4, 301–316.

Saczynski, J. S., Jonsdottir, M. K., Sigurdsson, S., Eiriksdottir, G., Jonsson, P. V., Garcia, M. E., ... Launer, L. J. (2008). White matter lesions and cognitive performance: The role of cognitively complex leisure activity. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63A(8), 848–854.

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028.

Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, 308–318.

Wilson, R. S., Scherr, P. A., Schneider, J. A., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*, 69(20), 1911–1920.

Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

| Preparando nuestro futuro



*Moito + por vivir
por disfrutar*

Comunicaciones

Comunicación:

Papel de las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo

- EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas
- IDEIA: interfaces y dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital*
- Servicios socio-sanitarios y control domótico en la TV*.
Miguel Ángel Gómez Carballa, Sonia Valladares, Carlos Rivas y Luis E. Anido Rifón.
- Intervención a través de las TIC en el centro de día de mayores de Cruz Roja de A Coruña.
Patricia Varela Sande y Laura Nieto Riveiro.

EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas

Miguel Ángel Gómez Carballa

Sonia Valladares Rodríguez

Carlos Rivas Costa

Luis E. Anido Rifón

Universidade de Vigo

Resumen

En este artículo se presenta una nueva plataforma de tele-formación de bajo coste, estándar y abierta, en la que la televisión (TV) se convierte en el dispositivo de acceso a este sistema de formación sencilla desde el hogar y para todos. Un HTPC conectado al televisor se puede utilizar para proporcionar el material formativo de forma sencilla, intuitiva y adaptada a las personas mayores y con algún grado de discapacidad. Por tanto a través de esta propuesta tecnológica se facilita: (I) la posibilidad de formarse a personas con dificultades de movilidad, (II) el acercamiento de las nuevas tecnologías a ciertos sectores de la sociedad que hasta ahora eran reacios a su uso y consiguientemente (III) la disminución de la brecha digital en estos colectivos.

Introducción

En este artículo se presenta la investigación realizada durante el desarrollo de una Plataforma de Tele-formación vía TV orientada a proveer un mecanismo de formación sencilla y para todos desde el hogar. Además se valorará el papel que juegan las Nuevas Tecnologías en la potenciación del envejecimiento activo a través de este tipo de iniciativas tecnológicas.

Para ello se ha desarrollado un sistema de formación on-line adaptado a personas mayores y/o con algún grado de discapacidad, usando como base la TV al ser un entorno con el que se encuentran plenamente familiarizados y no les produce rechazo como ocurre con el uso de los ordenadores. Además a pesar de que las plataformas de aprendizaje online y de formación continua están extendidas en la comunidad educativa, el colectivo de las personas mayores y en particular, aquellas que presentan algún grado de dependencia o discapacidad todavía sigue sufriendo la brecha digital a la hora de acceder al aprendizaje en modalidad "on-line" o de "e-learning".

Por consiguiente en este trabajo se presentan los principales resultados de diseño, desarrollo y validación de una plataforma de formación on-line vía TV, que de forma intuitiva, adaptada y sencilla permite a las personas mayores y/o con dependencia desde sus hogares formarse.

Para ello en la Sección II se describe la implementación llevada a cabo detallando los objetivos, la arquitectura de la plataforma y las principales contribuciones tecnológicas que han dado lugar al sistema final. Será en la Sección III donde se muestren los resultados derivados de la implementación y validación del mismo, y posteriormente, en la Sección IV donde se analicen las principales conclusiones derivadas de este trabajo de investigación.

Implementación

Objetivos

El objetivo general de este trabajo de investigación ha sido la creación y validación de una plataforma de tele-formación desde el hogar. Para lo cual fue preciso: i) realizar un análisis de aquellos sistemas o plataformas de e-learning que mejor se adapten y mejores prestaciones ofrecen para ser integradas en la plataforma HTPC-TV ; ii) crear un cliente específico de aprendizaje “online” o “e-learning” adaptado al colectivo de las personas mayores usando la televisión como principal medio de acceso al sistema y iii) validar dicho sistema a través de usuarios/as reales.

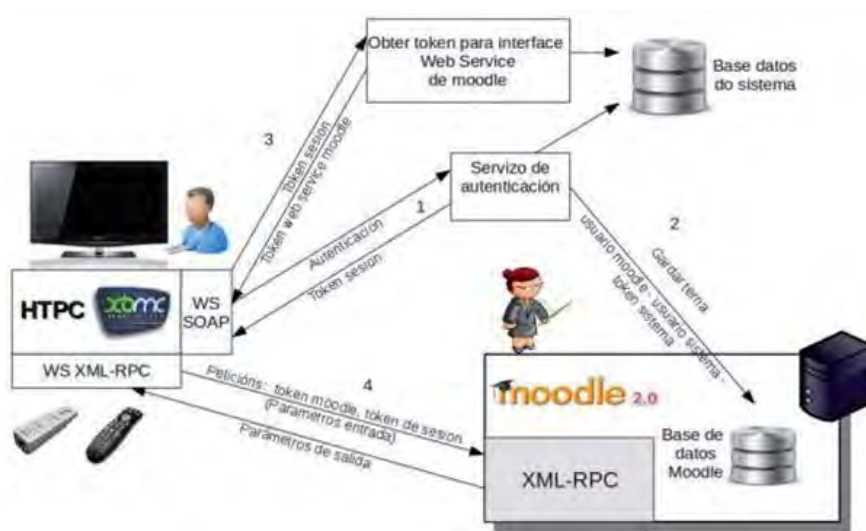
Este objetivo genérico se ha estructurado en los siguientes sub-objetivos:

1. Identificación de los requisitos específicos para este colectivo.
2. Análisis de las principales plataformas de “e-learning”.
3. Desarrollo del sistema de tele-formación.
4. Validación del sistema mediante pilotos con usuarios reales.

Arquitectura del sistema

El grupo que dirige la investigación posee una amplia experiencia en el desarrollo de sistemas para televisión interactiva, en particular para colectivos con necesidades especiales como pueden ser las personas mayores.

Ilustración 1. Arquitectura de la plataforma de teleformación



En la Ilustración 1 se muestra que el sistema se ha desarrollado utilizando una arquitectura de servicios distribuidos, basada en el paradigma SOA (Service Oriented Architecture). Las funcionalidades del sistema se asignan a través de diferentes servicios web que soportan las comunicaciones a través de protocolos estandarizados (SOAP, WSDL y UDDI).

A nivel tecnológico, se debe destacar que la decisión de utilizar la TV como medio de soporte para un sistema de aprendizaje on-line no está exenta de problemas, en especial cuando el colectivo destinatario presenta una serie de limitaciones que lo diferencian de los usuarios convencionales de las plataformas de e-learning. Tras el análisis de las posibles alternativas tecnológicas se determina la utilización de dispositivos HTPC como soporte para el sistema cliente en los hogares de los usuarios. Un HTPC presenta una conectividad excelente con el TV y con otros dispositivos.

Principales contribuciones

La contribución original más destacada de este trabajo de investigación es la integración de un cliente de Moodle en la plataforma vía TV-HTPC, que dota a la misma de la posibilidad de gestionar y realizar cursos de tele-formación. La selección de Moodle frente a las restantes aplicaciones estudiadas se debe a que la primera es la herramienta de e-learning de mayor usabilidad y popularidad en la actualidad tal como se pone de mani f esto en la Ilustración 2, además de ser de licencia abierta y con unos parámetros de robustez y estabilidad adecuados.

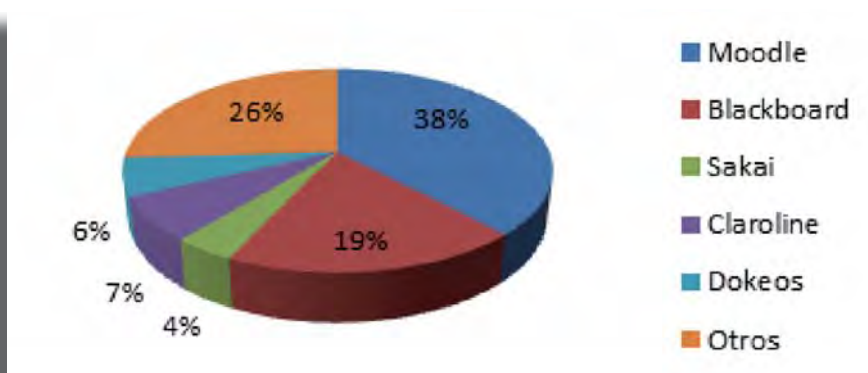


Ilustración 2. Porcentaje de uso de los LMS. Moodle ocupa 1º puesto con 38%

Mediante este cliente de tele-formación integrado en la plataforma los usuarios pueden realizar: cursos on-line, resolver pruebas o cuestionarios, como se puede observar en la Ilustración 3, para superar dicho curso y af anzar los conocimientos, etc. En definitiva aporta una herramienta accesible e intuitiva para facilitar la tele-formación a las personas mayores y/o dependientes.



Ilustración 3. Ejemplos de un cuestionario de curso de formación a través de la plataforma TV-HTPC

Una de las principales novedades del cliente de tele-formación es que el material del que pueden constar los cursos no sólo es textual, sino que principalmente se componen de material multimedia, según se indica en la Ilustración 4, que permite a las personas usuarias f nales f jar mejor los conceptos y seguir los cursos de una manera más f uida e intuitiva. En definitiva fomenta un modelo de tele-formación más sencillo y adaptado al perfil de usuarios (i.e. personas mayores y/o con algún grado de discapacidad).

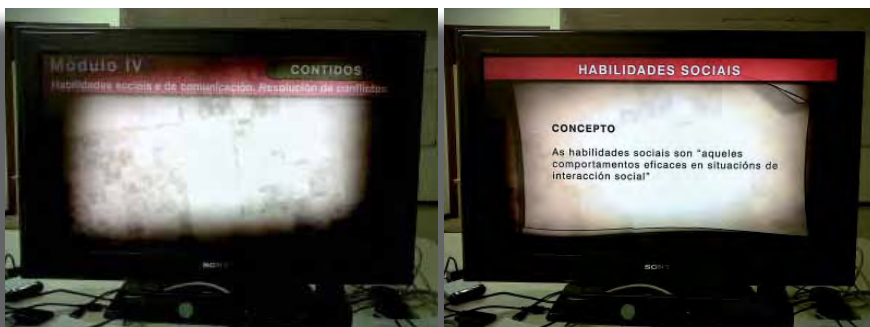


Ilustración 4. Ejemplos de un vídeo formativo de curso de formación a través de la plataforma TV-HTPC

Resultados

En esta sección se exponen los resultados derivados de la investigación y el desarrollo de la plataforma de tele-formación basada en la integración de un cliente de Moodle en un sistema accesible vía HTPC-TV.

En particular tras el proceso de implementación, se ha realizado la validación del sistema con usuarios reales, obteniendo unos resultados muy satisfactorios, aunque abiertos todavía a mejoras. En particular, se ha detectado la necesidad de integrar más periféricos de control que doten al sistema de total accesibilidad y adaptabilidad a cualquier tipo de discapacidad, además de facilitar las secuencias de navegación y de realizar un mayor esfuerzo en la accesibilidad de los propios contenidos de los cursos.

En concreto la evaluación del proceso de formación usando la televisión a través de la plataforma desarrollada se hizo desde una doble perspectiva:

- 1.- Valoración de los contenidos digitales, es decir, estimar la accesibilidad de los contenidos, su presentación, etc.
- 2.- Valoración general de la plataforma, es decir, estimar en nivel de funcionalidad y la usabilidad de los diferentes periféricos de control.

De los resultados extraídos durante el proceso de validación de este sistema de tele-formación, se deduce que los puntos más valorados del sistema son:

- La facilidad de acceso
- El grado de interactividad de la plataforma
- La forma intuitiva de evaluar los conocimientos mediante sencillos cuestionarios

En contraposición sobre los puntos que deben ser revisados y mejorados se han mencionado la herramienta vídeos de tele-formación y la utilización de un mando a distancia más sencillo con el que controlar la plataforma.

Conclusiones finales

Para finalizar con la exposición realizada en este artículo sobre la plataforma EDU+HTPC de tele-formación sencilla para todos y todas, se puede extraer lo siguiente:

Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios en general, tanto desde el punto de vista tecnológico, al haber creado un cliente de Moodle para un sistema de Televisión Interactiva orientado a las personas mayores, como desde el punto de vista funcional y de usabilidad. Se han identificado, sin embargo, ciertos aspectos (e.g. facilidad de secuencias de navegación, integración de nuevos dispositivos de control y aprendizaje social) que deben ser mejorados y que centrarán la atención del equipo de investigación en el futuro inmediato.

Por tanto a la luz de los resultados actuales, se puede valorar de forma muy positiva este tipo de iniciativas tecnológicas que favorecen la integración social, la mejora en la calidad de vida de las personas mayores, la disminución de la brecha digital y en definitiva fomenta el envejecimiento activo.

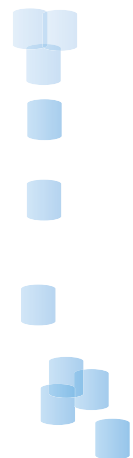
Agradecimientos

Este trabajo de investigación ha sido realizado bajo el apoyo económico del programa PEME I+D E I+D SUMA-TECNOLOGÍAS DA INFORMACIÓN E AS COMUNICACIÓNS (TIC) de la Xunta de Galicia, concretamente dentro del marco del desarrollo del siguiente proyecto: EDU-HTPC: ARQUITECTURAS BASEADAS EN DISPOSITIVOS HTPC PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS (10TIC043E)

Referencias bibliográficas

- Discapnet
- http://www.discapnet.es/Castellano/areastematicas/Accesibilidad/Observatorio_infoaccesibilidad/Documents/Tema_14/pdf/informe_detallado_elearning.pdf [consultada 22 de Noviembre 2011]
- Hebiri, H. ; Laabidi, M. ; Jemni, M. ; "User Centered Model to Provide Accessible e-Learning Systems", International Conference on Advanced Learning Technologies (ICALT), 2010 IEEE 10th; pp 720 - 721, 5-7 July 2010

- Carta para la inclusión digital y social. Disponible: http://charte.velay.greta.fr/pdf/charter_E-learning_hacia_inclusion_social.pdf [Consulta 23 de Noviembre 2011]
- Peter J. Bates pjb Associates, UK, "A study into TV-based interactive learning to the home", the European Community under the IST program.
- Lytras, M., Lougos, C., Chozos, P, Pouloudi, A. "Interactive Television and e-Learning Convergence: Examining the Potential of t-Learning", The European Conference on e-learning, 2002.
- <http://moodle.org/sites> [Consulta 23 de Noviembre del 2011]
- Colace, F. ; De Santo, M. ; Ritrovato, P. ; Mascambruno, P.R.C. ; "From E-Learning to T-Learning"; 3rd International Conference on Information and Communication Technologies: From Theory to Applications, 2008. ICTTA; pp 1-6 7-11 April 2008
- dos Santos, D.T. ; do Vale, D.T. ; Meloni, L.G.P. ; "Digital TV and Distance Learning: Potentials and Limitations"; 36th Annual Frontiers in Education Conference; pp 1-6; 27-31 Oct. 2006



IDEIA: Interfaces y Dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital

Miguel Ángel Gómez Carballa

Sonia Valladares Rodríguez

Carlos Rivas Costa

Luis E. Anido Rifón

Universidade de Vigo

Resumen

Ante la creciente demanda de ciertos sectores, se hace necesaria la creación de nuevos Sistemas Tecnológicos que ofrezcan (a) interfaces de usuario específicas adaptadas a las necesidades específicas de las personas con discapacidad y (b) una serie de servicios sociales e interactivos, adaptados y accesibles a los diferentes tipos y niveles de discapacidad.

En este artículo se presenta una nueva arquitectura de bajo coste, estándar y abierta, en la que la televisión (TV) se convierta en el centro de control de una amplia gama de servicios sociales e interactivos que se ofrecen en el propio hogar. Un HTPC conectado al televisor se puede utilizar para proporcionar dicha interactividad, posibilitando una verdadera convergencia entre Internet y la televisión. Esta propuesta tecnológica facilita: (I) la extensión de las funcionalidades del sistema por medio de la conexión de diferentes periféricos como Wiimotes, Kinect, TabletPC, Smartphone, además del mando tradicional del televisor y (II) acercar las nuevas tecnologías a ciertos sectores de la sociedad que hasta ahora eran reacios a su uso.

Introducción

En el presente artículo se presenta el trabajo realizado por los autores en su investigación sobre las diferentes interfaces y dispositivos electrónicos interactivos adaptados para el denominado hogar digital y asimismo valorar el papel que juegan las Nuevas Tecnologías en potenciar el envejecimiento activo.

Consiguientemente dicho estudio se ha basado en la identificación de aquellos dispositivos más adaptados para el control del hogar digital por parte de personas mayores. Se trata de un colectivo con unas características particulares y cuyas necesidades, también particulares especialmente las relativas a la accesibilidad, deben ser cubiertas de forma específica.

Este trabajo presenta los principales resultados de diseño, desarrollo y validación de una plataforma accesible desde la televisión con diferentes interfaces de control adaptadas según la necesidad de dichos usuarios y con una serie de servicios sociales e interactivos que permiten a las personas usuarias acceder a dichos servicios (e.g.

redes sociales, canales de sindicación de noticias, calendario de eventos, etc.) independientemente de su grado de dependencia o discapacidad.

Para ello en la Sección II se describe el desarrollo llevado a cabo detallando los objetivos, la arquitectura del sistema y los principales desarrollos tecnológicos que han dado lugar a la plataforma final. Será en la Sección III donde se muestren los resultados derivados de la implementación y validación del sistema, y posteriormente, en la Sección IV donde se analicen las principales conclusiones derivadas de este trabajo de investigación.

Desarrollo

Objetivos

El principal objetivo de este trabajo de investigación ha sido la creación y validación de una plataforma totalmente accesible de servicios sociales e interactivos vía TV. Para lo cual es preciso: i) realizar un análisis de aquellos dispositivos de control que mejor se adapten para el control del hogar digital por parte de una persona mayor con algún tipo de discapacidad; ii) crear y validar una serie de servicios socio-sanitarios (e.g. redes sociales, aplicaciones interactivas de las web 2.0...) y iii) validar el sistema prestando especial atención al nivel de accesibilidad de los diferentes dispositivos de control teniendo en cuenta las particularidades de las personas usuarias (i.e. personas mayores y/o con algún grado de dependencia).

Este objetivo genérico se ha estructurado en los siguientes sub-objetivos:

- 1.- Identificación de los requisitos específicos para este colectivo
- 2.- Análisis de alternativas
- 3.- Construcción del sistema
- 4.- Integración de diferentes alternativas en un sistema de prueba
- 5.- Validación del sistema mediante varios pilotos con usuarios reales

Arquitectura del sistema

El grupo de investigación posee una amplia experiencia en el desarrollo de sistemas para televisión interactiva, en particular para colectivos con necesidades especiales como pueden ser las personas mayores.

El sistema se ha desarrollado utilizando una arquitectura de servicios distribuida, basada en el paradigma SOA (Service Oriented Architecture). Las funcionalidades del sistema se asignan a través de diferentes servicios web que soportan las comunicaciones a través de protocolos estandarizados (SOAP, WSDL y UDDI).

En particular se ha utilizado como hardware para el sistema de gestión de iTV un Home-Theatre-PC, dispositivo de bajo coste, con una arquitectura abierta, y gran capacidad de interconexión, lo que permite el sencillo desarrollo de nuevos productos y servicios, así como la integración de nuevos dispositivos de control.

En cuanto al software empleado, se optó por la utilización del XBMC, que es un software Media Center de licencia GNU/GPL, como base del sistema cliente. Todo ello sobre una distribución también abierta: Ubuntu/Linux. Dicho SW ofrece ya de por sí un elevado número de funcionalidades de interés para la plataforma (e.g. gestión de contenidos multimedia, acceso por streaming a fuentes de video, interfaz personalizada, sistema automatizado de add-ons extensible, etc.) que lo convierten en una plataforma robusta y perfectamente adecuada para este tipo de desarrollos.

Principales desarrollos tecnológicos

Como principal desarrollo tecnológico en este trabajo de investigación se debe destacar el análisis e integración de los diferentes dispositivos existentes en el mercado que permiten el control del sistema integrado de televisión digital interactiva por parte de los usuarios finales. En particular las interfaces de usuario integradas y analizadas han sido:

- 1.- Interfaz 2x2, consistente en la disposición de cuatro alternativas en pantalla dispuestas en dos columnas y dos filas.
- 2.- Interfaz de barrido, consistente en la presentación de un "scroll" en la pantalla con una opción activa en cada momento.

Entre los dispositivos de control analizados se encuentran:

- 1.- WiiMote, dispositivo con un acelerómetro integrado que facilita el control de la interfaz de usuario con movimientos sencillos usando una sola mano como se aprecia en la Ilustración 6.
- 2.- Kinect, dispositivo que identifica los movimientos de los usuarios, no siendo necesario que éstos manejen en sus manos ningún dispositivo físico como se muestra en Ilustración 5. Para ello se ha usado y adaptado una librería libfreenect desarrollada dentro del marco del proyecto Open Kinect, a partir de la cual se han implementado los diferentes scripts con los que se controla la plataforma mediante este dispositivo.
- 3.- SmartPhones y Tablets, permitiendo el control de la aplicación de TV desde una tablet o desde el propio smartphone tal como se muestra en la Ilustración 8 e Ilustración 7 respectivamente. Para ello se ha usado y adaptado una app desarrollada para Android que permite el control del sistema base mediante este tipo de dispositivos móviles.



Ilustración 5. Control de la plataforma mediante el Kinect



Ilustración 6. Control de la plataforma mediante el Wiimote



Ilustración 7. Control de la plataforma mediante un smartphone. Samsung Galaxy



Ilustración 8. Control de la plataforma mediante una tablet. Asus Eee Pad Transformer

Resultados

En esta sección se expondrán los resultados derivados del desarrollo e investigación de este proyecto, donde cabe destacar:

En primer lugar se ha llevado a cabo la integración exitosa de los dos tipos de interfaces y los cuatro dispositivos (i.e. Wiimote, Kinect, tablet y smartphone) en una aplicación de TV interactiva ejecutándose sobre un HTPC.

Tras el proceso de validación se ha comprobado que los diferentes dispositivos de control garantizan una accesibilidad universal independientemente del grado y tipo de discapacidad de la persona usuaria, sobre cualquier servicio de los integrados en la plataforma.

Finalmente con todos los dispositivos integrados se ha conseguido abarcar y ofrecer una solución adaptada a las principales discapacidades motoras o a cualquier dificultad en la movilidad por parte de las personas usuarias.

Conclusiones finales

Para finalizar con el presente artículo sobre el proyecto IDEIA: Interfaces y Dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital, especialmente pensado para favorecer la integración social, el envejecimiento activo y la mejora en la calidad de vida de las personas mayores, se extraen las siguientes conclusiones finales:

Si bien la integración de los diferentes tipos de dispositivos es posible desde un punto de vista tecnológico, tal y como se ha expuesto en los resultados de este trabajo, es necesario tener en cuenta otros factores para su implantación final, principalmente el coste de estos dispositivos y su facilidad de uso.

Del estudio realizado se desprende que la presencia de smartphones y tablets no es muy elevado entre el colectivo de las personas mayores, si bien aquellas que disponen de estos aparatos aprecian poder usarlos para controlar otras aplicaciones ejecutándose desde su televisor.

En relación a la Kinect si bien es apreciada por la mayoría de los usuarios presenta un coste significativamente superior frente a los mandos Wiimotes los cuales ofrecen un control muy sencillo de las aplicaciones iTV con una facilidad de manejo muy superior al mando a distancia tradicional. Además durante la validación con usuarios reales se ha constatado la dificultad de mantener un cierto nivel de pulso al controlar la plataforma mediante el kinect, ya que para activar o entrar en algún servicio el kinect debe detectar unos segundos la opción señalada con la mano, lo cual supone una dificultad para aquellas personas que no puedan mantener un nivel mínimo de pulso.

Por todo ello se debe resaltar que tras la validación con usuarios reales y tras estudiar todas las opciones propuestas, al final las interfaces de control más valoradas a nivel de accesibilidad y facilidad de uso por dichos usuarios han sido: el Wiimote (50%) y el mando a distancia tradicional de la TV (33,33%), frente a las restantes opciones integradas (16,67%).

Agradecimientos

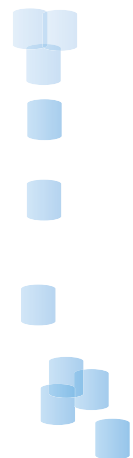
Este trabajo ha sido realizado bajo el apoyo económico del programa PEME I+D E I+D SUMA-TECNOLOGÍAS DA INFORMACIÓN E AS COMUNICACIÓNS (TIC) de la Xunta de Galicia, concretamente dentro del marco del desarrollo del siguiente proyecto: IDEIA: INTERFACES E DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS INTERACTIVOS E ADAPTADOS PARA O FOGAR DIXITAL (10TIC026E)

Bibliografía

- Ejemplos de Conmutadores [recurso on-line] <http://wwwbj-adaptaciones.com/catalogo/conmutadores> [visitado: 10-09-2012]
- Rao, R.S.; Seliktar, R.; Rahman, T.; "Evaluation of joysticks in cursor positioning task by individuals with cerebral palsy"; Proceedings of the First Joint BMES/EMBS Conference ; 1999
- Ministerio de educación [recurso on-line] <http://ares.cnice.mec.es/informes/17/contenido/29.htm> [visitado: 10-09-2012]
- Palmke, M. von Piekartz, H.; Zalpou C.; Schuler, T.; Morisse, K.; "A new perspective for Virtual Mirror Therapy Developing a low-cost-high-convenient environment utilising the Wiimote"; Virtual Rehabilitation International

Conference; June 29 2009;

- Lange, B.; Koenig, S.; McConnell, E.; Chang, C.; Juang, R.; Suma, E.; Bolas, M.; Rizzo, A. ; Interactive game-based rehabilitation using the Microsoft Kinect; Virtual Reality Workshops (VR) ; 2012 , Page(s): 171 - 172
- Kam Lai; Konrad, J.; Ishwar , P.; A gesture-driven computer interface using Kinect; Southwest Symposium on Image Analysis and Interpretation (SSIAI); 2012 ; Page(s): 185 – 188
- Libfreeenect: <https://github.com/OpenKinect/libfreenect> . Último acceso 23/10/2012.
- Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) del IMSERSO [recurso on-line] <http://www.ceapat.org> [visitado: 10-09-2012]



Servicios socio-sanitarios y control domótico desde la TV

Miguel Ángel Gómez Carballa

Sonia Valladares Rodríguez

Carlos Rivas Costa

Luis E. Anido Rifón

Universidade de Vigo

Resumen

En este artículo se presenta una nueva Plataforma de servicios sociosanitarios de bajo coste, estándar y abierta, en la que la televisión se convierte en el centro de control de la misma. Un Home Theatre PC conectado al televisor se puede utilizar para proporcionar dichos servicios interactivos, gran parte de ellos denominados de la web 2.0, posibilitando una verdadera convergencia entre Internet y la televisión. Esta propuesta tecnológica mejora: (I) la integración social de las personas mayores y/o con dependencia que pasan gran parte de su tiempo aisladas en el hogar, (II) las capacidades cognitivas al disponer de juegos de ejercitación de memoria y finalmente (II) el acceso a las nuevas tecnologías a estos colectivos, hasta ahora eran reacios a su uso.

Introducción

A través de este artículo se describirá el trabajo realizado por los autores durante el desarrollo de una plataforma de servicios socio-sanitarios accesible desde el televisor, orientada a valorar el papel que juegan las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo.

El núcleo fundamental del trabajo fue la provisión de diferentes servicios sociales interactivos y de control domótico que pueden ser controlados desde un set-top-box o similar conectado a la TV del hogar. Se ha tratado por tanto de investigar y potenciar el desarrollo de herramientas que mejoren la seguridad y la integración de estas personas, que por motivos de edad y/o dependencia pasan gran parte de su tiempo en el hogar con las limitaciones de interacción social que dicha situación conlleva.

Además a lo largo del artículo se presentan los principales resultados de diseño, desarrollo y validación de la plataforma. En particular en el Apartado II se describe el desarrollo llevado a cabo detallando los objetivos, la arquitectura de la plataforma y las principales contribuciones tecnológicas que han dado lugar al sistema. Será en el Apartado III donde se muestren los resultados derivados de la implementación y validación del mismo. Sobre dicho proceso de validación se debe indicar que la plataforma ha sido utilizada en un conjunto de pilotos llevados a

cabo por la Consellería de Trabajo e Benestar dentro del marco del proyecto “0552_Envejecimiento+Activo_1_E”. Finalmente en el Apartado IV será donde se analizan las principales conclusiones derivadas de este trabajo de investigación.

Desarrollo

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue la creación y validación de una Plataforma global de servicios socio-sanitarios vía TV. Para lo cual fue preciso: i) realizar un análisis de aquellos dispositivos de control que mejor se adapten para el control del hogar digital y las principales necesidades funcionales por parte de una persona mayor con algún tipo de discapacidad; ii) crear una serie de servicios socio-sanitarios (e.g. redes sociales, aplicaciones interactivas de la web 2.0, etc.) para personas mayores usando la televisión como principal medio de acceso al sistema, y finalmente, iii) validar dicha plataforma con usuarios reales.

Este objetivo genérico se ha estructurado en los siguientes sub-objetivos:

- 1.- Identificación de los requisitos específicos para este colectivo.
- 2.- Análisis de alternativas.
- 3.- Construcción del sistema
- 4.- Integración de diferentes alternativas en un sistema de prueba
- 5.- Validación del sistema mediante varios pilotos con usuarios reales.

Arquitectura del sistema

El sistema se ha desarrollado utilizando una arquitectura de servicios distribuidos, basada en el paradigma SOA (Service Oriented Architecture). Las funcionalidades del sistema se realizan a través de diferentes servicios web que soportan las comunicaciones a través de protocolos estandarizados (SOAP, WSDL y UDDI).

En particular se ha utilizado como hardware para el sistema de gestión de iTV un Home-Theatre-PC, dispositivo de bajo coste, con una arquitectura abierta, y gran capacidad de interconexión, lo que permite el sencillo desarrollo e integración de nuevos productos y servicios.

En cuanto al software empleado, se optó por la utilización del XBMC, que es un software Media Center de licencia GNU/GPL, como base del sistema cliente. Todo ello sobre una distribución también abierta: Ubuntu/Linux. Dicho SW ofrece ya de por sí un elevado número de funcionalidades de interés para la plataforma (e.g. acceso por streaming a fuentes de video, interfaz personalizada, sistema automatizado de add-ons extensible, etc.) que lo convierten en una plataforma robusta y adecuada para este tipo de desarrollos basados en TV interactiva.

Principales desarrollos tecnológicos

La principal contribución derivada del presente trabajo es el desarrollo, no sólo de la plataforma, sino también de los múltiples servicios que ofrece: socio-sanitarios (ver Ilustración 9) y de control domótico (ver Ilustración 12) integrados sobre un cliente HTPC y accesibles vía la TV del hogar.

En particular se han desarrollado los siguientes servicios y herramientas:

- 1.- Acceso a las principales redes sociales del momento: Facebook y Twitter
- 2.- Aplicaciones generales de internet: YouTube, GoogleEarth, Wikipedia, etc.
- 3.- Servicios de comunicación con cuidadores
- 4.- Sistema de tele-rehabilitación, mediante la inclusión de material especializado y juegos de rehabilitación cognitivos, tal como se muestra en la Ilustración 11
- 5.- Tele-monitorización de determinadas señales biomédicas (e.g. control de tensión arterial)
- 6.- Servicios de tele-asistencia
- 7.- Aplicaciones lúdicas y de entretenimiento



Ilustración 9. Menú de los servicios socio-sanitarios disponibles (e.g. social, salud, internet, información, etc.) y menú de los servicios disponibles de Internet (e.g. Google images, wikipedia, Tv a la carta, etc.)



Ilustración 10. Ejemplo del servicio de acceso a la red social: Facebook. I Menú principal y II Muro



Ilustración 11. Ejemplo de un juego de rehabilitación cognitiva, basado en ordenar secuencias



Ilustración 12. Ejemplo del control domótico de la iluminación del hogar desde la plataforma

Resultados

A continuación se exponen los resultados derivados del desarrollo, investigación y validación de la plataforma global de servicios socio-sanitarios.

Se debe indicar que en el momento de escribir este artículo, se está llevando a cabo su validación con la ayuda de la Consellería de Traballo e Benestar y el soporte del programa POCTEP 2007-2013. Esta validación consiste en un total de cinco pilotos en las cuatro provincias gallegas con la intención de cubrir un mínimo de 40 personas mayores, incluyendo un número notable de personas por encima de los 80 años de edad.

En este momento está a disposición de los autores los primeros resultados de la validación, cuya evaluación se realiza con cada usuario mediante una encuesta previa al uso del sistema, de los cuales se desprenden los siguientes resultados:

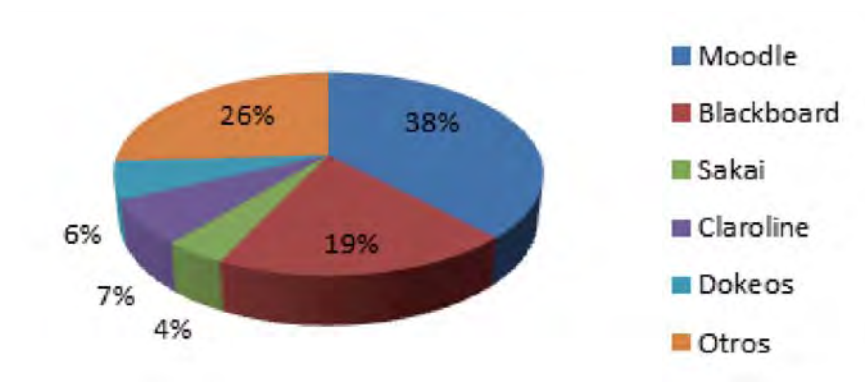
Las expectativas ante el uso de la plataforma por parte de los encuestados son muy altas, ya que en términos generales consideran que esta solución tecnológica les ayudará de forma fácil e intuitiva a acceder a servicios interactivos y sociales, hasta el momento sólo disponibles desde los ordenadores convencionales. A continuación se indican los resultados más concluyentes de la validación:

Cerca del 70% considera que esta plataforma les va a acercar un poco más al mundo tecnológico de lo que lo están en la actualidad.

Cerca del 85% creen que van a tener un control más accesible desde esta plataforma que si tuvieran que acceder desde un ordenador, tal como se muestra en la Ilustración 13.

El 100% de los usuarios dispone de televisor en sus casas y consideran que este dispositivo les resulta más accesible y fácil de usar que un ordenador convencional.

Ilustración 13. Percepción de mayor grado de accesibilidad de la TV frente al PC. (Resultado 83,33%)



Conclusión

Para finalizar con la exposición de este artículo sobre la Plataforma de servicios sociosanitarios vía TV especialmente pensada para favorecer la integración social, el envejecimiento activo y la mejora en la calidad de vida de las personas mayores, se extraen las siguientes conclusiones:

A partir de los primeros resultados que se han recogido en las primeras validaciones realizadas, sí es posible avanzar una muy buena acogida por parte de aquellas personas que están participando en el piloto, ya que consideran que les ayudará a introducirse en las nuevas tecnologías y servicios de la web hasta ahora fundamentalmente accesibles desde los PC, lo cual les producía un rechazo inicial su uso.

Por ello desde el punto de vista de integración de aplicaciones y herramientas de la web 2.0 se puede concluir que la selección de un dispositivo como un HTPC es adecuada por dos motivos fundamentales: en primer lugar su arquitectura abierta facilita el desarrollo e integración de múltiples aplicaciones ya conocidas en el mundo Internet y, en segundo lugar, el hecho de no estar ligado a ningún fabricante concreto permite recibir contribuciones por parte de la comunidad de desarrolladores de software abierto.

Finalmente han de destacarse los servicios de juegos cognitivos e interacción social encaminados a mejorar la calidad de vida y apostar claramente por un envejecimiento activo, aprovechando las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías para ello.

Agradecimientos

La realización de este trabajo ha contado con el apoyo económico del programa PEME I+D E I+D SUMA-TECNOLOXÍAS DA INFORMACIÓN E AS COMUNICACIÓNS (TIC) de la Xunta de Galicia, concretamente dentro del marco del desarrollo del siguiente proyecto: MELLORA DA CALIDADE DE VIDA DE PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA OU DISCAPAIDADE MEDIANTE A APLICACIÓN DA DOMÓTICA E A TELEASISTENCIA (10SEC012E)

Bibliografía

- Harley R. Myler ;“ The convergence of IPTV and HTPC”
- García Alonso (coord.). El Libro Blanco de la I+D+I al servicio de las personas con Discapacidad y de las Personas Mayores. Instituto de Biomecanica, 2003.
- Aerotel E-CliniQ;[recurso on-line] en www.aerotel.com [visitado: 10-09-2012]
- AVIVA; [recurso on-line] <http://www.americantelecare.com>[visitado: 10-09-2012]
- Cardiacom [recurso on-line]: <http://www.cardiacom.com>[visitado: 10-09-2012]
- Eocene System [recurso on-line]: <http://www.infopiausa.com>[visitado: 10-09-2012]
- Wireles Complete Health Monitoring; [recurso on-line] <http://www.andmedical.com> [visitado: 10-09-2012]
- Teleasistencia Siempre Contigo; [recurso on-line] <http://www.alares.es> [visitado: 10-09-2012]
- Teleasistencia ASISPA; [recurso on-line]: <http://www.asispa.org> [visitado: 10-09-2012]
- Teleasistencia CRUZ ROJA; [recurso on-line]: <http://www.cruzroja.es> [visitado: 10-09-2012]
- Teleasistencia EULEN [recurso on-line]: <http://www.eulen.com> [visitado: 10-09-2012]

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Papel de las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo](#)

Índice
Introducción
IDEIA
EDU-HTPC
S.Socio-Sanitarios
Conclusiones
Líneas Futuras ▼



Papel de las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo



- i. [IDEIA: Interfaces y Dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital](#)
- ii. [EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas](#)
- iii. [Servicios socio-sanitarios y control domótico desde la TV](#)

Autores: Miguel Gómez, Carlos Rivas, Sonia Valladares y Luis Anido



Diapositiva 1

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Papel de las nuevas tecnologías en el envejecimiento activo

Envejecimiento activo, Preparando nuestro futuro...

Search Your text here

- I. IDEIA: Interfaces y Dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital
- II. EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas
- III. Servicios socio-sanitarios y control domótico desde la TV

Autores: Miguel Gómez, Carlos Rivas, Sonia Valladares y Luis Anido

1/12 Escuela de Enseñaría de Telecomunicación Universidad de Vigo

Diapositiva 2

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección Introducción...

Trabajo de investigación sobre una **Plataforma global via TV** con:

- i. Interfaces de control adaptadas
- ii. Módulo específico de formación on-line
- iii. Servicios socio-sanitarios

destinada a personas mayores y/o con dependencia en el hogar

- 1- IDEIA**
Dispositivos de control adaptados y accesibles...
Wimote, Kinect, mando TV, tablet, smartphones... / - Cache - Similar
- 2- EDU-HTPC**
Tele-formación sencilla para todos desde el hogar...
Moodle, e-learning... / - Cache - Similar
- 3- Servicios Socio-Sanitarios**
Servicios interactivos socio-sanitarios, sencillos e intuitivos desde el hogar...
Juegos cognitivos, acceso redes sociales, medidas biométricas, web 2.0, control domótico... / - Cache - Similar

2/12 Escuela de Enseñaría de Telecomunicación Universidad de Vigo

Diapositiva 3

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección IDEIA I: Desarrollo del sistema...

Desarrollo

Accesibilidad, adaptabilidad... / - Cache - Similar

- 1 -Arquitectura distribuida SOA, soporta servicios web (SOAP, WSDL y UDDI)
- 2 - HW: ITV ,HTPC y SW: adaptación XMBC, GNU/GPL
- 3 - Interfaces gráficas: 2x2, de barrido
- 4 - Dispositivos de control: Wiimote, kinect, dispositivos móviles, mando TV



3/12 IDEIA: Interfaces y Dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital

Diapositiva 4

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección IDEIA II: Resultados y Validación...

Resultados y Validación

Validación con usuarios reales... / - Cache - Similar

- 1 -Integración exitosa de interfaces gráficas
- 2 -Integración exitosa de dispositivos: Wiimote, Kinect...
- 3 - Accesibilidad universal
- 4 -Wiimote: preferido por 50% (33,33% mando TV y 16,67% restantes)
- 5 -Kinect: coste mayor y dificultad mantenimiento del pulso
- 6 -Tablet, smartphone: poco empleados por los usuarios



4/12 IDEIA: Interfaces y Dispositivos Electrónicos Interactivos Adaptados para el Hogar Digital

Diapositiva 5

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección EDU-HTPC I: Desarrollo del sistema...

Desarrollo

Tele-formación, Moodle... / - Cache - Similar

- 1 - Arquitectura distribuida, modular basada en servicios web SOAP, WSDL y UDDI
- 2 - HTPC: dispositivo bajo coste, alta conectividad, similar a un PC
- 3 - Cliente Moodle integrado (38% de uso frente otros CMS)
- 4 - Cursos online: cuestionarios, pruebas, material multimedia...
- 5 - Aprendizaje intuitivo y sencillo adaptado al usuario (i.e. tamaño de fuente...)



5/12 EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas

Diapositiva 6

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección EDU-HTPC II: Desarrollo del sistema...

Resultados y validación

Tele-formación, Moodle... / - Cache - Similar

- 1 - Valoración contenido digitales: accesibilidad, presentación...
- 2 - Valoración plataforma: funcionalidad, usabilidad...
- 3 - Fortalezas:
 - oFacilidad de acceso,
 - oGrado interactividad
 - oEvaluación intuitiva, sencillos cuestionarios
- 4 - Debilidades:
 - oMejorar herramienta vídeos formativos
 - oIntegrar dispositivos de control más sencillos que el mando TV

6/12 EDU-HTPC: Formación sencilla para todos y todas

Diapositiva 7

Diapositiva 8

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección Servicios socio-sanitarios I: Desarrollo.... Search

Índice
Introducción
IDEIA
EDU-HTPC
S.Socio-Sanitarios
Conclusiones
Líneas Futuras

Desarrollo I

Social, sanitario, web 2.0, juegos cognitivos... / - Cache - Similar

- 1 - Arquitectura distribuida SOA, soporta servicios web (SOAP, WSDL y UDDI)
- 2 - HW: HTPC (bajo coste, alta conectividad...) conectado a TV
- 3 - SW: modificación XBMC (soporte streaming, interfaz personalizada, sistema add-ons...)
- 4 - Múltiples servicios socio-sanitarios:
 - o Acceso a las redes sociales: Facebook y Twitter
 - o Aplicaciones internet: Youtube, Wikipedia, GoogleEarth...



7/12 Servicios socio-sanitarios y control domótico desde la TV

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección Servicios socio-sanitarios II: Desarrollo.... Search

Índice
Introducción
IDEIA
EDU-HTPC
S.Socio-Sanitarios
Conclusiones
Líneas Futuras

Desarrollo II

Social, sanitario, web 2.0, juegos cognitivos... / - Cache - Similar

- 4 - Múltiples servicios socio-sanitarios:
 - o Comunicación con cuidadores y familiares
 - o Tele-rehabilitación, juegos cognitivos, ejercitación memoria...
 - o Tele-monitorización señales biométricas: tensión arterial...
 - o Tele-asistencia
 - o Aplicaciones lúdicas y de entretenimiento
 - o Control domótico del hogar



8/12 Servicios socio-sanitarios y control domótico desde la TV

Diapositiva 9

Diapositiva 10

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

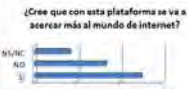
Sección Servicios socio-sanitarios III: Resultados... Search

Índice
Introducción
IDEIA
EDU-HTPC
S.Socio-Sanitarios
Conclusiones
Líneas Futuras

Resultados y Validación

- 5 -Validación mediante pilotos ayudados por Consellería de Trabajo e Benestar (POCTEP 2007-2013)
- 6 -Población testación: 40 personas mayores > 65 años
- 7 -Evaluación pre y post utilización plataforma
- 8 -Principales resultados:
 - o 70% considera que les acercará a las TIC
 - o 85% consideran la plataforma vía TV más accesible que usando un PC
 - o 100% dispone de TV en sus casas y les parece más accesible que un PC

¿Cree que con esta plataforma se va a acercar más al mundo de internet?



Percepción de grado de accesibilidad entre TV y PC



9/12 Servicios socio-sanitarios y control domótico desde la TV

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección Conclusiones... Search

Índice
Introducción
IDEIA
EDU-HTPC
S.Socio-Sanitarios
Conclusiones
Líneas Futuras

Conclusiones finales:

- 1 -La selección HTPC-TV frente a PC totalmente acertada, pues es más accesible, intuitiva e interactiva para las personas mayores
- 2 - Los dispositivos de control integrados proporcionan accesibilidad universal y el más valorado es el Wiimote
- 3 - La plataforma de tele-formación, disminuye la brecha digital y posibilita una formación sencilla para todos y todas
- 4 - Los servicios socio-sanitarios mejoran la integración social y las capacidades cognitivas de los usuarios
- 5 - En general mejora la calidad de vida y fomenta el envejecimiento activo



10/12 Escuela de Enseñanza de Telecomunicación Universidade de Vigo

Diapositiva 11

Diapositiva 12

Índice Introducción IDEIA EDU-HTPC S.Socio-Sanitarios Conclusiones Líneas Futuras

Sección Líneas Futuras... Search

Índice
Introducción
IDEIA
EDU-HTPC
S.Socio-Sanitarios
Conclusiones
Líneas Futuras

Líneas futuras:

- 1 - Mejorar la comunicación (video/audio) y los problemas derivados del tipo de conexión a internet
- 2 - Potenciar los juegos cognitivos, como elemento preventivo y a la vez potenciador del envejecimiento activo.
- 3 - Continuar en la mejora de la accesibilidad: interfaz de barrido, joysticks, pulsadores adaptados...



11/12 Escuela de Enseñanza de Telecomunicación Universidade de Vigo

Fin Autores: Miguel Gómez, Carlos Rivas, Sonia Valladares y Luis Anido

¿Dudas o comentarios?

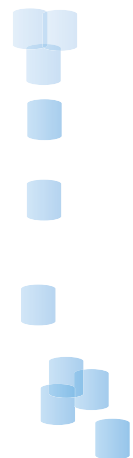
Grazas, Gracias, Thank you ...

Search Your text here



envejecimiento activo XUNTA DE GALICIA Universidade de Vigo

12/12 Escuela de Enseñanza de Telecomunicación Universidade de Vigo



Intervención a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña”

Patricia Varela Sande (Cruz Roja Española)

Laura Nieto Riveiro (Centro IMEDIR de la Universidad de A Coruña)

Introducción

Centro de Día de Mayores de Cruz Roja en A Coruña

El Centro de Día de Cruz Roja en A Coruña se pone en marcha en noviembre de 1994, siendo pionero en su creación en el marco de la comunidad autónoma gallega. En la justificación del proyecto originario del centro se contemplan los siguientes factores que impulsan la creación del centro:

Envejecimiento poblacional, que en el año de apertura del centro se sitúa en el 14% en la ciudad de A Coruña (el barrio de Atochas-Monte Alto, en el que se ubica el centro, es uno de los más envejecidos de la ciudad).

Mayor incidencia de las pluripatologías en las personas mayores.

No existencia de un centro de estas características en la ciudad, que pudiese responder conforme al principio de normalización a las necesidades de las personas, ofreciendo respuestas en su medio, complementando la labor que se realiza desde el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Varios años después de la puesta en marcha del proyecto, el Centro de Día se ha consolidado como un equipamiento de utilidad para las personas mayores y, de forma progresiva, se han ido creando otros centros de características similares, algunos de ellos especializados (ej: atención a personas con Alzheimer).

En sus inicios se trataba de un centro de proximidad al que acudían principalmente las personas del entorno, en el cual se ofrecían dos tipos de atención. Por un lado se encontraba el Club Social, que se trataba de un espacio abierto a la comunidad al que cualquier persona podía acceder libremente y, por otro, el Centro de Día que, además de las actividades que realizaba con los usuarios del propio centro, ofrecía el servicio de comedor social, fisioterapia y lavandería, al que podían acceder personas que no formaban parte del centro.

Tras varios años desde su apertura el centro se orienta hacia la prestación del servicio de tipo rehabilitador, dejando de ser un centro abierto. Acuden al mismo, personas mayores de 60 años con algún tipo de limitación a nivel físico y/o psíquico, pero que no presentan gran dependencia, con el objetivo de evitar institucionalizaciones innecesarias y mejorar su calidad de vida. Posteriormente se amplía el horario del centro y aumentan las plazas para usuarios y profesionales, mejorando de esta forma la calidad del servicio y ofreciendo nuevas actividades.

Actualmente el centro cuenta con 35 plazas, aunque el número de beneficiarios directos varía en función de la ocupación del centro. Las plazas se distribuyen de la siguiente manera: 25 de estancia completa y 10 de media estancia (5 en horario de mañana y 5 de tarde), teniendo la posibilidad de acudir al centro en diferentes horarios.

El centro recibe un importante volumen de demanda, presentando lista de espera a lo largo de todo el año. La metodología de acceso al centro es la siguiente:

Entrevista inicial: se le facilita información completa relativa al funcionamiento del centro a todas las personas interesadas, que suelen acceder directamente al centro sin cita previa.

Ficha de demanda: se facilita el modelo de solicitud propio del centro a aquellas personas que deseen solicitar plaza, explicándole la documentación que deben adjuntar.

Valoración médica y social en el domicilio del solicitante con el fin de valorar la situación física y psíquica, y la capacidad funcional del solicitante. De este modo, se establece un primer contacto con la familia y el usuario en su propio hábitat.

Incorporación del usuario al centro, realizándose en ese momento un reconocimiento físico y psíquico más exhaustivo del/de la usuario/a con el fin de diseñar el plan de atención individual, que se dará a conocer a todo el equipo del centro. Se le entrega a la familia el reglamento interno del centro y se organiza el protocolo de acceso del usuario.

Seguimiento del usuario y baja en el centro: periódicamente se realiza una isovaloración para evaluar los objetivos alcanzados con el/la usuario/a y determinar la continuidad o modificación de los mismos. En caso de que el/la usuario/a presente dificultades para la participación en la actividad del centro, como consecuencia de deterioro experimentado a nivel físico-psíquico-funcional, se valoran con la familia las diferentes opciones alternativas a la estancia en el centro, facilitando toda la información necesaria y definiendo plazos flexibles y ajustados a cada situación.

Justificación

Tal y como se reflejó en el apartado anterior, el envejecimiento progresivo de la población es un hecho constatado desde hace años y, concretamente, la comunidad autónoma de Galicia es la segunda más envejecida de todo el territorio nacional, en la cual el porcentaje de personas mayores asciende a un 22,52 % (aproximadamente 575.000 personas superan los 65 años en Galicia; 1 de cada 4 personas en la comunidad autónoma). En la provincia de A Coruña residen 1.143.359 habitantes mayores, de los cuales el 21,64% tienen más de 65 años y el 3,09% son mayores de 85 años. En concreto, en la ciudad de A Coruña, las personas mayores de 65 años representan un 21,5% del total poblacional (52.902 personas).

A pesar de su importante peso poblacional, las personas mayores aparecen entre los colectivos que menor acceso y uso hacen de las TIC, siendo uno de los grupos poblacionales más afectados por el fenómeno de la brecha digital. Este término se define como la desigualdad generada como consecuencia de la falta de integración de determinados grupos de ciudadanos en las tecnologías y, con ello, en una nueva sociedad que se está configurando cada día. Así, un gran porcentaje de personas mayores no disfruta de las numerosas posibilidades y beneficios que les puede aportar el uso de la tecnología en la misma medida que el resto de ciudadanos.

Las principales barreras o dificultades que se encuentran las personas mayores a la hora de utilizar las TIC, y que explican en muchos casos las bajas tasas de acceso y uso de estos productos, son las siguientes: el diseño de las TIC, que no garantiza su accesibilidad y usabilidad por parte de personas con limitaciones a nivel cognitivo, físico y/o sensorial; la falta de formación y de conocimientos informáticos; el elevado coste económico de los equipos informáticos o del acceso a Internet; la propia actitud de los mayores hacia las TIC, caracterizada por el desconocimiento, el miedo o el rechazo.

Las nuevas tecnologías no siempre son recibidas de manera positiva por las personas mayores y esto se debe, principalmente, a "su complejidad para operar, sus elevados costes y, sobre todo, su incapacidad histórica para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario final".

Existe, por lo tanto, la necesidad de desarrollar productos y entornos tecnológicos cuyo diseño esté centrado en el usuario final, en este caso, las personas mayores, teniendo en cuenta factores como las limitaciones asociadas a la edad (por ejemplo, la fatiga, la ansiedad, el dolor, la pérdida de memoria o la depresión) o el coste económico y profundizando en sus necesidades e intereses. Asimismo, se observa la necesidad de llevar a cabo iniciativas que traten de suplir la falta de formación y de conocimientos informáticos de los mayores.

En base a lo expuesto, se detectó la necesidad de acercar el uso de las TIC a las personas mayores del Centro de Día de Cruz Roja en A Coruña. A continuación se explican los proyectos desarrollados en el centro dirigidos a este fin, cuyo desarrollo ha tenido lugar gracias a la colaboración entre los profesionales del Centro de Día y el

equipo del Centro IMEDIR de la Universidade da Coruña (UDC). Para cada uno de los proyectos, se explica la metodología seguida y los resultados alcanzados.

Proyecto In-TIC en Cruz Roja

El software In-TIC es un sistema de apoyo que facilita y simplifica el acceso al ordenador de personas con discapacidad o personas mayores, funcionando asimismo como un comunicador dinámico. Este software comenzó a desarrollarse en el año 2007 de la mano del Centro IMEDIR de la UDC, con el impulso de la Fundación Orange.

Funciona a través de teclados o plantillas virtuales, conformados por una serie de botones que pueden realizar una o más acciones, por ejemplo, abrir una aplicación, ejecutar un sonido, ir a otro teclado o escribir un texto predeterminado. Los botones pueden ser activados con el ratón convencional o con otra tecnología de apoyo: pulsadores en combinación con un sistema de barrido, ratones adaptados (de bola, tipo joystick, de control cefálico u ocular, etc.), pantallas táctiles, etc.

La descarga del software es gratuita e incorpora teclados de ejemplo que pueden ser utilizados si es que responden a lo que necesita la persona que vaya a utilizarlos. No obstante, se pueden modificar si así se desea o crear nuevos teclados completamente personalizables, tanto a nivel de aspecto visual como de acciones a realizar.

Debido a las ventajas ofrecidas por este sistema de apoyo, se comenzó a desarrollar en 2008 un proyecto de colaboración entre el Centro IMEDIR y el Centro de Día de Cruz Roja basado en la formación o alfabetización digital de algunos de sus usuarios. Así, se trataba de solventar la necesidad existente de desarrollar productos y entornos tecnológicos cuyo diseño estuviese centrado en el usuario final (en este caso, personas mayores con diferentes grados de afectación a nivel físico, psíquico y/o sensorial), a través de una iniciativa de suplía la falta de formación y de conocimientos informáticos de los usuarios.

Esta experiencia trató de recoger los siguientes principios: Formación o aprendizaje a lo largo de toda la vida; Aprendizaje orientado a situaciones reales de la vida cotidiana; Metodología basada en el análisis de la propia experiencia de la persona; Visualización de resultados y comunicación al resto de miembros del grupo; e Importancia de tener en cuenta la motivación de los usuarios, sus características individuales, sus necesidades y capacidades, y las demandas individuales y del entorno.

Se planteó como objetivo general de este proyecto: Intervenir a través de las TIC con un grupo de personas mayores, mediante las adaptaciones necesarias, con el fin de favorecer su autonomía personal y mejorar su nivel de salud.

Como objetivos específicos se establecieron los siguientes:

- Llevar a cabo un programa de intervención con un grupo de personas mayores basado en la alfabetización digital y la estimulación terapéutica a través de las TIC, utilizando para ello el software In-TIC y una metodología de intervención personalizada.
- Estudiar si las TIC presentan un impacto sobre la autonomía personal y la salud de las personas mayores.
- Evaluar y analizar, antes y después de la intervención:
- El nivel de habilidades cognitivas de los usuarios participantes en el proyecto.
- Los conocimientos informáticos adquiridos a lo largo del proceso.
- Su percepción sobre las nuevas tecnologías, su nivel de autonomía personal y su estado de salud.

De los 35 usuarios que asistían en ese momento al centro, participaron finalmente 11, aquellos que cumplían con los criterios de inclusión definidos al inicio del proyecto: Edad igual o superior a los 65 años, Motivación inicial y Habilidades cognitivas estables. De los 11 usuarios participantes, 9 eran mujeres y 2 hombres, siendo la edad media de 79 años. Todos presentaban dificultades para el manejo de las TIC y ausencia de conocimientos informáticos previos. A lo largo del proceso, abandonó uno de los usuarios.

El estudio se prolongó desde septiembre de 2008 a diciembre de 2009, desarrollándose en las siguientes fases:

Evaluación: Durante esta etapa se procedió a la valoración de distintas habilidades y conocimientos previos de los usuarios participantes en el proyecto, a través de distintas herramientas de evaluación. Se realizó asimismo el procedimiento de consentimiento informado con los usuarios participantes, en el que se les explicó de manera

detallada el proyecto, y la revisión de informes de otros profesionales del centro.

A continuación se explica el material empleado para el desarrollo de esta fase:

Montreal Cognitive Assessment (MOCA): Se trata de una escala para la evaluación de habilidades y destrezas cognitivas. Incluye los siguientes ítems: capacidad visuoespacial y ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación. La puntuación total en dicha escala es de 30 puntos y se considera “normal” una puntuación de 26, lo cual indica que la persona no presenta deterioro cognitivo.

Cuestionario de Conocimientos Informáticos Previos: Es un instrumento diseñado por profesionales del Centro IMEDIR, con el que se evaluaron los conocimientos informáticos que poseían los usuarios antes del comienzo del proyecto. Comprende 25 ítems, que valoran el reconocimiento de los componentes de un equipo informático, la identificación de iconos, la ejecución de diferentes acciones con el ordenador, y el uso de aplicaciones y programas, como Internet o Word. Cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 2, siendo (0) la incorrecta realización de la actividad, (1) la correcta realización de la actividad con un grado de apoyo o de supervisión y (2) la correcta realización de la actividad sin ningún grado de apoyo. La puntuación total de la escala es de 50 puntos.

Encuesta de Necesidades y Demandas: Elaborada también por el Centro IMEDIR, recoge los intereses y necesidades de los usuarios en relación con las TIC.

Ficha General de Recogida de Datos: Se empleó este instrumento de elaboración propia para recoger los datos obtenidos a partir de la revisión de informes de otros profesionales del centro.

Documento de Consentimiento Informado y Hoja de Información: Se utilizaron estos documentos durante el procedimiento de consentimiento informado.

Intervención: Esta fase consistió en la implementación del proyecto a través de sesiones de alfabetización digital y estimulación terapéutica a través de las TIC. Dichas sesiones presentaban una duración de entre 45 y 60 minutos y se realizaron con una frecuencia de 1 o 2 veces por semana con cada uno de los grupos en que se dividió al total de usuarios participantes.

Previamente a la realización de la intervención, se llevaron a cabo las siguientes actividades: Adaptación de los equipos informáticos del centro y Diseño de teclados virtuales con el software In-TIC, adaptados a las capacidades e intereses de los usuarios.

Se desarrolló asimismo una metodología de intervención en la que se definieron las actividades a realizar por los usuarios. Esta metodología comprende un conjunto de 25 unidades didácticas, estructuradas en 5 bloques temáticos: Introducción al ordenador y su manejo (Bloque I), Aplicaciones de Windows (Bloque II), Internet y sus posibilidades (Bloque III), Aplicación en Actividades de la Vida Diaria (Bloque IV) y Actividades de Ocio y Participación Social (Bloque V). Dicha metodología se elaboró teniendo en cuenta las necesidades, capacidades, potencialidades e intereses de las personas mayores.

Reevaluación: En esta fase se llevó a cabo la recogida y análisis de los datos, con el fin de comprobar el impacto de la intervención realizada. Se utilizaron para ello diferentes instrumentos de evaluación, algunos ya empleados en la etapa de Evaluación inicial:

MOCA: Se empleó para valorar la evolución de los usuarios en cuanto a sus habilidades cognitivas tras la puesta en marcha del proyecto.

Cuestionario de Evaluación de Conocimientos Informáticos Previos: Este instrumento fue utilizado para determinar el nivel de conocimientos informáticos de los usuarios una vez finalizada la intervención.

Encuesta de Satisfacción con el Proyecto In-TIC: Se trata de un instrumento de elaboración propia en el que se plantean 17 preguntas agrupadas en 4 categorías: Satisfacción personal con el proyecto; Consideraciones sobre la metodología desarrollada; Percepción actual sobre las TIC; y Percepción sobre el incremento en la calidad de vida, autonomía personal e independencia. Cada uno de los 17 ítems se puntúa de 1 (puntuación mínima) a 5 (puntuación máxima), permitiendo obtener una puntuación media para cada una de las categorías.

Guión de entrevista semiestructurada: Se empleó este guión en cada una de las entrevistas individualizadas realizadas con cada usuario participante.

Se obtuvieron como resultados principales los siguientes:

- Tendencia a la mejora en el nivel de habilidades cognitivas de los usuarios, no siendo estadísticamente significativa (incremento de puntuaciones en el MOCA post-intervención).

- Adquisición significativa de conocimientos y habilidades informáticas.
- Disminución del desconocimiento y, en consecuencia, de la actitud previa de miedo y rechazo hacia las TIC.
- Aumento de la motivación, el compromiso y el interés hacia la interacción con las nuevas tecnologías.
- Estimulación del aprendizaje intergeneracional.
- Involucración de los usuarios en ocupaciones o actividades significativas y representativas para ellos.
- Mejora de la percepción de los mayores acerca de las TIC, refiriendo que no se sienten con plena autonomía para manejarlas, pero considerando que con su utilización y su participación en el proyecto había mejorado su independencia, su calidad de vida e incluso su salud.

Una vez finalizado el proyecto, se le dio continuidad a través del mantenimiento del Aula de Informática, que funciona como una actividad más del centro, a la que acuden la mayor parte de los usuarios en horario de mañana o de tarde. Las sesiones son realizadas por una de las auxiliares del centro, llevándose a cabo: fichas de estimulación cognitiva en Word, visualización de Power Point sobre diferentes temáticas, y actividades en relación con Internet (manejo del correo electrónico, lectura de noticias, acceso a vídeos en Youtube, etc.).

Proyecto de Intervención con la pizarra digital interactiva

En abril de 2011 se reanudó la colaboración entre el Centro de Día de Cruz Roja y el Centro IMEDIR de la UDC a través de un proyecto de intervención con una pizarra digital interactiva, combinada con el uso del ordenador convencional e Internet. Los objetivos de este nuevo proyecto son los siguientes:

- Reforzar la adquisición previa de habilidades y conocimientos informáticos.
- Favorecer a las personas mayores el acceso a aplicaciones y recursos web útiles para su vida diaria.
- Potenciar el empleo de las nuevas tecnologías como un recurso de ocio y participación social.
- Responder a las necesidades de las personas mayores en su desempeño ocupacional a través del uso de las TIC.
- Promover el empleo de las TIC como herramienta terapéutica a nivel cognitivo, psicológico, emocional y social.

Participan alrededor de 20 usuarios, en sesiones grupales de una hora de duración, entre una y dos veces por semana. Se siguen dos programas de intervención con cada uno de los grupos: Programa de Actividades de Ocio y Participación social; y Programa de Seguridad y Respuestas ante Situaciones de Emergencia.

En relación con el Programa de actividades de ocio y participación social, se llevaron a cabo diferentes actividades, entre las que cabe destacar: Actividades lúdico-terapéuticas con los CD "Activa tu mente" o la página web "El Casal Digital"; Actividades de orientación espacio-temporal ("Mi línea de vida", "Mis fechas importantes"); Actividades de "Cocina"; Actividades de "Manejo del euro"; "Lectura de prensa" en Internet; "Mañanas o Tardes de Cine"; y "Mañanas o Tardes de Música".

En cuanto al Programa de seguridad en el hogar y respuestas ante situaciones de emergencia, se dirige a prevenir la aparición de caídas o posibles situaciones de riesgo fuera del centro, proporcionar estrategias de actuación ante una emergencia, enseñar pautas saludables de alimentación y reforzar la importancia del ejercicio físico.

Para ello se abordan los siguientes contenidos: conocimiento del botiquín casero; Prevención de caídas; Pautas de seguridad en el hogar; Pautas de seguridad en la calle; Alimentación saludable; e Importancia de la actividad física. No obstante, se tienen en cuenta las necesidades que se detecten a lo largo del proceso de intervención o en la evaluación de nuevos usuarios.

En este programa se enmarcan los siguientes tipos de actividades: Puestas en común o reflexiones grupales sobre diferentes temáticas; Exposiciones teóricas a través de Power Point; Ejercicios prácticos elaborados con el software LIM o el programa Power Point; Ejercicios con materiales reales del centro; Visualización de imágenes para la detección de situaciones peligrosas; Demostraciones por parte de profesionales del centro; Visualización de vídeos de pautas correctas de desplazamiento y reacciones ante una emergencia; y Ejercicios de role-playing.

Los resultados preliminares obtenidos hasta el momento, a partir de la evaluación inicial y el seguimiento realizado, son positivos y permiten observar mejoras en cuanto al ocio y participación social de los usuarios, el mantenimiento o desarrollo de habilidades cognitivas y sociales, y la percepción de las personas mayores sobre sus propias capacidades y potencialidades.

Conclusiones

La puesta en marcha de experiencias como ésta, en la que se combinan dispositivos convencionales con diferentes adaptaciones y una metodología de formación e intervención específica, permite mejorar la accesibilidad a las TIC de las personas mayores y favorecer con ello su integración social y su desempeño ocupacional.

➔ Enlace pdf con la presentación:

[Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña](#)

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña

PATRICIA VARELA SANDE - CENTRO DE DÍA CRUZ ROJA ESPAÑOLA A CORUÑA

LAURA NIETO RIVEIRO - CENTRO IMEDIR DE LA UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Diapositiva 1

Diapositiva 2



Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña

PATRICIA VARELA SANDE - CENTRO DE DÍA CRUZ ROJA ESPAÑOLA A CORUÑA
LAURA NIETO RIVERO - CENTRO IMEDIR DE LA UNIVERSIDADE DIA CORUÑA

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

CENTRO DE DÍA DE MAYORES DE CRUZ ROJA DE A CORUÑA

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 3

Diapositiva 4

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

CENTRO DE DÍA

- Inicio: noviembre 1994, club social y centro de día
- Personas mayores de 60 años
- 35 plazas: 25 jornada completa y 10 medias jornadas
- Profesionales: directora – médico, psicóloga, terapeuta ocupacional, trabajadora social y 5 auxiliares
- Voluntari@s y colaboradores

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

ACCESO AL CENTRO

- ENTREVISTA INICIAL: información del centro y del proceso de acceso
- FICHA DE SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA
- VALORACIÓN EN DOMICILIO: médica y social
- ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO Y FIRMA DE CONTRATO
- INCORPORACIÓN AL CENTRO
- SEGUIMIENTO DE USUARIOS Y BAJA EN EL CENTRO

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 5

Diapositiva 6

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

ACTIVIDADES

- GIMNASIA DE APARATOS
- GERONTOGIMNASIA
- TERAPIA OCUPACIONAL
- ESTIMULACIÓN COGNITIVA
- INFORMÁTICA
- ACTIVIDADES OCUPACIONALES
- ATENCIÓN MÉDICA Y ENFERMERÍA
- ATENCIÓN SOCIAL

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

FORTALEZAS

1 - VOLUNTARIADO

- Ocio y tiempo libre
- Estimulación cognitiva
- Enfermería
- Fisioterapia
- Informática
- Paseos y excursiones

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 7

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

FORTALEZAS

2- FAMILIAS

- GAM
- Escuela de familias

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 8

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

FORTALEZAS

3- APUESTA POR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

- Aula de informática
- Smart brain
- Wii
- Pantalla táctil

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 9

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO In-TIC EN CRUZ ROJA (2008 - ACTUALIDAD)

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 10

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja



Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 11

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

EL PORQUÉ DEL PROYECTO. BENEFICIOS DE LAS TIC

- Interacción social, comunicación, disminución de la soledad y el aislamiento
- Actividades de ocio
- Estimulación cognitiva
- Participación activa en la sociedad



Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 12

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

EL PORQUÉ DEL PROYECTO

CONCEPTOS CLAVE:

- **Sociedad de la información:** el avance y desarrollo continuo de las TIC's en la sociedad actual
- **Acceso a las TIC:** derecho inherente a todas las personas. Sociedad de la información accesible y utilizable para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad
- **Brecha digital:** desigualdad generada como consecuencia de la falta de integración de determinados grupos de ciudadanos en las tecnologías y como consecuencia en la nueva sociedad que se va configurando

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 13

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FILOSOFÍA:

- Necesidad de desarrollar productos y entornos tecnológicos cuyo diseño esté centrado en el usuario final: **Software In-TIC**
- Iniciativas que traten de suplir la falta de formación y de conocimientos informáticos: **Formación o Alfabetización digital**
- “Formación o aprendizaje a lo largo de toda la vida”

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 14

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FILOSOFÍA:

- Aprendizaje orientado a situaciones reales de la **vida cotidiana**
- Metodología basada en el análisis de la propia **experiencia** de la persona
- Visualización de resultados y **comunicación** al resto de miembros del grupo

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 15

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FILOSOFÍA:

- Motivación
- Características individuales de cada persona: intereses, aficiones, ritmo de aprendizaje, hábitos de trabajo, etc.
- Necesidades y capacidades
- Demandas individuales y del entorno

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 16

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

OBJETIVO GENERAL:

- Intervenir a través de las TIC con un grupo de personas mayores, mediante las adaptaciones necesarias, con el fin de favorecer su autonomía personal y mejorar su nivel de salud

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 17

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Llevar a cabo un programa de intervención con un grupo de personas mayores basado en la alfabetización digital y la estimulación terapéutica a través de las TIC, utilizando para ello el software In-TIC y una metodología de intervención personalizada.
- 2) Estudiar si las TIC presentan un impacto sobre la autonomía personal y la salud de las personas mayores.

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 18

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3) Evaluar y analizar, antes y después de la intervención:
 - El nivel de habilidades cognitivas de los usuarios participantes en el proyecto.
 - Los conocimientos informáticos adquiridos a lo largo del proceso.
 - Su percepción sobre las nuevas tecnologías, su nivel de autonomía personal y su estado de salud.

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 19

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

ÁMBITO DE ESTUDIO:

- Número total de usuarios: 35
- Patología prevalente: demencia
- No dependencia severa
- Necesidades en áreas de desempeño ocupacional: AVD, ocio, participación social, etc.
- Diversidad funcional con distinto grado de afectación a nivel cognitivo, físico, sensorial y/o social

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 20

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

PARTICIPANTES:

- 11 usuarios; 1 abandono
- 9 mujeres y 2 hombres
- Edad media: 79 años
- Motivación inicial
- Ausencia de conocimientos informáticos previos
- Dificultades para el manejo de las TIC

Criterios de inclusión:

- Edad igual o superior a 65 años
- Motivación inicial
- Habilidades cognitivas estables

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 21

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

Participantes	Sexo	Edad	Conocimientos informáticos previos	Dificultades en el manejo de las TIC			Motivación
				Cognitiva	Sensorial	Física	
Usuario 1	F	86	1	3	Visual	1	4
Usuario 2	F	83	1	1	Visual	4	4
Usuario 3	F	87	1	3	Visual y Auditiva	2	4
Usuario 4 (baja)	M	71	1	3	Visual	1	2
Usuario 5	F	85	1	2	Visual	3	3
Usuario 6	F	68	2	1	Visual	4	4
Usuario 7	M	90	1	2	Visual	3	2
Usuario 8	F	79	1	3	Visual	3	3
Usuario 9	F	86	1	3	Visual	1	3
Usuario 10	F	77	1	4	Visual	2	3
Usuario 11	F	92	1	4	Visual	3	4

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 22

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

PERÍODO DE ESTUDIO:



Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 23

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FASES DEL PROYECTO:

- 1) Evaluación
- 2) Intervención
- 3) Reevaluación

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 24

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FASE 1 – EVALUACIÓN INICIAL:

- Consentimiento informado
- Evaluación inicial de los usuarios
- Revisión de informes de otros profesionales

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 25

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FASE 2 – INTERVENCIÓN:

- Sesiones de formación digital y estimulación terapéutica a través de las TIC
- 45-60 min./sesión; 1-2 veces/semana
- Grupos de 3-4 usuarios



Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 26

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FASE 3 – REEVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

- Recogida de información:
 - Instrumentos de evaluación
 - Entrevistas personales
- Análisis de datos:
 - Programa estadístico SPSS
 - Análisis del contenido de las entrevistas

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 27

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FASES I Y 3 – MATERIAL:

- Ficha General de Recogida de Datos
- Encuesta de Necesidades y Demandas
- Cuestionario de Evaluación de Conocimientos Informáticos
- Montreal Cognitive Assessment (MOCA)
- Encuesta de Satisfacción con el Proyecto In-TIC
- Guión de entrevista semiestructurada, grabaciones y cuaderno de campo

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 28

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

FASE 2 – MATERIAL:

- Software  : personalización y simplificación del ordenador a través de teclados virtuales
- Metodología de intervención: 25 unidades didácticas, estructuradas en 5 bloques temáticos



Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 29

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN:

- Bloque I. Introducción al Ordenador y su manejo (4)
- Bloque II. Aplicaciones de Windows (5)
- Bloque III. Internet y sus posibilidades (7)
- Bloque IV. Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (3)
- Bloque V. Ocio y Participación social (6)

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 30

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

RESULTADOS:

- Tendencia a la mejora en las habilidades cognitivas
- Adquisición significativa de conocimientos y habilidades informáticas
- Mejora en la percepción de las personas mayores participantes
- Disminución del desconocimiento y de la actitud de miedo y rechazo
- Gran motivación, compromiso e interés hacia la interacción a través de las TIC
- Estimulación del aprendizaje intergeneracional

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 31

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Alzheimers de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

RESULTADOS:

- Involucración en ocupación significativas
- Alternativa para satisfacer necesidades en áreas de desempeño ocupacional
- Mejora de la autonomía personal y calidad de vida
- Impacto relevante sobre la salud
- Integración en el entorno y en una nueva sociedad que se configura cada día

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 32

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Alzheimers de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

CONTINUIDAD...

Participantes

- AÑO 2010: 14
- AÑO 2011: 10
- AÑO 2012: 12

Distribuidos en grupos de 3 a 4 usuarios, en función del nivel de habilidades cognitivas, destrezas de interacción social, ritmos de aprendizaje e intereses comunes

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 33

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Alzheimers de Cruz Roja

PROYECTO IN-TIC EN CRUZ ROJA

CONTINUIDAD...

Actividades:

- Fichas de estimulación cognitiva en Word
- Visualización de Power Point sobre diferentes temáticas
- Actividades en Internet: videos en Youtube, correo electrónico, lectura de prensa, etc.

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 34

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Alzheimers de Cruz Roja

PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LA PIZARRA DIGITAL INTERACTIVA (2011 - Actualidad)

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 35

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Alzheimers de Cruz Roja

PROYECTO PDI

OBJETIVOS:

- Reforzar la adquisición de habilidades y conocimientos informáticos
- Favorecer a las personas mayores el acceso a aplicaciones y recursos web útiles para su vida diaria
- Potenciar el empleo de las nuevas tecnologías como un recurso de ocio y participación social

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 36

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Alzheimers de Cruz Roja

PROYECTO PDI

OBJETIVOS:

- Responder a las necesidades de las personas mayores en el uso de las TIC y en su desempeño ocupacional
- Promover el empleo de las TIC como herramienta terapéutica a nivel cognitivo, psicológico, emocional y social
- Fomentar la participación e interacción grupal, el trabajo en equipo y la resolución común de problemas

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Diapositiva 37

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

INTERVENCIÓN CON PDI

PARTICIPANTES:

- 24 personas mayores del centro
- 21 mujeres y 3 hombres
- Edad media: 85 años
- Necesidades a nivel de AVD, ocio y/o participación social
- Dificultades a nivel cognitivo, físico o sensorial para el manejo del ordenador convencional
- Divididos en grupos de entre 3 y 6 usuarios

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 38

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

INTERVENCIÓN CON PDI

MATERIAL PARA LA INTERVENCIÓN:

- Pizarra Digital Interactiva
- Ordenador portátil con conexión a Internet
- Proyector
- Actividades de elaboración propia en LIM o Power Point
- Recursos web gratuitos, aplicaciones informáticas convencionales, etc.

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 39

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

INTERVENCIÓN CON PDI

PROGRAMA DE OCIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL:

Actividades realizadas:

- Actividades lúdico-terapéuticas: "Activa tu mente", "El Casal Digital", etc.
- Actividades de orientación espacio-temporal: Mi línea de vida, Mis fechas importantes, etc.
- AIVD: Cocina, Manejo del euro, etc.
- Lectura de prensa
- Mañanas/Tardes de Cine y Música

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 40

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

INTERVENCIÓN CON PDI

PROGRAMA DE SEGURIDAD EN EL HOGAR:

Contenidos abordados:

- Conocimiento del botiquín casero
- Prevención de Caídas
- Pautas de Seguridad en el Hogar
- Pautas de Seguridad en la Calle
- Alimentación saludable
- Importancia de la actividad física



Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 41

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

CONCLUSIONES Y AGRADECIMIENTOS

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 42

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de experiencias como ésta, en la que se combinan dispositivos convencionales con diferentes adaptaciones y una metodología de formación e intervención específica, permite mejorar la accesibilidad a las TIC de las personas mayores y favorecer con ello su integración social y su desempeño ocupacional.

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 43

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

AGRADECIMIENTOS

- A los usuarios del Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña que participaron en el proyecto a lo largo de estos años
- A todos aquellos profesionales que colaboraron en la realización del mismo
- Al apoyo e impulso recibido por parte de la Fundación Orange, en cuanto a la implementación del sistema In-TIC en el centro, y por parte de la Obra Social La Caixa, en relación con el desarrollo de la metodología de alfabetización digital y estimulación terapéutica

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 44

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja



MUCHAS GRACIAS

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 45

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 46

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Groba González B, Nieto Riveiro L. Integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Experiencia en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña. En: Nieto L, Groba G, Pousada T, Pereira J, editores. Aplicación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la vida diaria de las personas con discapacidad. A Coruña: Universidade da Coruña, Fundación Orange; 2012. p. 43-56.
- Nieto Riveiro L, Groba González B, Servia Fitza F. Experience using Information and Communication Technologies with Elderly People. En: Pereira J, editors. Handbook of Research on Personal Autonomy Technologies and Disability Informatics. United States of America: IGI Global; 2011. p. 346-357.

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Diapositiva 47

Intervención a través de las TIC en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Groba González B, Nieto Riveiro L, Pereira Loureiro J, Pousada García T, Moreiras Lorenzo A, Mourellos Sánchez I. Proyecto In-TIC: Integración de las Personas con Diversidad Funcional en las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2009; 6 (10): [28 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/revision1.pdf>
- Grande R, Pereira MA, Mato V, Pazos A. Accesibilidad de las personas mayores a las tecnologías de la información y la comunicación: Situación actual en España. En: Pereira J, Martínez LA, Fuentes JL, Vázquez JM (editores). Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Autonomía Personal, Dependencia y Accesibilidad. Santiago de Compostela: Fundación Alfredo Brañas; 2008. p. 93-114.

Cada vez más cerca de las personas  **Cruz Roja Española**

Comunicación:

Implicaciones sociosanitarias del envejecimiento

- Trabajo social clínico. Modelo de prevención y promoción para la salud.

M^a José Lozano Lorenzo.

- Constelaciones familiares: un modelo de intervención para un envejecimiento activo.

Alfredo Gómez Pedra.

- Característica sociodemográficas y clínicas de las personas mayores que cuidan de personas en situación de dependencia en Galicia.

Patricia Otero Otero, Ángela Juana Torres Iglesias, Fernando Lino Vázquez González, Elisabet Hermida García y Olga Díaz Fernández.

- Diseño de Investigación-acción sobre factores asociados a conductas indicativas de somnolencia nas sesións grupais de intervención cognitiva.

María Campos Magdaleno.

Trabajo social clínico. Modelo de prevención y promoción para la salud

Maria Jose Lozano Lorenzo

Complejo hospitalario de Pontevedra

Introducción

El impacto de los factores psicosociales en la calidad de vida de los individuos es tan directa, que se hace apremiante la búsqueda de procedimientos técnicos que garanticen la máxima efectividad en la intervención profesional, tanto médica como de carácter social. La transformación de los riesgos psicosociales —bajos ingresos económicos, escaso nivel educativo, etcétera— en problemas psicosociales —desestructuración familiar, violencia de género, delincuencia, etcétera— se puede prevenir eficazmente con una intervención profesional adecuada, con múltiples beneficios.

El proceso de salud/enfermedad en los seres humanos se ve modificado, inevitablemente, a lo largo del ciclo de la vida. Hay muchas variables que influyen y/o determinan el bienestar personal. Desde la genética biológica y cargas familiares sistémicas, pasando por las condiciones de vida, hasta el momento económico y político de un país, ocurren cambios constantes, tanto de índole física, psíquica e existencial, fruto de la interacción con el medio socioambiental.

Si dichas condiciones son favorables, el individuo tiene la oportunidad de desarrollarse plenamente y gozar de su salud. Sin embargo, existe evidencia de que la enfermedad presenta un gran impacto negativo en la calidad de vida, ocasionando un gran sufrimiento tanto a las personas que la padecen como a las que conviven con ellas.

Prevenir situaciones de riesgo e intervenir directamente en la calidad de vida de las personas es la manera más eficiente para alcanzar un mayor y adecuado desarrollo social. Una población sana en términos macroeconómicos, es más productiva y genera menos gastos para un país, incrementando a su vez los recursos disponibles para conseguir mayores logros sociales. Nos acercamos con ello a las características de un Estado de Bienestar.

La cefalea primaria es una de las razones de consulta más frecuente en la práctica clínica habitual. Es, además, uno de los principales motivos de derivación desde asistencia primaria al neurólogo. Un trabajo preventivo, sistemático y constante con respecto a esta dolencia supone un ahorro implícito importante, ya que su coste socioeconómico es elevado, tanto directamente, por el gasto sanitario que ocasiona, como indirectamente, por la disminución de la productividad laboral (Smith y Stewart 2004).

Los factores psicosociales tienen un papel relevante en las cefaleas primarias, sobre todo de tipo tensional y migraña, ya que pueden agravar o precipitar este tipo de cefalea (Hasvold y Rasmussen, 1996).

El abordaje de estos factores por profesionales del Trabajo Social Clínico puede mejorar la situación psicosocial y, como coadyuvante al tratamiento médico convencional, reducir el riesgo de progresión o aumento en intensidad del dolor de cabeza (Ituarte, 1992).

Hoy día, el campo de la medicina se abre cada vez más hacia modelos profesionales que ayuden a encontrar o, más exactamente, a que los pacientes se encuentren con dicho potencial y sean los propios protagonistas en su proceso de sanación. El Trabajo Social Clínico —a partir de ahora TSC—, por otra parte, está a disposición de todas aquellas profesiones y profesionales que necesiten de su intervención psicosocial (Shapiro y Applegate, 2005).

El presente trabajo es el fruto de una colaboración entre neurólogos y trabajador social clínico en el que los primeros beneficiarios son los pacientes; pero, secundariamente, también se beneficia el propio sistema sanitario.

Se expone una experiencia innovadora del Trabajo Social Clínico aplicado a la neurología, concretamente en pacientes con cefalea tensional y/o migraña. Asimismo, se avala la sinergia que genera el trabajo interdisciplinar. Destaca la mejoría significativa en la calidad de vida de dichos pacientes. De éstos, 20.80 por ciento son Cuidadores Principales de Personas Dependientes.

Metodología:

Se ha realizado un estudio prospectivo en un periodo de siete años, desde el 2 de enero de 2003 al 2 de enero de 2010, en el Complejo Hospitalario de Pontevedra, Galicia, España, que sirve de referencia a una población mixta rural-urbana de aproximadamente 320 mil habitantes, al norte de la provincia. Tiene una capacidad de 600 camas.

Todos los pacientes incluidos en este trabajo padecían enfermedades neurológicas. La mayoría, cefalea tensional y/o migraña, pero también otras, tal como se muestra más adelante en la gráfica 1, que corresponde a diagnósticos.

El protocolo de actuación comenzaba cuando el paciente acudía al especialista. El neurólogo remitía secuencialmente a la trabajadora social clínica a los pacientes con cefalea y/o migraña refractarios al tratamiento médico, según la opinión o dicho del clínico o el propio paciente. Los pacientes con otras enfermedades acudieron por decisión propia, una vez que el neurólogo les ofreció el recurso psicosocial para ayudarlos a llevar mejor su proceso. En todos los casos se solicitó su consentimiento.

La calidad de vida fue estimada mediante el cuestionario SF-12, realizado antes de la intervención del proceso del TSC y un mes después. El término “calidad de vida” pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, ello desde el punto de vista del propio enfermo. El instrumento utilizado, la escala SF-12, valora ocho dimensiones o subescalas de la calidad de vida: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

La función física, el rol físico y el dolor corporal reflejan el componente físico de la salud. La función social, el rol emocional y la salud mental recogen los aspectos psicosociales, los cuales, junto con la vitalidad y la salud general, dan una idea global de la salud subjetiva que se asocia tanto con los aspectos físicos como con los mentales, que corresponden al índice sumario del componente físico y mental (The International Classification of Headache Disorders, 2004).

El mencionado cuestionario es una forma abreviada del SF-36. En España ha sido validado por autores tales como Gemma Vilagut, José María Valderas, Montserrat Ferrer y otros (2008). Este grupo encontró que los componentes sumarios físico y mental calculados con pacientes españoles son fiables y válidos.

La metodología utilizada con estos pacientes tiene el marco del Trabajo Social Individualizado o de Casos (Northen, 1995) y el contenido de esta relación bidireccional, trabajador social-paciente, se basa en las técnicas y terapias psicosociales que van a la vanguardia en la ayuda asistencial, como la psicoterapia sistémica con Constelaciones Familiares de Bert Hellinger (Weber, 2001) y técnicas de comunicación de Milton Erickson (Rosen, 1986), entre otras. También se acompaña un audio de entrenamiento sofrológico y centramiento (Abrezol, 1996). Para todo ello, se ha diseñado un Programa de Autoayuda, PROAA, donde se enseña y habitúa a los pacientes en estas técnicas durante siete sesiones individualizadas, de una hora cada una, a lo largo de dos meses. Después se realizan seguimientos periódicos hasta que el paciente consigue la habilidad y ya no necesita continuidad con el terapeuta.

En términos anglosajones, utilizados en español, sería coaching, counselling o personal training, donde la dinámica del proceso la marca el paciente, indicando sus objetivos; el profesional va con él un trayecto, indicándole la manera de conseguirlos; después aquél continúa solo.

En una primera entrevista, antes de comenzar el PROAA, se explica el contenido al paciente, y el profesional constata si aquél puede realizarlo o tiene que ser derivado a otro profesional de salud mental u otro.

El PROAA utiliza el Modelado Conductual Desarrollativo® (DBM®), creado por el psicólogo y científico escocés John McWhirter (2005). El Modelado tiene como objetivo generar cambios efectivos y duraderos en la persona. Para ello incita a la comprensión de qué, cómo y por qué hacemos nuestro comportamiento y nuestras relaciones. Se trata de aprender sobre uno mismo de manera continua, identificar conductas útiles —para repetirlas— y las no útiles —para cambiarlas—. Se centra en el cliente y opera a un nivel profundo de comprensión. Se basa en las necesidades de la persona de manera holística, llegando a la parte transpersonal del Trabajo Social Clínico (Cooper y Granucci, 2008). La manera de interactuar con el medio social y el ambiente familiar dictamina la salud y/o enfermedad. Este tipo de ayuda terapéutica contribuye a reducir el estrés y la ansiedad en situaciones concretas, como es el caso de las Cuidadoras Principales de Personas Dependientes (Pinquart y Sorensen, 2003). El DBM® ha modelado la Programación Neurolingüística (PNL), metodología que se define de forma general como “el arte y la ciencia de la excelencia personal”. Existe mucha literatura sobre el tema, nacido a principios de los años setenta de la mano de dos norteamericanos, John Grinder y Richard Bandler. Estos autores se basaron en tres pioneros de la comunicación, la terapia y el cambio: Fritz Perls —creador de la terapia Gestalt—, Virginia Satir —terapia familiar— y el psiquiatra e hipnoterapeuta Milton Erickson. La PNL se basa en varias presuposiciones, una de ellas es que “todos disponemos de los recursos necesarios para orientar y manejarnos en la vida” (Dilts, 2008) y, a su vez, propone una metodología eficaz usada en el PROAA.

Estudio estadístico

Las variables categóricas se indican con frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables continuas se muestran con la media y la desviación típica. Para la comparación de los indicadores de salud física y mental utilizados antes y después de la aplicación del PROAA, utilizamos la prueba t para datos pareados. Se considera como significativa una $p < 0.05$.

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata 10® (Texas).

Resultados:

Se incluyeron en el estudio los 252 pacientes vistos en nuestra unidad entre 2003 y 2010 que acabaron el programa de los 441 remitidos —57.10 por ciento del total—. Su edad media resultó de 36.60 ± 15.51 años. La distribución de los diagnósticos por los que se remitió a los enfermos se indica en la gráfica 1. En la gráfica 2 mostramos la distribución por sexo de los mismos. En la gráfica 3 exponemos el porcentaje de Cuidadores de Personas Dependientes sobre el total de individuos estudiados. Finalmente, en la gráfica 4 indicamos las puntuaciones medias obtenidas en la salud mental y física percibidas en la escala SF 12, antes y después de la aplicación del programa, resultando su mejoría estadísticamente significativa en ambos casos. La salud física percibida asciende de 38.27 ± 9.93 a 48.94 ± 7.84 — $p < 0.001$ — y la salud mental percibida pasa de 31.03 ± 11.68 a 47.71 ± 8.68 — $p < 0.001$ —.

Discusión:

El malestar de una persona que viene derivado de un entorno problemático u hostil va a determinar su grado de salud, y, en el caso de los pacientes neurológicos, dicho entorno puede agravar su patología. Sólo incluyendo aspectos vitales del individuo en el proceso de sanación, como su autoestima, su manera de comunicarse, sus cargas familiares sistémicas, su situación personal, laboral, etcétera, se puede contribuir al incremento de su bienestar.

En este trabajo realizado con pacientes neurológicos, ha resultado que 20.80 por ciento eran CP de PD, lo cual confirma con respecto a los factores psicosociales que pueden predisponer o contribuir a generar síntomas somáticos, en este caso, el dolor de cabeza (Valdés y Flores, 1985).

Estos datos, además de un aporte terapéutico, son un excelente instrumento de manejo sociosanitario.

La intervención del TSC con este PROAA repercute positivamente en el área de la neurología, sobre todo en la calidad de vida de enfermos que sufren de patologías con escaso margen terapéutico; en la reducción de la frecuencia de consultas; en la disminución del consumo de procedimientos diagnósticos; así como en las dificultades de relación apropiada médico-paciente. Se trata de pacientes con patologías habitualmente crónicas que suponen un alto índice de revisiones en consultas ambulatorias y que al dejar de acudir a ellas, generan un beneficio en el coste de oportunidad —las consultas quedan disponibles para otro tipo de patologías—, reduciendo la lista de espera.

Finalmente, como terapia adyuvante puede redundar en un ahorro notable en el consumo de fármacos.

GRÁFICAS

Gráfico 1: Distribución de diagnósticos de los pacientes

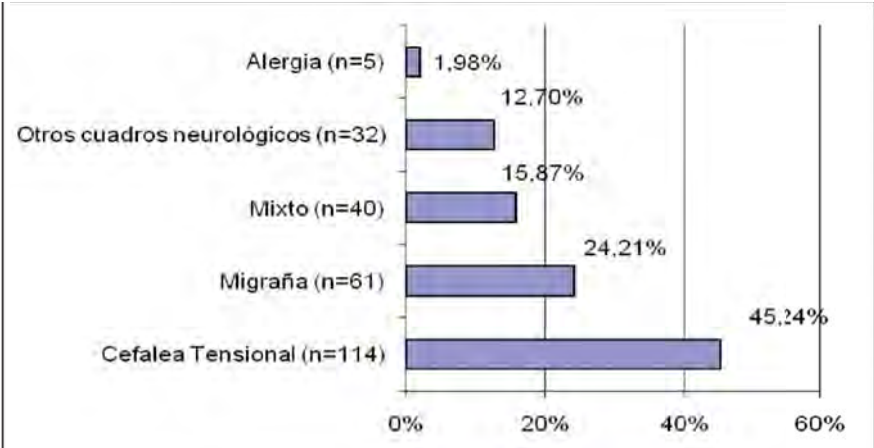


Gráfico 2: Distribución por sexo de los pacientes

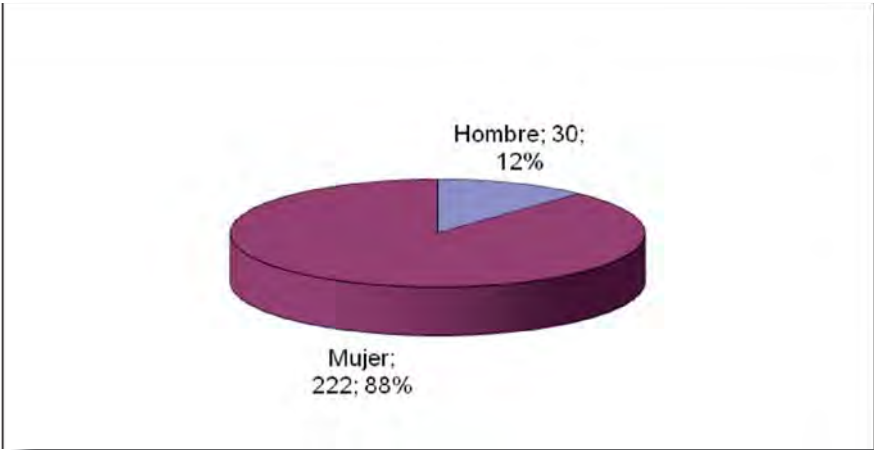
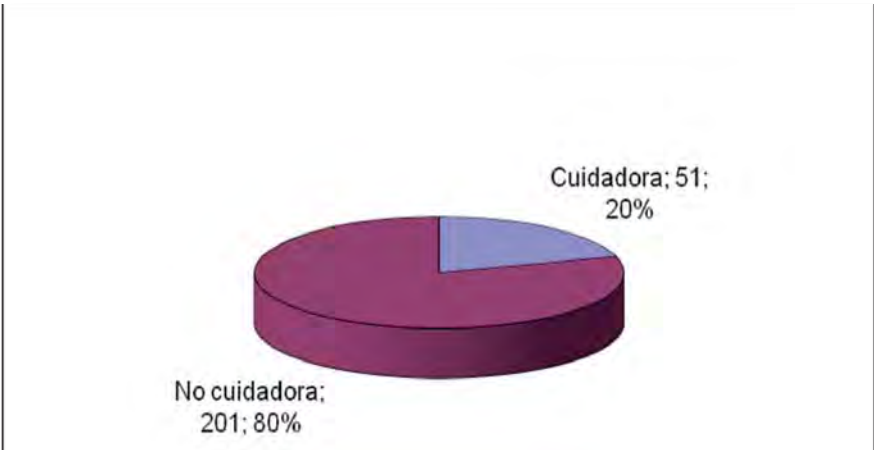


Gráfico 3: Ocupación de los pacientes



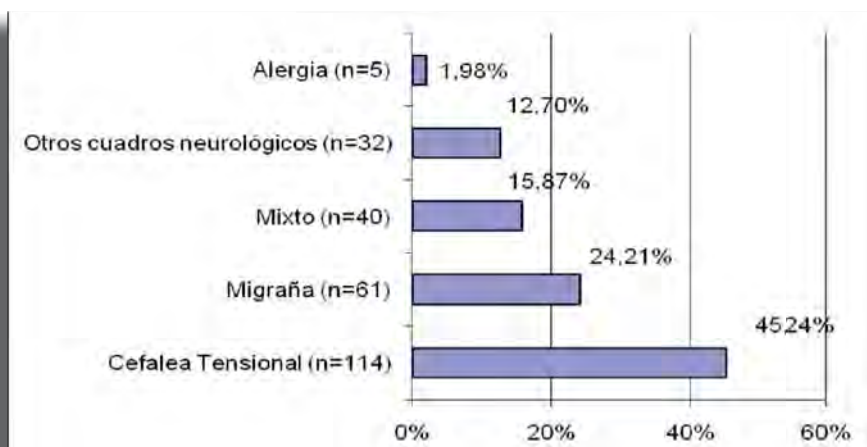


Gráfico 4: Salud Física y Mental percibidas antes y después del PROAA. Cuestionario SF-12

Bibliografía

- Abrezol, Raimond (1996). Sofrología. Barcelona : Robinbook.
- Applegate, Jeffrey y Janet Shapiro (2005). Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practise. Boston : Norton W.W.
- Cooper, Marlene y Joan Granucci (2008). Clinical Social Work Pratise. Boston: Pearson Educative.
- Dilts, Roberts (2008). "Creación de modelos con PNL". Barcelona :. Urano
- Danura, J. H y J.E Morgan (1990). "Psychosocial effects on inmune function : neuroendocrine pathways". Psychosomatics, núm 31, pp. 4-12.
- Erickson, Milton y Lawerence ,Ernest (1992). El hombre de febrero . Apertura hacia la conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia. Buenos Aires : S.A. Amorrortu editores.
- Grinder, John y Bandler, Richard (2001). De sapos a príncipes. Mostoles : Gaia ediciones.
- Hasvold T, Johnsen R y OH Forde (1996). "Non-migrainous headache, neck or shoulder pain, and migraine difference in association with background factors in a city population". Scand J Prim Health Care; núm. 14, pp 92-99.
- Hellinger, Bert. (2006). Los órdenes de la ayuda. Buenos Aires: Alma LépiK.
- Ituarte, Amaya (1992). Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico. Madrid : Siglo XXI.
- McWhirter, John (2005). Development Behaviour Modelling (DBM®). Disponible en www.sensorsystems.co.uk, (Recuperado el 7 /11/ 08).
- Rasmussen, BK (1992). "Migraine and tension-type headache in a general population: psychocosomal factors". Int J. Epidemiol; núm. 21, pp 138-143.
- Northen Helen (1995). Clinical Social Work. Knowledge and Skills. New York : Columbia University Press.
- Perls, Fritz (2002). Sueños y existencia : terapia gestáltica. Madrid : Cuatro vientos.
- Pinquart, Martin y Silvia Sörensen (2003). "Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis". Psychol Aging; núm. 18, pp. 250-267.
- Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD y ML.Reed (1992). "Prevalence of migraine in the United States". JAMA num. 267, pp, 64-69.
- Smith, TR.(2004). "Epidemiology and impact of headache: an overview". Prim Care núm 31, pp. 237-41.

- Sacks, Oliver (2004). El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Anagrama.
- Satir, Virginia (2004). Autoestima. México : PAX México.
- Satir, Virginia (2005). En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás. México: Pax México
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2008). Disponible en www.segg.es, (Recuperado el 7 /11/08).
- The International Classification Of Headache Disorders. (2004). Revista Cephalalgia.
- Valdes, Manuel y T De Flores (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona : Martinez Roca.
- Vilagut. G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, JM., et al. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España : componentes físico y mental .Revista Médica Clínica, vol. 130, num. 19, pp.726-735.
- Vitaliano, PP; Zhang, JY y JM Scanlan. (2003). "Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis". Psychol Bulletin, núm 129, pp. 946-972.
- Weber, Guntard (2001). Felicidad dual. Hellinger y su psicoterapia sistémica. Barcelona : Herder

➡ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Trabajo social clínico. Modelo de prevención y promoción para la salud.](#)

TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

- MODELO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD.
- M^a José Lozano Lorenzo. Trabajadora Social . Complejo Hospitalario de Pontevedra (Galicia, España).



Diapositiva 1

TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

- MODELO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD.
- M^a José Lozano Lorenzo. Trabajadora Social . Complejo Hospitalario de Pontevedra (Galicia, España).

Diapositiva 2

PROCESO DE SALUD FACTORES INFLUYENTES

- Genética biológica
- Cargas familiares sistémicas
- Condiciones de vida –estilos de vida saludables
- Momento económico y político del país
- Cambios físicos-psíquicos-existenciales

Diapositiva 3

DOLOR DE CABEZA

- La cefalea primaria es una de las razones de consulta más frecuente en la práctica clínica habitual. Es, además, uno de los principales motivos de derivación desde asistencia primaria al neurólogo. Un trabajo preventivo, sistemático y constante con respecto a esta dolencia supone un ahorro implícito importante, ya que su coste socioeconómico es elevado, tanto directamente, por el gasto sanitario que ocasiona, como indirectamente, por la disminución de la productividad laboral (Smith y Stewart 2004).

Diapositiva 4

FACTORES PSICOSOCIALES

- Los factores psicosociales tienen un papel relevante en las cefaleas primarias, sobre todo de tipo tensional y migraña, ya que pueden agravar o precipitar este tipo de cefalea (Häsvold y Rasmussen, 1996).

Diapositiva 5

TRABAJO SOCIAL SANITARIO

- El abordaje de estos factores por profesionales del Trabajo Social Clínico puede mejorar la situación psicosocial y, como coadyuvante al tratamiento médico convencional, reducir el riesgo de progresión o aumento en intensidad del dolor de cabeza (Ituarte, 1992).

Diapositiva 6

NEUROLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

- El presente trabajo es el fruto de una colaboración entre neurólogos y trabajador social clínico en el que los primeros beneficiarios son los pacientes; pero, secundariamente, también se beneficia el propio sistema sanitario.
- Se expone una experiencia innovadora del Trabajo Social Clínico aplicado a la neurología, concretamente en pacientes con cefalea tensional y/o migraña. Asimismo, se avala la sinergia que genera el trabajo interdisciplinar. Destaca la mejoría significativa en la calidad de vida de dichos pacientes. De éstos, 20.80 por ciento son Cuidadores Principales de Personas Dependientes.

Diapositiva 7

ESTUDIO SOCIOSANITARIO

- Se ha realizado un estudio prospectivo en un periodo de siete años, desde el 2 de enero de 2003 al 2 de enero de 2010, en el Complejo Hospitalario de Pontevedra, Galicia, España, que sirve de referencia a una población mixta rural-urbana de aproximadamente 320 mil habitantes, al norte de la provincia. Tiene una capacidad de 600 camas.
- Todos los pacientes incluidos en este trabajo padecían enfermedades neurológicas.

Diapositiva 8

MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

- La calidad de vida fue estimada mediante el cuestionario SF-12, realizado antes de la intervención del proceso del TSC y un mes después. El término "calidad de vida" pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, ello desde el punto de vista del propio enfermo. El instrumento utilizado, la escala SF-12, valora ocho dimensiones o subescalas de la calidad de vida: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Diapositiva 9

METODOLOGÍA

- La metodología utilizada con estos pacientes tiene el marco del Trabajo Social Individualizado o de Casos (Northern, 1995) y el contenido de esta relación bidireccional, trabajador social-paciente, se basa en las técnicas y terapias psicosociales que van a la vanguardia en la ayuda asistencial, como la psicoterapia sistémica con Constelaciones Familiares de Bert Hellinger (Weber, 2001) y técnicas de comunicación de Milton Erickson (Rosen, 1986), entre otras. También se acompaña un audio de entrenamiento sofrológico y centramiento (Abrezol, 1996).

Diapositiva 10

PROGRAMA DE AUTOAYUDA

- Para todo ello, se ha diseñado un Programa de Autoayuda, PROAA, donde se enseña y habitúa a los pacientes en estas técnicas durante siete sesiones individualizadas, de una hora cada una, a lo largo de dos meses. Después se realizan seguimientos periódicos hasta que el paciente consigue la habilidad y ya no necesita continuidad con el terapeuta.

Diapositiva 11

PROAA

- El PROAA utiliza el Modelado Conductual Desarrollativo® (DBM®), creado por el psicólogo y científico escocés John McWhirter (2005).
- Se centra en el cliente y opera a un nivel profundo de comprensión. Se basa en las necesidades de la persona de manera holística, llegando a la parte transpersonal del Trabajo Social Clínico (Cooper y Granucci, 2008). La manera de interactuar con el medio social y el ambiente familiar dictamina la salud y/o enfermedad.

Diapositiva 12

PNL

- El DBM® ha modelado la Programación Neurolingüística (PNL), metodología que se define de forma general como "el arte y la ciencia de la excelencia personal". Existe mucha literatura sobre el tema, nacido a principios de los años setenta de la mano de dos norteamericanos, John Grinder y Richard Bandler. Estos autores se basaron en tres pioneros de la comunicación, la terapia y el cambio: Fritz Perls —creador de la terapia Gestalt—, Virginia Satir —terapia familiar— y el psiquiatra e hipnoterapeuta Milton Erickson. La PNL se basa en varias presuposiciones, una de ellas es que "todos disponemos de los recursos necesarios para orientar y manejarnos en la vida" (Dilts, 2008) y, a su vez, propone una metodología eficaz usada en el PROAA.

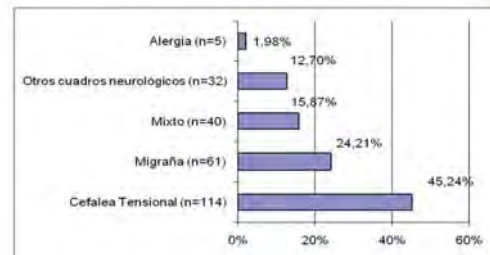
Diapositiva 13

RESULTADOS

- Se incluyeron en el estudio los 252 pacientes vistos en nuestra unidad entre 2003 y 2010 que acabaron el programa de los 441 remitidos —57.10 por ciento del total—. Su edad media resultó de 36.60 ± 15.51 años

Diapositiva 14

Gráfico 1: Distribución de diagnósticos de los pacientes



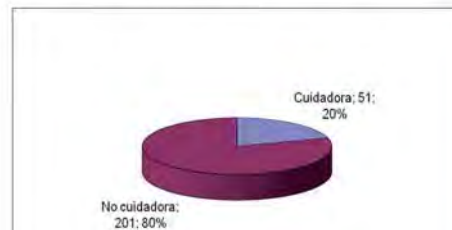
Diapositiva 15

Gráfico 2: Distribución por sexo de los pacientes



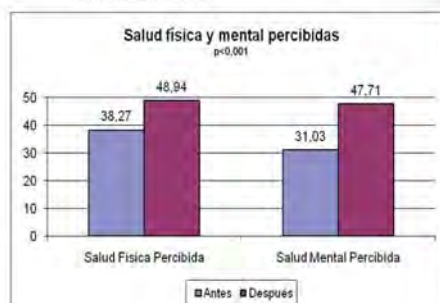
Diapositiva 16

Gráfico 3: Ocupación de los pacientes



Diapositiva 17

Gráfico 4: Salud Física y Mental percibidas antes y después del PROAA. Cuestionario SF-12



Diapositiva 18

CONCLUSIONES

- 1-El malestar de una persona que viene derivado de un entorno problemático u hostil va a determinar su grado de salud, y, en el caso de los pacientes neurológicos, dicho entorno puede agravar su patología. Sólo incluyendo aspectos vitales del individuo en el proceso de sanación, como su autoestima, su manera de comunicarse, sus cargas familiares sistémicas, su situación personal, laboral, etcétera, se puede contribuir al incremento de su bienestar.

Diapositiva 19

CONCLUSIONES

- 2- En este trabajo realizado con pacientes neurológicos, ha resultado que 20.80 por ciento eran CP de PD, lo cual confirma con respecto a los factores psicosociales que pueden predisponer o contribuir a generar síntomas somáticos, en este caso, el dolor de cabeza (Valdés y Flores, 1985).
- 3- Estos datos, además de un aporte terapéutico, son un excelente instrumento de manejo sociosanitario.

Diapositiva 20

BENEFICIOS

- La intervención del TSC con este PROAA repercute positivamente en el área de la neurología, sobre todo en la calidad de vida de enfermos que sufren de patologías con escaso margen terapéutico; en la reducción de la frecuencia de consultas; en la disminución del consumo de procedimientos diagnósticos; así como en las dificultades de relación apropiada médico-paciente.

Diapositiva 21

EFICIENCIA DEL TSC

- Se trata de pacientes con patologías habitualmente crónicas que suponen un alto índice de revisiones en consultas ambulatorias y que al dejar de acudir a ellas, generan un beneficio en el coste de oportunidad —las consultas quedan disponibles para otro tipo de patologías—, reduciendo la lista de espera.
- Finalmente, como terapia adyuvante puede redundar en un ahorro notable en el consumo de fármacos.

Constelaciones familiares: un modelo de intervención para un envejecimiento activo

Alfredo Gómez Pedra

Consultor/formador en gestión sociosanitaria

Las Constelaciones Familiares (CF) es un método creado por el psicoterapeuta alemán Bert Hellinger en los años 1990. Surgieron de las aportaciones de grandes corrientes psicoterapéuticas: Psicoanálisis, Análisis Transaccional, Hipnosis Ericksoniana, Programación Neurolingüística, Terapia Familiar Sistémica, Gestalt...

Las CF son un método para el autoconocimiento personal y la ayuda, y evidentemente, con implicaciones terapéuticas.

Las CF surgen de la variada aportación de muchas corrientes psicoterapéuticas y de comunicación, como se ha señalado más arriba, que consiguió atender a una dimensión “invisible”, pero no por ello menos real de las relaciones humanas, y en primer lugar, por su intensidad, de las relaciones familiares. Y en este sentido descubrió que las personas en un grupo no son simplemente “personas reunidas” sino que se crean unos lazos y unos vínculos que forman lo que llamamos “sistema”, con unas normas y reglas propias. Las CF ponen en evidencia, revelan, sacan a la luz, estos sistemas con sus normas y reglas, que en ocasiones no tienen nada que ver con las reglas que conscientemente se impone un grupo.

Conociendo esto la aportación fundamental de las CF a la salud y al campo psicosocial es la ayuda a establecer el orden en el sistema familiar, cuando este orden se altera por las decisiones o por el destino de sus miembros. Este orden se sitúa más allá de las apariencias cotidianas del individuo, tras observar la dinámica familiar es consciente de su lugar, su responsabilidad, y su implicación en la familia, se genera un proceso interno de asentimiento que permite reequilibrar las relaciones familiares y vivirlas con un profundo sentimiento de pertenencia y plenitud, y este proceso puede coincidir, en ocasiones, con un remitir de los trastornos sociales o personales existentes.

La existencia de las CF nos remite a nuestra sociedad actual que, ha perdido o ha relativizado los referentes de las grandes cuestiones existenciales del individuo y del grupo: la enfermedad, la vida, la sexualidad, la muerte, los destinos trágicos, el mal, la culpa,... En otras sociedades y culturas existía la posibilidad de gestionar estas situaciones con sus referentes religiosos y simbólicos: nuestra sociedad postmoderna no permite la pregunta ni la respuesta que va más allá de la racionalidad, y que se pierda en el misterio o en la duda. Quizás la única respuesta que se permite es el binomio “diagnóstico-terapia” que nos hemos acostumbrado a aplicar en todos los ámbitos de la realidad. Las modernas teorías psicoterapéuticas y de comunicación alertan de la necesidad de sustituir esta referencia simbólico-religiosa perdida, y de las consecuencias (a nivel físico, psíquico y anímico) que provoca en el individuo esa pérdida. Las CF es una aportación más a este debate y a este intento de responder a esta necesidad.

Desde esta situación las CF muestran, partiendo de lo que se denomina actitud fenomenológica, la posibilidad de acceder a una parte de realidad familiar, que su deterioro o olvido puede ser causa de trastornos en la persona.

Tres preguntas surgen a partir de estas afirmaciones:

¿Qué vemos en esa realidad familiar?

¿Cómo accedemos a esa realidad familiar?

¿Qué consecuencias comporta en lo cotidiano al individuo?

Al acceder a esa realidad, podemos ver la existencia de unas "reglas", o "normas" u "órdenes" que no son decididos, ni elegidos por los miembros del sistema familiar, que se transmiten de generación en generación, y que la trasgresión de estos órdenes es la causa de los conflictos que aparecen en lo cotidiano. Desconocemos cómo se introdujeron estos órdenes, pero ciertamente podemos constatar su existencia por los efectos (existen diversas hipótesis de investigación, pero hasta ahora nada concluyente). Los tres órdenes fundamentales son:

1. Todo individuo tiene derecho a la pertenencia al sistema familiar, y nadie debe ser excluido.
2. Existe un equilibrio entre dar y recibir entre los miembros del grupo.
3. Todo individuo tiene derecho a un lugar determinado en el sistema y nadie debe usurpar su lugar.

Si observamos nuestras familias nos damos cuenta que estos "órdenes" son en ocasiones transgredidos, incluso con el beneplácito social. Por ejemplo: renunciar a los padres o a los hijos, el "olvido" de las personas muertas (especialmente niños) por el dolor que supone, la falta de equilibrio en las relaciones de pareja, los padres que prefieren derivar al papel de "colegas" de sus hijos, dejando en vacío su auténtico papel,... Podríamos ver multitud de actitudes que en la inmensa mayoría no responden a ninguna maldad, sino a miedo, culpa, secretos familiares, etc. Las CF simplemente permiten "ver" estas dinámicas ocultas al interesado.

Responder a cómo accedemos a ver estas dinámicas es lo más complejo. Por medio de personas independientes del afectado, que representan al individuo afectado y a su sistema familiar se puede acceder a esta dimensión. Estas personas representantes sienten como las personas de la familia del individuo afectado. Cómo es esto posible lo desconocemos. Existen diversas hipótesis: campos morfogenéticos, comunicación transpersonal,... En ese espacio-tiempo que aparece nos permite ver (la constelación familiar) cómo los órdenes sistémicos son vividos en el sistema, y ver los trastornos que puede provocar su transgresión. Y aquí en ese espacio-tiempo se nos permite intervenir para modificar la imagen (constelación) que aparece, y de este modo el individuo afectado puede integrar una nueva imagen de la familia.

La fuerza de la imagen, cuando es integrada por el individuo, es tal que provoca auténticos cambios profundos: la culpa pasa a ser responsabilidad, la muerte escondida pasa a duelo consciente, el rechazo o la exclusión pasa a la comprensión. Y siempre, cuando se integra, se recupera o se afianza el sentimiento de pertenencia y vinculación.

A la pregunta por las consecuencias en la vida cotidiana nos es ahora más fácil de entender. El olvido, o el no querer ver o aceptar la realidad familiar histórica o presente se ha visto que trae consecuencias en la vida de los individuos. Las enfermedades y los síndromes que padecemos, nuestros conflictos existenciales, muchas veces tienen un contexto sistémico que al ser puesto a la luz, al ser desvelado pierde su sentido y puede ser una ayuda eficaz para resolverlos.

Por otro lado, podemos afirmar que un envejecimiento activo necesita de una reconciliación interior con el pasado y el presente familiar: con sus heridas, sus secretos, sus silencios. Desde esta mirada serena a la propia familia, cobra la vejez un sentido pleno como continuidad de la vida, y como etapa final para un relevo a los más jóvenes. Las CF permiten mostrarnos la dimensión intergeneracional de la vida de manera plástica y patente, puesto que reconoce a cada miembro de la familia, no por sus habilidades, por su juventud o madurez, o por las suertes que ha tenido en la vida, sino por el mismo hecho de ser, de existir, y ahí se encuentra la igualdad más radical entre los miembros.

Dinámica de las CF

Las CF se realizan en grupo y en consulta particular. La dinámica de la CF la dirige un facilitador o terapeuta a través de "representantes" hasta establecer el orden y el equilibrio interior posible.

A la pregunta a quién van dirigidas las CF, podemos descubrir, en nuestro caso, tres grupos fundamentalmente:

En primer lugar a la persona mayor. Teniendo en cuenta que las CF pueden tener un fuerte impacto emocional, se debe tener una reserva para aquellos mayores que tengan algún tipo de trastorno psíquico, para estos casos es necesario la consulta previa sobre la oportunidad de una CF con su profesional especialista (médico, psicólogo, ...).

En segundo lugar a los familiares de la persona mayor . Las CF pueden ser un buen apoyo para los cuidadores principales y familiares de los mayores. Evidentemente vale para familiares la misma reserva que hemos hecho para la persona mayor.

En tercer lugar para los profesionales que trabajan con personas mayores. Para ellos hay dos claros objetivos: primero la supervisión de su trabajo con los mayores (motivación, dificultades, proyecciones,...), y segundo para el propio funcionamiento del equipo de trabajo: todo equipo es un sistema humano, y como tal también se rige por unos órdenes que están más allá de los escritos en actas y reglamentos.

Conclusión

Resumiendo de forma de titulares podemos dejar para la reflexión las siguientes conclusiones:

- Las CF ayudan a una reconciliación con la memoria familiar.
- Las CF permiten que la persona tome conciencia de su rol y de su necesidad en el sistema familiar o en el grupo social.
- Las CF permiten tener una “observación a distancia” sobre uno mismo que permite resituar emociones y hechos de la propia vida.
- Las CF facilitan a los profesionales el acceso a otra faceta de la realidad, que les permite “ver” su propia actuación y su relación con los clientes/pacientes.
- Las CF permiten que aparezca la experiencia del asentimiento (no resignación) a lo trágico y al destino de la propia vida.

En definitiva: las CF son una herramienta más para un envejecimiento activo y saludable, ya que ayudan a descubrir un más alto grado de autoconciencia, de comprensión del sentido de la vida y de la muerte, de reconciliación con el propio pasado. A su vez, proporciona una fuerza interior para vivir la vejez no como una pérdida, sino como una oportunidad única .

Bibliografía

- Hellinger B. Los órdenes de la ayuda. Buenos Aires. Ed. Alma Lepik. 2006
- Hellinger B. Reconocer lo que es. Barcelona. Ed. Herder. 2000
- Hellinger B. Órdenes del amor. Barcelona. Ed. Herder. 2001
- Weber G. Felicidad Dual. Barcelona. Ed. Herder. 1999
- Schützenberg AA. ¡Ay mis ancestros! Buenos Aires. Ed. Edicial. 2002
- P. Van Eersel / C. Maillrad. Mis antepasados me duelen. Barcelona. Ed. Obelisco. 2004
- Laura G. La reconciliación con el origen y el destino. Buenos Aires. Ed Ameba. 2006

➔ Enlace pdf con la presentación:

Constelaciones familiares: un modelo de intervención para un envejecimiento activo

**Congreso Internacional sobre envejecimiento activo "Preparando nuestro futuro
A Coruña 15 y 16 de noviembre 2012**

CONSTELACIONES FAMILIARES

UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Ponente: Alfredo Gómez Pedra
Consultor/Formador de gestión gerontológica y sociosanitaria

Diapositiva 1

**Congreso Internacional sobre envejecimiento activo "Preparando nuestro futuro
A Coruña 15 y 16 de noviembre 2012**

CONSTELACIONES FAMILIARES

UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Ponente: Alfredo Gómez Pedra
Consultor/Formador de gestión gerontológica y sociosanitaria

Diapositiva 2

1/8



Diapositiva 3

2/8

1 – DEFINICIÓN ¿QUÉ SON?

Método de abordaje autoconocimiento / terapéutico / ayuda

Responde a las necesidades de los sistemas familiares y humanos

Descubre un orden establecido en los sistemas, y los trastornos de estos.

Las CF responden a una sociedad que ha perdido paradigmas de referencia en cuestiones existenciales.

Vinculación y pertenencia al grupo

Equilibrio entre dar y recibir

Aceptación del rol

Asentimiento a la realidad

Diapositiva 4

3/8

2 – ORIGEN ¿DE DÓNDE VIENEN?

BERT HELLINGER AÑOS 60

- Psicoanálisis de Freud
- Terapia Primaria de Janov
- Análisis Transaccional de Eric Berne
- Terapia Sistémica Familiar de la Escuela de Palo Alto
- Hipnosis de Milton Erickson
- Programación Neurolingüística
- Terapia Gestalt

FUNDAMENTACIÓN

TEORÍA FENOMENOLÓGICA

Mostrar vs Demostrar

Diapositiva 5

5/8

3 – LA RAZÓN ¿POR QUÉ SE UTILIZAN?

LO QUE SE ESCONDE

- Dolor
- Muerte
- "Secretos de Familia"
- Enfermedad
- Etc.

Son "agentes psico-familiares patógenos", enferman el sistema humano y hay que sacarlos a la luz para sanarlo

LAS RESPUESTAS OCULTAS

- ¿Quién murió?
- ¿Cómo se llamaba?
- ¿Qué enfermedad es?
- ¿Quién falta?
- Etc.

Son soluciones que equilibran y sanan el sistema

Diapositiva 6

4/8

4 – METODOLOGÍA ¿CÓMO FUNCIONAN?

CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA

DINÁMICA DEL ORDEN

Resultado VER

Asentir a lo mostrado

HIPÓTESIS EN ESTUDIO

* Modelos de interpretación transpersonal
* Teoría de Rupert Sheldrake sobre los Campos Morfogenéticos

Diapositiva 7

6/8

5 – LA FINALIDAD ¿PARA QUIÉN SE UTILIZAN?

ÁMBITOS DE APLICACIÓN

- Salud y enfermedad
- Familia
- Enseñanza
- Empresas
- Servicios sociales
- Supervisión de casos profesionales
- Coaching

Quién es objeto de las C.F.

Personas mayores

Familia

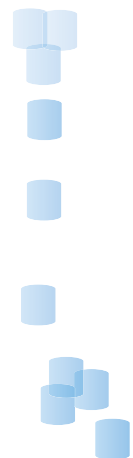
Equipo: Supervisión del trabajo

Diapositiva 8

6/8

6 – CONCLUSIONES

- Las CF ayudan a una reconciliación con la memoria familiar.
- Las CF permiten que la persona tome conciencia de su rol y de su necesidad en el sistema familiar o en el grupo social.
- Las CF permiten tener una "observación a distancia" sobre uno mismo que permite resituar emociones y hechos de la propia vida.
- Las CF facilitan a los profesionales el acceso a otra faceta de la realidad.
- Las CF no sustituyen ningún tipo de terapia o tratamiento médico
- Asentimiento (no resignación) a lo trágico y al destino de la propia vida.



Característica sociodemográficas y clínicas de las personas mayores que cuidan de personas en situación de dependencia en Galicia.

Patricia Otero Otero, Ángela Juana Torres Iglesias, Fernando Lino Vázquez

González, Elisabet Hermida García y Olga Díaz Fernández

Universidad de Santiago de Compostela

Agradecimientos:

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Proyecto 2007/PN017. Asimismo, agradecemos la colaboración de la Secretaría General de Política Social, Unidad Técnica de Coordinación de Dependencia, Consellería de Trabajo y Bienestar (Xunta de Galicia).

Introducción

El mantenimiento de la actividad en la edad avanzada está relacionado con el envejecimiento exitoso debido a su relación con la autopercepción positiva, la satisfacción con la vida y el desarrollo de competencias (Kruse y Schmitt, 2012). Investigaciones recientes han puesto de manifiesto que más allá de las condiciones biológicas específicas, los factores externos, sociales y ambientales como el estilo de vida y la red social próxima del mayor, su integración social y participación en su núcleo familiar explican las variaciones en las formas de envejecer (Escobar-Bravo, Puga-González y Martín-Baranera, 2012; Giles, Metcalf, Glonek, Luszcz y Andrews, 2004).

Una forma de participar activamente en el círculo familiar es cuidar de un familiar en situación de dependencia. En la actualidad en Galicia, una de las comunidades autónomas más envejecidas de toda España (Instituto Nacional de Estadística, 2003) con un 20.7% de la población mayor de 65 años (Instituto Nacional de Estadística, 2007), y la comunidad con la mayor tasa de discapacidad de todo el territorio nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2008), es cada vez más frecuente que las personas mayores desempeñen el rol de cuidador de un familiar en situación de dependencia. Se ha encontrado que en el año 2011 el 27.0% de los cuidadores no profesionales en Galicia tenían 65 años o más (Instituto Galego de Estatística, 2011). Y se estima que tanto el envejecimiento como la ratio de dependencia crecerán hasta casi el doble para el año 2040 (Arriba y Moreno, 2009).

Sin embargo, cuidar de un ser querido en situación de dependencia también tiene un importante impacto físico y psicológico para los cuidadores (Bookwala, Yee y Schulz, 2000; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995); y cuando el cuidador es una persona mayor, es de esperar que a los problemas y dificultades propias del cuidado se añadan los asociados a la propia edad (Crespo y López, 2007).

Aunque existe abundante evidencia sobre las características de los cuidadores y las consecuencias del cuidado en la salud mental (Bookwala et al., 2000; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005; Schulz et al., 1995), se

desconoce el perfil sociodemográfico y clínico de las personas mayores que cuidan de un familiar en situación de dependencia en Galicia, y sus características diferenciales con los cuidadores más jóvenes. El conocimiento de estas variables permitiría elaborar programas específicos para esta población creciente ajustándolos a sus necesidades y así optimizar los recursos disponibles.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue estudiar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de personas mayores (65 años o más) de la comunidad autónoma de Galicia que cuidan de personas en situación de dependencia y compararlas con las de las personas más jóvenes que desempeñan el mismo rol.

Material y métodos

Para la realización de este estudio se seleccionó al azar y se evaluó una muestra de 504 personas de Galicia que estaban cuidando de personas en situación de dependencia (reconocida oficialmente por los organismos pertinentes de la Xunta de Galicia); 89 (17.7%) participantes tenían edades de 65 o más años y la de los 415 restantes (82.3%) era menor a 65 años.

Se elaboró un cuestionario ad hoc para recoger los datos sobre variables sociodemográficas y relacionadas con el cuidado. Se utilizaron las versiones españolas del Cuestionario de Salud General (GHQ-28; Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979) para evaluar el grado de malestar emocional y la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Vázquez, Blanco y López, 2007) para evaluar la sintomatología depresiva; la consistencia interna de la GHQ-28 fue de .97 y la de la CES-D de .89. En base a esta última escala, la CES-D, se estimó que aquellos participantes que tenían una puntuación igual o superior al punto de corte de 16 estaban en riesgo de desarrollar depresión clínica. También se utilizó la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (CBI; Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980) para evaluar la sobrecarga; su traducción al español se realizó siguiendo el método de traducción-retrotraducción, y su consistencia interna fue de .82. La prevalencia del diagnóstico de episodio depresivo mayor se evaluó con la ayuda de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-VC; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997/1999). En el proceso de evaluación y diagnóstico participaron psicólogos entrenados y con experiencia clínica. Todos los sujetos dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 18.0).

Resultados

Como se muestra en la Tabla 1, la edad media de las personas mayores que cuidaban de personas en situación de dependencia fue de 70.8 años. El 77.5% eran mujeres, el 79.8% estaban casadas o viviendo en pareja, el 57.3% declararon pertenecer a la clase baja o media-baja, el 59.5% sólo sabían leer y escribir y su actividad principal fueron predominantemente las tareas domésticas (96.6%).

Por lo que respecta a la situación de cuidado, y como se puede observar en la Tabla 2, la mayoría de los cuidadores mayores cuidaban de su padre o madre (33.7%), seguido de su pareja (29.2%). La edad media de las personas cuidadas fue de 78.8, siendo el 64% mujeres. Las personas mayores llevaban cuidando de su familiar una media de 14.4 años, con un promedio de dedicación de 17.1 horas diarias.

En cuanto a las características clínicas, como se muestra en la Tabla 3, los cuidadores mayores presentaron una puntuación media de malestar emocional de 4.8, de sobrecarga del cuidador de 24.0 y de sintomatología depresiva de 16.7. Además, el 48.3% estaban en riesgo de desarrollar depresión clínica y el 9.0% tenían un episodio depresivo mayor.

En comparación con los cuidadores menores de 65 años, se encontró que entre los cuidadores mayores había significativamente más hombres ($p < .001$), tenían significativamente menos estudios ($p < .001$) y se dedicaban en un porcentaje significativamente mayor a las tareas domésticas ($p < .001$). Además, un porcentaje significativamente mayor cuidaban de su pareja ($p < .001$), así como de personas de mayor edad ($p = .027$), durante más años ($p = .019$) y más horas al día ($p = .030$). No se hallaron diferencias significativas entre los cuidadores mayores y los más jóvenes en el resto de variables sociodemográficas (ver Tabla 1) o de la situación de cuidado (ver Tabla 2). Tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos de edades en ninguna de las características clínicas (ver Tabla 3).

Conclusiones

El perfil sociodemográfico y de la situación de cuidado de las personas mayores que cuidan de un familiar en situación de dependencia fue el de una mujer de elevada edad, casada o viviendo en pareja, de clase social baja/media-baja, que sólo sabe leer y escribir, cuya actividad principal eran las tareas del hogar y que se ocupaba del cuidado de sus padres o su pareja, personas también de elevada edad, dedicando una media de 17 horas diarias durante más de 14 años.

El perfil clínico medio de los cuidadores mayores mostró un malestar emocional y una sobrecarga ligeramente elevados, y una sintomatología depresiva elevada. De hecho, casi un 50% estaban en riesgo de desarrollar depresión clínica y el 9.0% presentaban un episodio depresivo mayor.

Los cuidadores mayores tenían, en comparación con los más jóvenes, un porcentaje significativamente mayor de hombres, un nivel educativo significativamente menor, se dedicaban en mayor porcentaje a las tareas domésticas y al cuidado de sus parejas. Además, cuidaban de personas de mayor edad, durante más años y dedicándole más horas diarias. No hubo diferencias entre los cuidadores mayores y los jóvenes en las variables clínicas.

Estos hallazgos aconsejarían dirigir a los cuidadores mayores programas específicos para reducir la sintomatología depresiva y prevenir el inicio del episodio depresivo mayor, que sean breves para ajustarse a su menor disponibilidad de tiempo, y adaptados a un nivel educativo bajo. Además, sería conveniente adaptar programas a hombres, puesto que hay más hombres entre los cuidadores mayores y la mayoría de los programas están dirigidos a mujeres cuidadoras, pudiendo existir características diferentes entre ambos sexos.

Bibliografía

- Arriba, A. y Moreno, F. J. (2009). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>
- Bookwala, J., Yee, J. L. y Schulz, R. (2000). Caregiving and detrimental mental and physical health outcomes. En G.M. Williamson, D.R. Shaffer & P.A. Parmelee (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (1ª ed., pp. 91-131). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Crespo, M. y López, J. (2007b). El estrés en cuidadores mayores dependientes. *Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Escobar-Bravo, M. A., Puga-González, D. y Martín-Baranera, M. (2012). Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 109-116. doi:10.1016/j.archger.2011.01.008
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-CV). Barcelona: Masson. (Original publicado en 1997).
- Giles, L. C., Metcalf, P. A., Glonek, G. F., Luszcz, M. A. y Andrews, G. R. (2004). The effects of social networks on disability in older australians. *Journal of Aging and Health*, 16, 517-38. doi:10.1177/0898264304265778
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.). (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.imserosomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>
- Instituto Galego de Estatística [IGE] (2011). Enquisa de condicións de vida das familias. Módulo de dependencia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Disponible en http://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=gl&codigo=0205001001
- Instituto Nacional de Estadística (2007). Censos de población y viviendas 2001. Resultados detallados en versión accesible. Madrid. Disponible en http://www.ine.es/censo_accesible/es/inicio.jsp
- Instituto Nacional de Estadística (Ed.). (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, 2008. [versión Edición Adobe Digital]. Recuperado de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (Ed.). (2003). Los cambios sociales de los diez últimos años. Censo de población y viviendas 2001. [versión Edición Adobe Digital]. Recuperado de http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifraine_cen01.pdf
- Kruse, A. y Schmitt, E. (2012). Generativity as a route to active ageing. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. doi:10.1155/2012/647650 Recuperado de <http://www.hindawi.com/journals/cggr/>
- Muñoz, P. E., Vázquez-Barquero, J. L., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Válor, J. (1979). Adaptación española del

General Health Questionnaire (GHQ) de D. P. Goldberg. Archivos de Neurobiología, 42, 139-158.

- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. Gerontologist, 35, 771-791. doi:10.1093/geront/35.6.771
- Vázquez, F. L., Blanco, V. y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. Psychiatric Research, 149, 247-252. doi:10.1016/j.psychres.2006.03.004
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist, 20, 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores de 65 o más años vs. menores de 65 años

Características sociodemográficas		65 años o más		Menos de 65 años		χ^2	p
		n=89	%	n=415	%		
Edad	M	70.8		51.9			
	DT	5.0		8.6			
Sexo	Hombre	20	22.5	36	8.7	14.13	<.001
	Mujer	69	77.5	379	91.3		
Estado civil	Soltero	3	3.4	49	11.8	6.04	.051
	Casado	71	79.8	312	75.2		
	Viudo/Divorciado	15	16.8	54	13.0		
Clase social	Baja/Media-baja	51	57.3	202	48.7	2.18	.140
	Media/Media-alta	38	42.7	213	51.3		
Nivel de estudios	Sabe leer y escribir	53	59.5	75	18.1	66.55	<.001
	Primarios	28	31.5	262	63.1		
	Secundarios/superiores	8	9.0	78	18.8		
Actividad principal	Tareas domésticas	86	96.6	334	80.5	13.76	<.001
	Otras	3	3.4	81	19.5		

Tabla 2. Características relacionadas con el cuidado de los cuidadores de 65 o más años vs. menores de 65 años

Características relacionadas con el cuidado		65 años o más		Menos de 65 años		χ^2	p	Intervalo de confianza al 95%
		n=89	%	n=415	%			
Familiar que cuida	Pareja	26	29.2	23	5.5	46.81	<.001	
	Hijo/a	13	14.6	77	18.6			
	Padre/madre	30	33.7	189	45.5			
	Otros	20	22.5	126	30.4			
Edad de la persona cuidada	M	78.8		73.3		-2.24	.027	[-10.28,-0.64]
	DT	19.5		24.2				
Sexo de la persona cuidada	Hombre	32	36.0	108	26.0	3.60	.058	
	Mujer	57	64.0	307	74.0			
Tiempo cuidando (años)	M	14.4		11.1		-2.39	.019	[-6.08, -0.57]
	DT	12.0		8.8				
Horas diarias dedicadas al cuidado	M	17.1		16.3		-2.19	.030	[-1.38, -0.07]
	DT	2.6		3.7				

Tabla 3. Características clínicas de los cuidadores de 65 o más años vs. menores de 65 años

Características clínicas		65 años o más		Menos de 65 años		χ^2	p	Intervalo de confianza al 95%
		n=89	%	n=415	%			
Malestar emocional	M	4.8		4.9		0.191	.489	[-1.17, 1.42]
	DT	4.8		5.8				
Sobrecarga	M	24.0		26.6		1.70	.090	[-0.41, 5.71]
	DT	12.1		13.6				
Sintomatología depresiva	M	16.7		17.8		0.97	.336	[-1.09, 3.18]
	DT	9.0		10.5				
Riesgo de desarrollar depresión	Sí	43	48.3	227	54.7	1.20	.273	
	No	46	51.7	188	45.3			
Episodio depresivo mayor	Sí	8	9.0	37	8.9	0.01	.982	
	No	81	91.0	378	91.1			

➔ Enlace pdf con la presentación:

Característica sociodemográfica y clínicas de las personas mayores que cuidan de personas en situación de dependencia en Galicia.



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DPTO. PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CUIDAN DE PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA

Otero, P., Torres, A., Vázquez, F.L., Hermida, E. y Díaz, O.

Agradecimiento: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
(Proyecto 2007/PN017) y Unidad de Dependencia de la
Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía Persoal (Xunta de Galicia)



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DPTO. PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CUIDAN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Otero, P., Torres, A., Vázquez, F.L., Hermida, E. y Díaz, O.

Agradecimiento: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
(Proyecto 2007/19017) y Unidad de Dependencia de la
Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía Personal (Xunta de Galicia)

Diapositiva 1

Diapositiva 2

INTRODUCCIÓN

- El mantenimiento de la actividad en la edad avanzada está relacionada con el envejecimiento exitoso
- Los factores externos, sociales y ambientales explican las variaciones en la forma de envejecer
- Una forma de participar activamente en el círculo familiar es cuidar de un familiar en situación de dependencia
 - En la actualidad, en Galicia, un 27% de los cuidadores no profesionales tenían 65 años o más
- Cuidar de un ser querido tiene un importante impacto físico y psicológico, y cuando el cuidador es una persona mayor a esto se añaden los problemas asociados a la propia edad
- Existe evidencia sobre el perfil de los cuidadores y las consecuencias del cuidado en su salud mental, pero no de los cuidadores mayores y sus diferencias con los más jóvenes

Diapositiva 3

Diapositiva 4

OBJETIVOS

- Estudiar las características sociodemográficas, de la situación de cuidado y clínicas de una muestra de cuidadores mayores (65 años o más) de la comunidad autónoma de Galicia
- Comparar las características de los cuidadores mayores con las de los cuidadores más jóvenes

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se seleccionó al azar y se evaluó una muestra de 504 cuidadores no profesionales de Galicia
 - 89 (17.7%) tenían edades de 65 años o más
 - 415 (82.3%) tenían una edad menor a 65 años

Diapositiva 5

Diapositiva 6

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumentos:

Variable evaluada	Instrumento
Variables cuidadores	Cuestionario de las Características del Cuidador
Malestar emocional	Cuestionario de Salud General [GHQ-28]
Sobrecarga del cuidador	Entrevista de Sobrecarga del Cuidador [CBI]
Sintomatología depresiva	Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos [CES-D]
Episodio depresivo mayor	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV [SCID-CV]

RESULTADOS

Características sociodemográficas		65 años o más	
		n = 89	%
Edad	M	70.8	
	DT	5.0	
Sexo	Hombre	20	22.5
	Mujer	69	77.5
Estado civil	Soltero	3	3.4
	Casado	71	79.8
	Viuda/Divorciado	15	16.8
Clase social	Baja/Media-baja	51	57.3
	Media/Media-alta	38	42.7
Nivel de estudios	Sabe leer y escribir	53	59.5
	Primarios	28	31.5
	Secundarios/superiores	8	9.0
Actividad principal	Tareas domésticas	86	96.6
	Otras	3	3.4

Diapositiva 7

RESULTADOS

Características relacionadas con el cuidado		65 años o más	
		n=89	%
Familiar que cuida	Pareja	26	29.2
	Hijo/a	13	14.6
	Padre/madre	30	33.7
	Otros	20	22.5
Edad de la persona cuidada	M	78.8	
	DT	19.5	
Sexo de la persona cuidada	Hombre	32	36.0
	Mujer	57	64.0
Tiempo cuidando (años)	M	14.4	
	DT	12.0	
Horas diarias dedicadas al cuidado	M	17.1	
	DT	2.6	

Diapositiva 8

RESULTADOS

Características clínicas		65 años o más	
		n=89	%
Malestar emocional	M	4.8	
	DT	4.8	
Sobrecarga	M	24.0	
	DT	12.1	
Síntomatología depresiva	M	16.7	
	DT	9.0	
Riesgo de desarrollar depresión	Sí	43	48.3
	No	46	51.7
Episodio depresivo mayor	Sí	8	9.0
	No	81	91.0

Diapositiva 9

RESULTADOS

Características sociodemográficas		65 años o más		Menos de 65 años		χ^2	p
		n=89	%	n=415	%		
Edad	M	70.8		51.9			
	DT	5.0		8.6			
Sexo	Hombre	20	22.3	36	8.7	14.13	<.001
	Mujer	69	77.5	379	91.3		
Estado civil	Soltero	3	3.4	49	11.8		
	Casado	71	79.8	312	75.2	6.04	.051
	Viuda/Divorciada	15	16.8	54	13.0		
Clase social	Baja/Media-baja	51	57.3	202	48.7		
	Media/Media-alta	38	42.7	213	51.3	2.18	.140
Nivel de estudios	Sabe leer y escribir	53	59.5	75	18.1		
	Primarios	28	31.5	262	63.1	66.55	<.001
	Secundarios/superiores	8	9.0	78	18.8		
Actividad principal	Tareas domésticas	86	96.6	334	80.5	13.76	<.001
	Otras	3	3.4	81	19.5		

Diapositiva 10

RESULTADOS

Características relacionadas con el cuidado		65 años o más		Menos de 65 años		χ^2	p	Intervalo de confianza al 95%
		n=89	%	n=415	%			
Familiar que cuida	Pareja	26	29.2	23	5.5			
	Hijo/a	13	14.6	77	18.6			
	Padre/madre	30	33.7	189	45.5	46.81	<.001	
	Otros	20	22.5	126	30.4			
Edad de la persona cuidada	M	78.8		73.3		-2.24	.027	[-10.28, -0.64]
	DT	19.5		24.2				
Sexo de la persona cuidada	Hombre	32	36.0	108	26.0	3.60	.058	
	Mujer	57	64.0	307	74.0			
Tiempo cuidando (años)	M	14.4		11.1		-2.39	.019	[-6.08, -0.57]
	DT	12.0		8.8				
Horas diarias dedicadas al cuidado	M	17.1		16.3		-2.19	.030	[-1.38, -0.07]
	DT	2.6		3.7				

Diapositiva 11

RESULTADOS

Características clínicas		65 años o más		Menos de 65 años		χ^2	p	Intervalo de confianza al 95%
		n=89	%	n=415	%			
Malestar emocional	M	4.8		4.9		0.191	.489	[-1.17, 1.42]
	DT	4.8		5.8				
Sobrecarga	M	24.0		26.6		1.70	.090	[-0.41, 5.71]
	DT	12.1		13.6				
Síntomatología depresiva	M	16.7		17.8		0.97	.336	[-1.09, 3.18]
	DT	9.0		10.5				
Riesgo de desarrollar depresión	Sí	43	48.3	227	54.7	1.20	.273	
	No	46	51.7	188	45.3			
Episodio depresivo mayor	Sí	8	9.0	37	8.9	0.01	.982	
	No	81	91.0	378	91.1			

Diapositiva 12

CONCLUSIONES

- Perfil sociodemográfico y de situación de cuidado de los cuidadores mayores
 - mujer
 - de elevada edad
 - casada o viviendo en pareja
 - de clase social baja/media-baja
 - sólo sabía leer y escribir
 - cuya actividad principal eran las tareas domésticas
 - se ocupaba del cuidado de sus padres o pareja, también de elevada edad
 - una media de 17 horas diarias durante más de 14 años
- Perfil clínico medio de los cuidadores mayores
 - malestar emocional y sobrecarga ligeramente elevados
 - síntomatología depresiva elevada
 - casi el 50% estaban en riesgo de desarrollar depresión clínica
 - el 9% presentaban episodio depresivo mayor

CONCLUSIONES

- ❑ Los cuidadores mayores tenían, en comparación con los más jóvenes
 - ❑ un porcentaje significativamente mayor de hombres
 - ❑ un nivel educativo significativamente menor
 - ❑ se dedicaban en mayor porcentaje a las tareas domésticas y al cuidado de sus parejas
 - ❑ cuidaban personas de mayor edad, durante más años y más horas diarias
- ❑ Estos hallazgos aconsejarían dirigir a los cuidadores mayores programas
 - ❑ para reducir la sintomatología depresiva y prevenir el inicio del episodio depresivo mayor
 - ❑ que sean breves y adaptados a un nivel educativo bajo
 - ❑ adaptados para hombres

MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN

Deseño de Investigación-acción sobre factores asociados a condutas indicativas de somnolencia nas sesións grupais de intervención cognitiva

María Campos Magdaleno

Universidade de Santiago de Compostela

Introdución

As alteracións do sono son comúns na poboación xeral e incrementanse na poboación anciá (Empana et al. 2009). Algúns estudos estiman que máis dun cincuenta por cento das persoas maiores de países desenvolvidos presentan este problema (BaHammam e Pandi-Perumal, 2010) que se concreta en dificultades para manterse esperto, para conciliar e manter o sono ou para beneficiarse dos seus efectos reparadores (De la Serna de Pedro, 2003). Brown, Schmitt e Eckert (2011) afirman que os cambios e disfuncións no reloxo circadiano promoven a aparición de trastornos do sono nos maiores, e que o propio envellecemento está asociado á aparición de trastornos do sono que afectan ao comportamento e fisioloxía circadianos.

Os cambios no sono que afectan os anciáns son de diversa natureza. Por unha parte, danse cambios na estrutura do sono predominando a fase non REM sobre a REM, e diminuindo as fases máis profundas –de ondas lentas– a favor das máis superficiais. Ademais aumenta a latencia do sono, o que con frecuencia provoca que os anciáns pasen máis horas na cama, e incrementase o número de espertares ao longo da noite (De la Serna de Pedro, 2003; Brown et al., 2011; Singletary e Naidoo 2011), en parte debido a unha maior sensibilidade ás perturbacións ambientais como os ruídos, a luminosidade (Brown et al., 2011) ou aos movementos asociados a cambios posturais (De la Serna de Pedro, 2003). Os ciclos de vixilia e sono vólvense irregulares co aumento da idade, e é habitual a aparición da coñecida fase adiantada do sono (Singletary e Naidoo, 2011), o que parece estar relacionado coa desincronización dos sistemas implicados na regulación circadiana, tanto centrais como periféricos (Singletary e Naidoo, 2011). Ademais, o insomnio, a apnea e o síndrome das pernas inquietas –problemas con elevada incidencia na vellez– dificultan considerablemente o descanso (BaHammam e Pandi-Perumal, 2010).

As alteracións do sono poden aparecer ou intensificarse na vellez a causa de certas medicacións. Se temos en conta que a maioría dos maiores están polimedicados podemos dicir que sería a excepción, e non a regra, que un suxeito de estas idades non presente ningún tipo de alteración do sono (Echávarri e Erro, 2007). Ademais, pode ser que os efectos sobre o sono se deban a propia iatroxenia do fármaco ou aos seus efectos secundarios.

O aumento da prevalencia de enfermidades neurodexenerativas nos anciáns é un factor adicional que se relaciona con cambios e alteracións do sono. Singletary e Naidoo (2011) manteñen que a comorbilidade das demencias e as alteracións e trastornos do sono se debe á destrución de certos neurotransmisores que acompaña ás enfermidades neurodexenerativas e que desempeñan un papel importante na regulación circadiana e dos ciclos de sono-vixilia.

En relación cos déficits na cognición, no estudo de Buechel et al. (2011) fórmulase a hipótese de que o sono de ondas lentas contribúa de xeito importante á función das pegadas de memoria, asumindo responsabilidades no declive cognitivo asociado á idade. Os adultos mozos sans deste estudo que foron sometidos a unha redución do tempo

de sono mostraron os mesmos síntomas que os anciáns en circunstancias normais.

A somnolencia diúrna excesiva afecta entre o 10% e o 30% dos maiores de 65 anos (Empana et al., 2009). Ademais, os que padecen este problema presentan peor calidade do sono, roncan con maior frecuencia, sofren máis de insomnio e consumen un maior número de medicamentos para durmir ou ansiolíticos. Os autores deste estudo conclúen que a somnolencia diúrna excesiva está asociada a un incremento do risco de mortalidade. De feito, no seu traballo a mortalidade foi un 33% maior nos suxeitos con somnolencia diúrna excesiva debido á aparición de enfermidades cardiovasculares (Empana et al. 2009). Tamén se obtivo unha relación positiva entre insomnio e tendencia a durmir ó longo do día (De la Serna de Pedro, 2003).

Noutra orde de cousas, a apatía e desmotivación tamén é un fenómeno que aparece frecuentemente en anciáns, sobre todo en aqueles que presentan patoloxías neurodexenerativas. No caso do Alzheimer aparece apatía en arredor dun 90% dos casos, aumentando a incidencia a medida que van avanzando os estadios (Turró-Garriga et al. 2009). Este fenómeno pode causar inhibición afectiva, enlentecemento na capacidade de pensamento e recordo (Turró-Garriga et al. 2009) e asóciase a unha maior discapacidade funcional nas actividades básicas e instrumentais da vida diaria que se traduce nun aumento da dependencia (Turró-Garriga et al. 2009; Thomas, Thomas-Hazif, Arroyo-Anlló, 2000).

A desmotivación nos enfermos de alzhéimer podería estar relacionadas coa perda da perspectiva do pasado (que, á súa vez, permite a anticipación de sucesos futuros), así como coa perda de aferencias sensoriais, o que fai que o contexto sexa pouco estimulante (Thomas et al., 2000). Esta interpretación cobra especial relevancia nos ámbitos institucionais xa de seu rutinarios e pouco suxerentes.

A desmotivación ou apatía xunto cos problemas de sono que provocan unha somnolencia diúrna excesiva pode ser a causa de que os anciáns se durman varias veces ao longo do día. É a este problema ó que propoñemos dar algunha resposta a través dun deseño de investigación-acción que emprega a metodoloxía observacional participante. Fornecémonos de información relativa a unha serie de factores que poderían ter algunha relación con este fenómeno e trataremos de determinar se son sempre os mesmos suxeitos os que presentan signos de somnolencia excesiva, cales son as condutas máis frecuentes así como o tipo de relación que establecen co tipo de medicación que consomen, co estatus cognitivo ou co tipo de actividade que se realiza.

Os obxectivos que nos propoñemos son: a) analizar a distribución das condutas indicativas de somnolencia nos suxeitos observados, b) identificar os suxeitos que con maior frecuencia protagonizaron condutas de somnolencia e c) analizar as diferenzas de frecuencia en relación ao tipo de actividade, estatus cognitivo e medicación.

Método

Participantes

A mostra está conformada polos grupos naturais constituídos para as sesións de estimulación cognitiva dunha residencia da terceira idade. Trátase de 37 individuos (32 mulleres e 5 homes) con idades comprendidas ente os 68 e os 95 anos (media de idade de $M=85.62$; $SD=5.65$). Os suxeitos estaban organizados en 4 grupos formados por entre 7 e 10 persoas cada un. A puntuación media no MMSE destes usuarios é de 17.68 ($SD=5.53$).

Destas 37 persoas 22 consomen medicación antidepressiva/ansiolítica, 8 antipsicótica, 7 consumen sedantes, 20 calmantes/analxésicos, 2 broncodilatadores, 6 corticoides, 1 antihistamínicos e 27 relacionados coa circulación. Recórdese que case todos os membros da mostra están polimedicados.

Procedemento

Para a recollida de datos utilizamos a observación pasiva participante e por eventos, e a metodoloxía foi a de deseño correlacional. A investigación enmárcase dentro do ámbito da investigación-acción, e malia que o cálculo do índice de acordo interxuíces (e. g., índice kappa) é condición necesaria para dotar de fiabilidade as observacións, o contexto no que se realizou este estudo impediu a participación dun segundo observador imprescindible para calcular os índices de acordo.

A observación levouse a cabo durante dúas semanas consecutivas onde se tomaron catro rexistros para cada grupo. Establecéronse como condutas de interese indicativas de somnolencia: (a) ausente/absorto (perda de atención ó foco da actividade e mirada perdida durante 10 segundos ou máis), (b) bocexar (apertura significativa da boca acompañada de inspiración e expiración profunda), (c) pestanexo frecuente (pestanexar rápido ou de forma lenta e pesada durante máis de 5 segundos), (d) pechar os ollos (pechado de pálpebras durante un período de 5 ou máis

segundos), (e) perda da tonicidade muscular (caída involuntaria de brazos, ombreiros ou tronco cara adiante ou cara a un lado por lasitude dos músculos), (f) cabecear (perda involuntaria da tonicidade dos músculos do pescozo que provocan a caída da cabeza) e (g) ronquidos (emisión de inspiracións sonoras, involuntarias e roucas).

Recompilouse información sobre factores persoais e ambientais relacionados co tipo de actividade que se realizaba no momento no que se observan condutas de interese, a medicación consumida e o estatus cognitivo. En canto a factores ambientais, tívose en conta o momento da sesión na que aparece a conduta, xa sexa no período inicial (15 minutos de orientación temporal, persoal e espacial, e de lectura do parte meteorolóxico), no intermedio (30 minutos de actividades de psicoestimulación específicas) ou no final (15 minutos de canto de pezas populares e despedida). As sesións realízanse sempre na mesma sala, co mesmo tipo de iluminación, temperatura e ruído ambiental (habitualmente elevado debido a que na sala contigua traballa a animadora sociocultural con música alta).

Obtivose información sobre a medicación consumida polos participantes. Os fármacos consumidos agrúpanse do seguinte xeito: (a) antidepressivos/ansiolíticos, (b) antipsicóticos, (c) somníferos/sedantes, (d) calmantes/analxésicos, (e) broncodilatadores, (f) corticoides, (g) antihistamínicos, (h) cardiovasculares.

Materials

Elaborouse unha táboa de rexistro para consignar as condutas de interese e utilizouse o MEC (Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala e Seva, 1979) para establecer o estatus cognitivo dos individuos.

Resultados

A partir do cálculo da media de eventos que se observaron ao longo das catro sesións de observación realízase un histograma (ver Figura 1) coa finalidade de coñecer a distribución das condutas indicativas de somnolencia e determinar se afectan homoxeneamente e con frecuencia semellante a todo o grupo ou se, pola contra, se fan especialmente evidentes nun número pequeno e específico de usuarios.

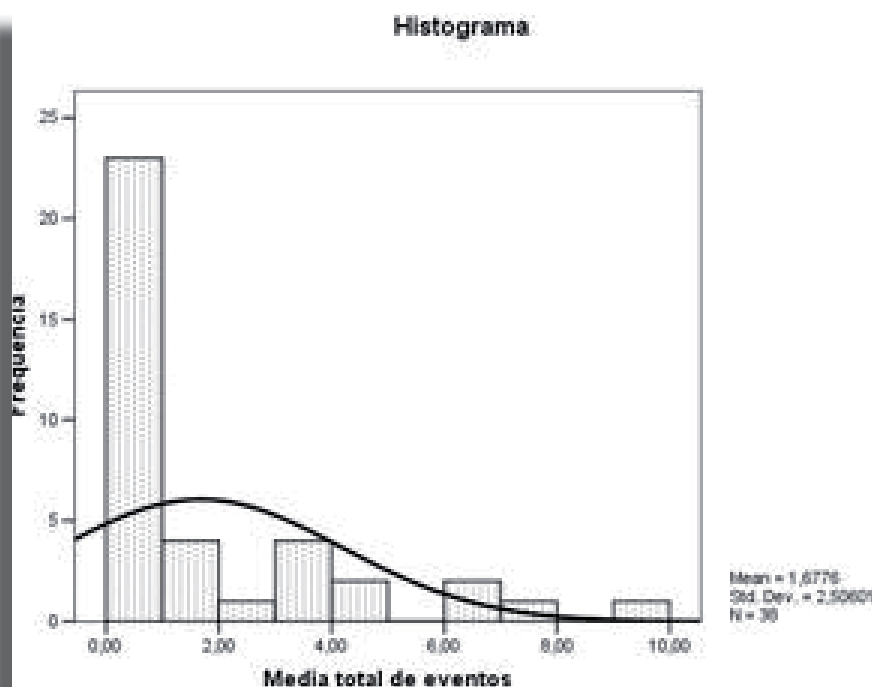


Figura 1. Histograma dos eventos medios observados ao longo das catro sesións

Tal e como se observa na Figura 1, a distribución é asimétrica e non se axusta á da curva normal ($Z_{k-s} = 0.26$; $p < 0.001$) observándose en só 10 dos 37 suxeitos tres ou máis condutas, de media, asociadas coa somnolencia e en só 6 deses 10 suxeitos catro ou máis destas condutas.

A análise comparada da frecuencia de cada unha das condutas de somnolencia consideradas (ver Táboa 1) sinala unha frecuencia significativamente maior ($\chi^2 = 38.90$; $p < 0.001$) da conduta “pechar os ollos” (rango segundo Friedman test=4.89), seguida a certa distancia polas condutas indicativas de estado “absorto/ausente” (rango segundo Friedman test=4.58) e polas de “diminución do ton muscular” (rango segundo Friedman test=4.13).

Táboa 1

Descritivos das condutas asociadas a somnolencia

	Frecuencia	Media (SD)
Absorto/ausente	35	0.92 (1.32)
Bocexar	17	0.44 (0.86)
Diminución do ton muscular	34	0.89 (1.98)
Pestanexo frecuente	13	0.34 (0.81)
Pechar os ollos	130	3.42 (6.14)
Cabecear	22	0.57 (1.62)
Ronquidos	4	0.10 (0.38)

Para identificar os suxeitos que protagonizan con maior frecuencia estes eventos utilizouse o procedemento Stem-and-Leaf Plot. A análise etiqueta como “outliers” os suxeitos con frecuencia media igual ou superior a 7.5 eventos. A Figura 2 mostra estes suxeitos, identificados co número 32 ($M=10$) e 2 ($M=7.5$).

Figura 2. Normal Q-Q Plot sobre a media total de eventos

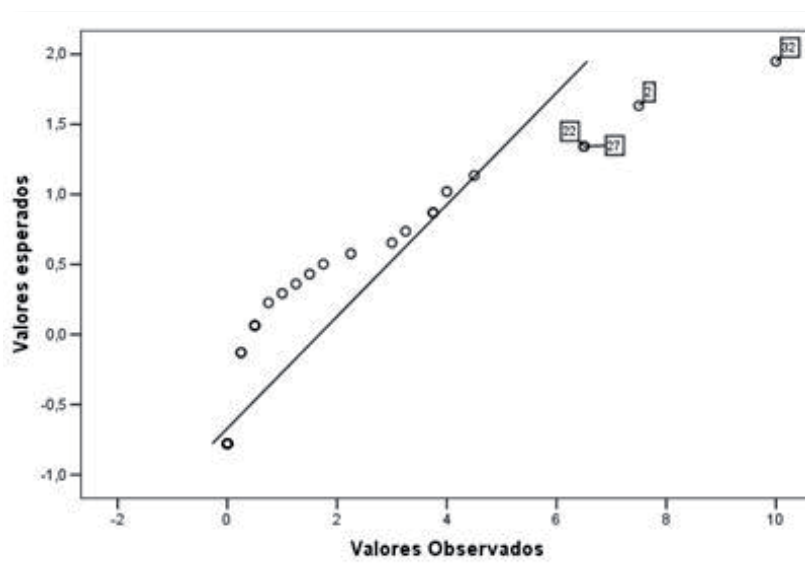
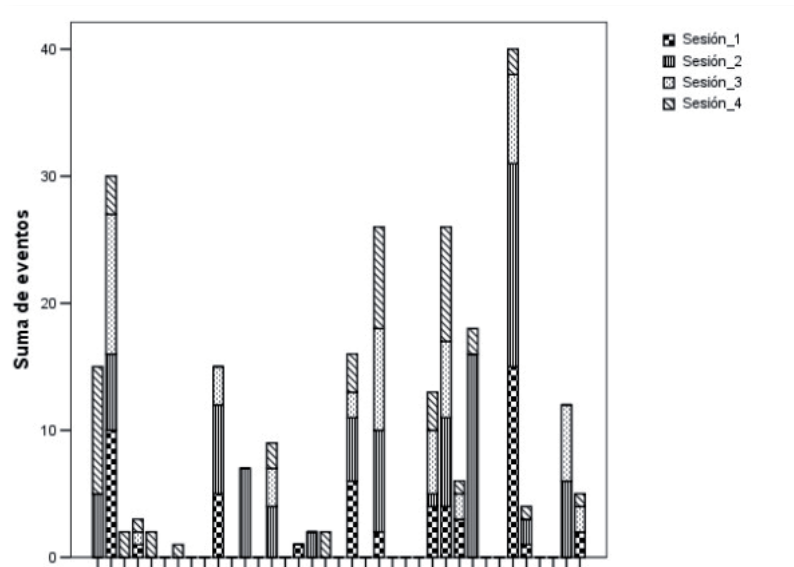


Figura 3. Frecuencias das condutas de somnolencia nas sesións de observación



Analizando a frecuencia por sesión obsérvase que a incidencia de condutas de somnolencia non dif re significativamente ($\chi^2=1,23$; $p=0.75$) futuando entre 2.42 e 2.62 os rangos medios proporcionados polo test de Friedman. Por suxeitos tampouco se observan variacións moi relevantes entre as sesións (ver Figura 3). Globalmente, as frecuencias dos suxeitos non varían significativamente entre as sesións tal e como se corrobora no ANOVA de medidas repetidas realizado ($F_{3,35}=1.19$; $p=0.32$). A maioría mantén niveis de baixas ou altas frecuencias ao longo das 4 sesións de observación, observándose que a maior parte dos que exhiben elevadas frecuencias de condutas de somnolencia o fan en tres ou catro das sesións de observación.

Coa intención de analizar a relación entre a frecuencia de condutas indicativas de somnolencia e a medicación que toman os usuarios analízase a correspondencia entre os tipos de medicación e o número medio de condutas indicativas de somnolencia que exhiben os suxeitos cunha frecuencia media destas condutas por riba de 1.5.

Nota. 1+3: antidepressivo/ansiolítico e somníferos; 1+4: antidepressivo/ansiolítico e calmantes; 7+8: antidepressivo/ansiolítico, calmantes e antihistamínicos; 1+2+4: antidepressivo/ansiolítico, antipsicótico e calmantes; 1+3+8: antidepressivo/ansiolítico, calmantes e somníferos; 1+2+4+5: antidepressivo/ansiolítico, antipsicótico, calmantes e broncodilatadores; 1+3+5+6+8: antidepressivo/ansiolítico, somnífero, broncodilatadores, corticoides e antihistamínicos; 1+2+3+4+6+8: antidepressivo/ansiolítico, antipsicótico, somnífero, calmantes corticoides e antihistamínicos.

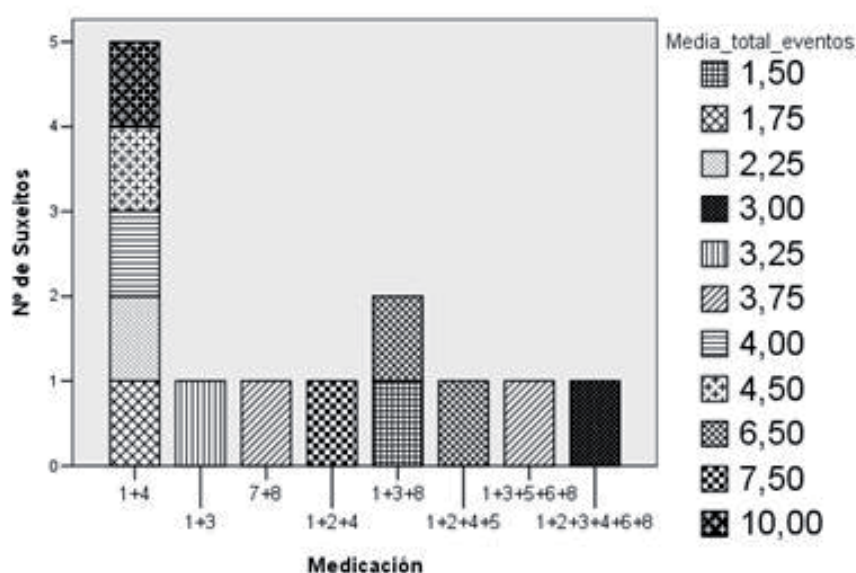
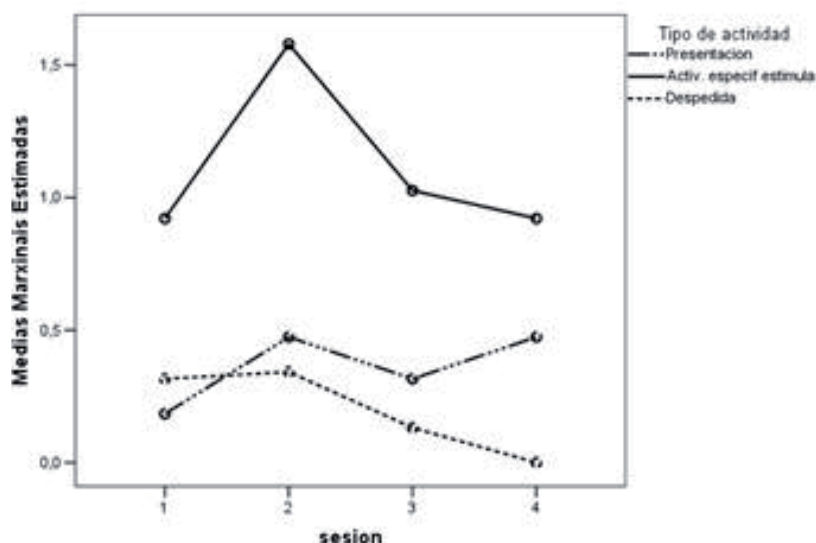


Figura 4. Correspondencia entre frecuencias de condutas indicativas de somnolencia e tipo de medicación

Tal e como se observa na Figura 4, a totalidade de suxeitos considerados e que presentan valores medios de frecuencias por riba de 1.5 están tratados con remedios de tipo antidepressivo/ansiolítico. Lémbrese, non obstante, que tal e como se informou nos descritivos dos participantes observados, case a totalidade reciben este tipo de medicación. A combinación de antidepressivo/ansiolítico e calmantes dáse en cinco suxeitos, catro deles con frecuencias medias de condutas indicativas de somnolencia por riba de 4.0 e polo tanto parece a combinación de fármacos candidata a asumir algunha responsabilidade no feito de que algúns usuarios tendan a durmirse nas sesión de estimulación. Outro remedio con elevada presenza nos tratamentos que reciben suxeitos con elevada tendencia á somnolencia son os antipsicóticos.

Coa finalidade de analizar as relacións entre a somnolencia e o tipo de actividade que se realiza ao longo das sesión de estimulación realizamos un ANOVA de medidas repetidas con dous factores intragrupo, un deles que denominamos Actividade con tres niveis que representan os tres períodos (i. e., período inicial, período intermedio e período final) e outro deles que denominamos Sesión con catro niveis que representan os catro momentos de observación e rexistro. Non se observan efectos principais do factor Sesión nin interaccións significativas con factor Actividades. Si se aprecian, en cambio, diferenzas en relación co tipo de actividade ($F_{2,36}=9.18$; $p=0.001$) observándose un número significativamente maior de condutas de somnolencia no período no que se realizan as actividades específicas de estimulación ($M=1.11$; $SE=0.26$) con respecto a cando se realizan as de presentación e orientación ($M=0.36$; $SE=0.93$), e as de despedida ($M=0.97$; $SE=0.73$) (ver Figura 5).

Figura 5. Medias marxinais estimadas das condutas de somnolencia en relación co tipo de actividade realizada



Por outra banda, a análise de regresión realizada para verificar a existencia de relacións entre as condutas de somnolencia e o estatus cognitivo ($R=0.35$; $\beta=-0.35$, $t=-2.26$; $F_{1,35}=5.12$; $p=0.030$) permite confirmar unha relación inversa significativa entre ambas que explica un 12.8% da varianza e que sinala un aumento destas condutas a medida que o estatus cognitivo descende.

Discusión

A nosa investigación permite concluir que: a) a conduta indicativa de somnolencia que maior frecuencia se observa é a de “pechar os ollos”; b) existe un grupo de suxeitos (os codificados como suxeito 32 e suxeito 2, seguidos a certa distancia polos suxeitos 22 e 27) que de xeito consistente presentan condutas de somnolencia excesiva ao longo das catro sesións de observación; c) os suxeitos que consomen unha medicación antidepressiva/ansiolítica combinada con calmantes/analxésicos son os que presentan con maior frecuencia este tipo de condutas; d) as condutas de somnolencia obsérvanse fundamentalmente durante a parte da sesión dedicada á realización de “actividades cognitivas específicas”, e e) os suxeitos con niveis de funcionamento cognitivo máis baixos tenden a presentar un número significativamente maior de condutas de somnolencia.

Dado que a maioría dos suxeitos están polimedicados, é difícil illar o fármaco individual que máis afecta este problema, non obstante os nosos resultados suxiren que o consumo de medicación antidepressiva/ansiolítica combinada fármacos calmantes/analxésicos ou antipsicóticos pode estar relacionado coa presenza de somnolencia excesiva durante as sesións de estimulación cognitiva.

Tal e como se constatou en estudos previos (Buechel et al., 201), a somnolencia excesiva afecta máis as persoas que presentan maiores afectacións no funcionamento cognitivo. Os nosos resultados permitiron constatar que a maior parte das condutas indicativas de somnolencia se producen na fase central das sesións en que se realizan actividades de estimulación específica. Varias poden ser as razóns que explican este resultado e todas deben ser consideradas: a) esta fase ocupa o 50% do tempo da sesión; b) é menos probable que se durman na fase inicial por acabar de ser mobilizados para acudir á sesión e na final polo seu dinamismo; c) son exercicios marcadamente máis difíciles que os realizados nos outros períodos e cunha presentación menos atractiva; f) os grupos son heteroxéneos e pode ser que a aqueles con maior deterioración cognitiva lles custe seguir a sesión.

Para intentar revertir esta tendencia poderíanse realizar unha serie de cambios xerais e específicos. En primeiro lugar, sería interesante revisar as doses e efectos secundarios illados e combinados da medicación que consomen os usuarios (en particular, as dos suxeitos 32, 2, 22 e 27). En segundo lugar, tamén conviría aumentar a homoxeneidade e reducir o tamaño dos grupos de traballo para poder axustar en maior medida as actividades ás súas capacidades, ao tempo que se estuda unha presentación máis participativa e doada de seguir polos usuarios fomentando a atención na sesión.

Outra opción sería a de tomar unha serie de medidas dirixidas a mellorar a hixiene do sono. Hai estudos que sosteñen que o exercicio físico moderado mellora o metabolismo e reduce a latencia do sono REM (Lira et al. 2011). Tamén exerce efectos positivos sobre o sono a exposición controlada á luz de onda curta. Un ciclo regular de exposición á luz

e á escuridade promove a sincronización do sono, mellorando a súa eficiencia, xa que moitas veces estes individuos case non teñen exposición da retina á luz natural ó atoparse internados (Figueiro, Lesniak, e Rea, 2011).

Os resultados do noso traballo deben ser interpretados con cautela, en primeiro lugar porque carecen da fiabilidade que proporciona o acordo interxuíces e, en segundo lugar, porque son incompletos xa que cómpre seguir recadando información complementaria e relevante necesaria para dar unha resposta que axude a orientar solucións a este problema (e. g., indagar sobre a calidade do sono das persoas que presentan maiores niveis de somnolencia, valorar o seu nivel de apatía).

Referencias

- Anguera Argilaga, MT., Blanco Villaseñor, A., Hernández Mendo, A., e Losada López, J.L. (2011). Diseños observacionales: ajuste y aplicación en psicología del deporte. Cuadernos de Psicología del Deporte, 11 (2), 63-76.
- BaHammam, A. e Pandi-Perumal, S.R. (2010). Interfacing Sleep and Aging. Frontiers in Neurology, 1, 132.
- Blazer, DG. e Steffens, DC. (2009). The American Psychiatric Publishing: tratado de psiquiatría geriátrica (4ª ed). Barcelona: Elsevier Masson.
- Brown, S.A., Schmitt, K. e Eckert, A. (2011). Aging and circadian disruption. Aging (Albany NY), 3 (8), 813-817.
- Buechel, H.M., Popovic, J., Searcy, J.L., Porter, N.M., Thibault, O. e Blalock, E.M. (2011). Deep sleep and parietal cortex gene expression changes are related to cognitive deficits with age. PLoS ONE 6 (4): e18387.
- De la Serna de Pedro, I. (2003). Salud mental en el anciano. Identificación y cuidados de los principales trastornos. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Echévarri, C. e Erro, M.E. (2007). Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30 (suplemento 1), 155-161.
- Empana, J.P., Dauvilliers, Y., Dartigues, J.F., Ritchie, K., Gariepy, J., Jouven, X., Tzourio, C., Amouyel, P., Besset, A. e Ducimetiere, P. (2009). Excessive daytime sleepiness is an independent risk indicator for cardiovascular mortality in community-dwelling elderly: the three city study. Stroke, Journal of the American Heart Association, 40; 1219-1224.
- Figueiro, M.G., Lesniak, N. e Rea, M.S. (2011). Implications of controlled short-wave length light exposure for sleep in older adults. BMC Research Notes 4, 334.
- Instituto Argentino de Medicina Basada en las Evidencias (IAMBE). Diseños de investigación Clínica. [Recuperado 16 de diciembre de 2011]. <http://www.iambe.org.ar/Disenos-OK.pdf>
- Lira, F.S., Pimentel, G.D., Santos, R.V., Oyama, L.M., Damaso, A.R., Oller do Nascimento, C.M., Viana, V.A.R., Boscolo, R.A., Grassmann, V., Santana, M.G., Esteves, A.M., Tufk, S. e de Mello, M.T. (2011). Exercise training improves sleep pattern and metabolic profile in elderly people in a time-dependent manner. Lipids in Health Disease, 10, 113.
- Singletary, K.G. e Naidoo, N. (2011). Disease and degeneration of aging neural systems that integrate sleep drive and circadian oscillations. Frontiers in Neurology, 2, 66.
- Thomas, P., Thomas-Hazif, C. e Arroyo-Anlló, E.M. (2000). Trastornos de la motivación en el anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 10 (1), 38-48.
- Turró-Garriga, O., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Pericot-Nierga, I., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Soler-Cors, O., Planas-Pujol, X., Monserrat-Vila e S., Garre-Olmo, J. (2009). Estudio longitudinal de la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Revista de Neurología, 48 (1); 7-13.

➔ Enlace pdf con la presentación:

Diseño de Investigación-acción sobre factores asociados a conductas indicativas de somnolencia nas sesións grupais de intervención cognitiva.

Investigación-acción sobre factores asociados a conductas indicativas de somnolencia nas sesións grupais de intervención cognitiva.

María Campos Magdaleno
-Psicoxerontóloga-

Diapositiva 1

Diapositiva 2

Investigación-acción sobre factores asociados a conductas indicativas de somnolencia nas sesións grupais de intervención cognitiva.

María Campos Magdaleno
-Psicoxerontóloga-

Introdución

Diapositiva 3

Introdución

- ▣ <50% de maiores presenta alteracións do sono:
 - * Dificultade para estar espertos
 - * Dificultade para conciliar-manter o sono
 - * Dificultade para beneficiarse dos efectos reparadores.
- ▣ Cambios no sono na terceira idade:
 - * Menos fase REM
 - * Menos fases de ondas lentas
 - * Aumento da latencia do sono
 - * Aumento de espertares nocturnos

Diapositiva 4

Introdución

- ▣ Ciclos sono-vixilia irregulares e aparición da “fase adiantada do sono”.
- ▣ As alteracións poden aparecer ou intensificarse coa medicación.
- ▣ Existe comorbilidade entre as demencias e as alteracións do sono (destrución de neurotransmisores).
- ▣ Hipótese de que o sono de ondas lentas contribúe á fixación das pegadas de memoria (responsabilidade no declive cognitivo).

Diapositiva 5

Introdución

- ▣ Consecuencias dos problemas de sono (tanto en demencias como en persoas sas):
 - * Redución da calidade de vida
 - * Estrés emocional
 - * Maior probabilidade de enfermarse e sufrir caídas
 - * Cambios de humor
 - * Problemas cognitivos
 - * Somnolencia diurna excesiva

Diapositiva 6

Introdución

- ▣ 10-30% dos maiores de 65 anos presentan somnolencia diurna excesiva.
 - * Sofren peor calidade de sono, ronquidos, maior insomnio e consomen maior número de medicamentos.
 - * Incrementase o risco de mortalidade
- ▣ Existe unha relación positiva entre insomnio e tendencia a durmir ó longo do día.

Diapositiva 7

Introdución

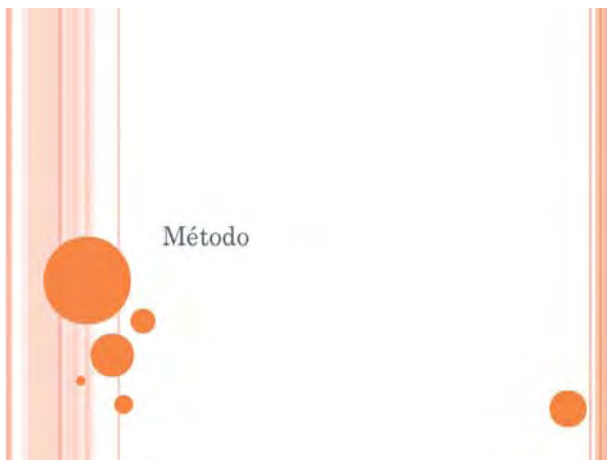
- ▣ A apatía aparece frecuentemente en anciáns, sobre todo con patoloxías neurodexenerativas.
- ▣ Apatía + problemas de sono = somnolencia diurna excesiva.

Diapositiva 8

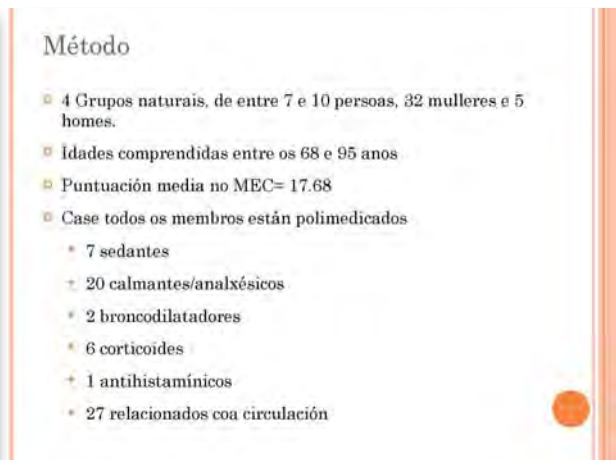
Introdución

- ▣ Obxectivos:
 - * Analizar a distribución das condutas indicativas de somnolencia excesiva nos suxeitos observados.
 - * Identificar os suxeitos que con maior frecuencia protagonizan condutas de somnolencia.
 - * Analizar as diferenzas de frecuencia en relación ao tipo de actividade, estatus cognitivo e medicación.

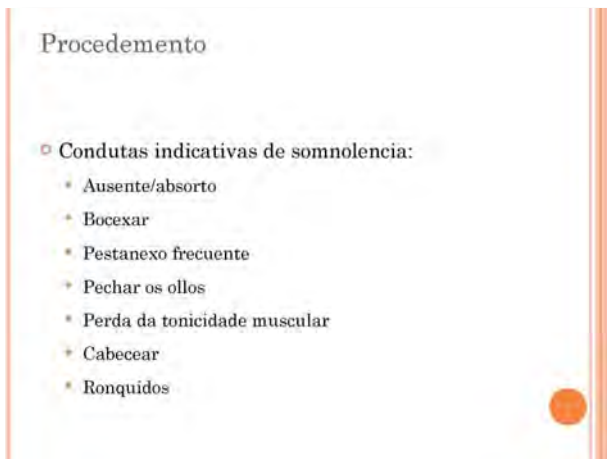
Diapositiva 9



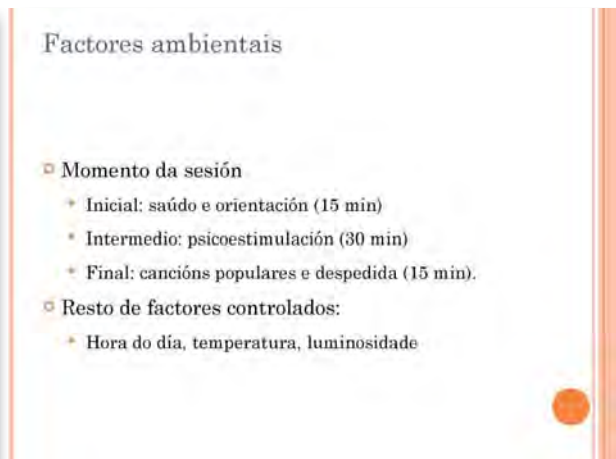
Diapositiva 10



Diapositiva 11



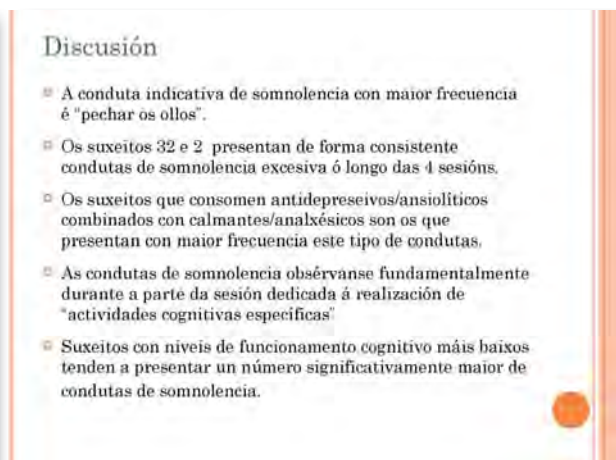
Diapositiva 12



Diapositiva 13



Diapositiva 14



Diapositiva 15

1. distribución asimétrica, non se axusta á curva normal

- ▣ Só 10 suxeitos presentan medias de 3 ou máis condutas, e só 6 destes 10 presentan catro ou máis condutas.

Diapositiva 16

2. A conduta indicativa de somnolencia con maior frecuencia é “**pechar os ollos**”.

- ▣ Análise comparada de frecuencias: “pechar os ollos” (130), “absorto/ausente” (35), “perda da tonicidade muscular” (34).

Diapositiva 17

3. Os suxeitos **32 e 2** presentan de forma consistente condutas de somnolencia excesiva ó longo das 4 sesións.

- ▣ O procedemento *Steam-and-Leaf Plot* marca como outliers os suxeitos 32 ($M=10$) e 2 ($M=7.5$)
- ▣ Frecuencia por sesión: non existen diferenzas significativas na media de condutas dos suxeitos

Diapositiva 18

4. Os suxeitos que consomen **antidepreseivos/ansiolíticos** combinados con **calmantes/analxésicos** son os que presentan con maior frecuencia este tipo de condutas.

- ▣ A totalidade de suxeitos que presentan frecuencias medias de condutas indicativas de somnolencia excesiva por encima de 1.5 están tratados con medicación antidepresiva/ansiolítica.
- ▣ A combinación de antidepresivos/ansiolíticos con calmantes/analxésicos dáse en 5 suxeitos, 4 dos cales presentan medias de condutas por encima de 4.

Diapositiva 19

5. Suxeitos con niveles de **funcionamento cognitivo máis baixos** tenden a presentar un número significativamente maior de condutas de somnolencia.

- ▣ Relación inversa entre número de condutas e estatus cognitivo.

Diapositiva 20

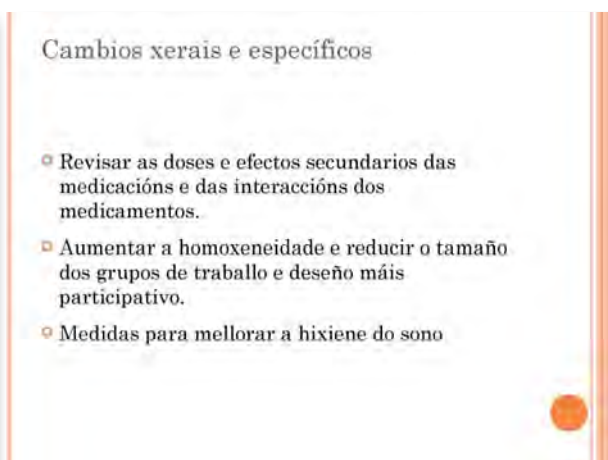
6. As condutas de somnolencia obsérvanse fundamentalmente durante a parte da sesión dedicada á realización de “**actividades cognitivas específicas**”

- ▣ Non hai interaccións significativas entre os factores Actividade (inicial, intermedio, final) e Sesión (catro momentos de rexistro)
- ▣ Diferenzas significativas no factor actividade: maior número de condutas nas actividades de psicoestimulación.

Diapositiva 21



Diapositiva 22



Diapositiva 23



Comunicación:

Envejecimiento y calidad de vida

- Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales.
- Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con enfermedad de PARKINSON que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales.
- Investigación sobre necesidades percibidas y calidad de vida en personas con discapacidad en proceso de envejecimiento.

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castelao.

Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castela

Sociedad Asturiana de Psicología de la Rehabilitación

Introducción

El trabajo que exponemos a continuación se integra dentro de las investigaciones sobre el proceso de envejecimiento de personas con discapacidad (PcD) llevadas a cabo por el Equipo de investigación dirigido por el Profesor Aguado, de la Universidad de Oviedo. Seguimos la línea ya establecida por nuestro equipo de investigación que cuenta con trabajos previos con el fin de analizar las variabilidades que se producen en esta etapa evolutiva ya que el envejecimiento es un proceso natural que se traduce en cambios biológicos muy variados (Aguado, Alcedo, Fontanil Arias y Verdugo, 2001).

En este trabajo se presentan los datos relativos a las necesidades percibidas (NPs) en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual (PcDI), expresados por ellas mismas, sus familiares y los profesionales que les atienden. Así se obtiene una triple perspectiva enriquecedora. Consideramos que puesto que se trata de un colectivo en constante crecimiento el formado por PcD que envejecen, en concreto el PcDI, es importante conocer de primera mano sus necesidades.

Objetivos

- Recoger las NPs por las PcDI, los familiares y profesionales que les atienden para poder establecer diferencias y similitudes entre los mismos.
- Indicar posibles líneas futuras de aplicación de nuestros resultados proponiendo opciones de actuación con vistas a la planificación de aquellos recursos que posibiliten el incremento y mejora de la calidad de vida (CV) de esta población.
- Contribuir a la aportación de suficiente información para que los servicios de atención a personas con PcDI mayores generen estrategias de prevención de los problemas objeto de estudio.

Muestra

La muestra de este estudio ha sido seleccionada siguiendo un criterio fijado previamente y considerado requisito indispensable en nuestra investigación. Siguiendo este requisito contamos con una muestra formada por 1346 personas con PcDI; este número puede ser considerado representativo de nuestra población objeto de estudio.

El criterio que orientó la selección de nuestra muestra es el que sigue:

- Personas con PcDI mayores de 45 años (35 en el caso de las PcSD y PcPC).

Para evaluar el proceso de envejecer con una discapacidad hemos considerado que el tiempo de evolución con la discapacidad sea de al menos 3 años.

Para contactar con los sujetos susceptibles de formar parte de nuestra muestra se procedió a la toma de contacto con asociaciones prestadoras de servicios de este colectivo. Así la captación de personas con PcDI se ha realizado fundamentalmente a través de asociaciones de PcD.

De este mismo modo hemos contactado con los familiares y profesionales.

Instrumentos de evaluación

Para realizar la evaluación de las NPs de las PcDI que se encuentran en el proceso de envejecimiento, hemos utilizado 3 entrevistas paralelas semiestructuradas: para las PcDI, para sus familiares y para los profesionales que les atienden.

A continuación, pasamos a describir cada una de ellas (Alcedo, Aguado, Arias, González y Rozada, 2008).

Entrevista Personal: se trata de una entrevista semiestructurada integrada por la combinación de 94 preguntas abiertas y cerradas que recogen información sobre la vida de las PcDI mayores. Los componentes de la entrevista personal son:

- Datos personales: género, edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, procedencia, nivel cultural, nivel profesional, ocupación e ingresos.
- Datos relativos a la cumplimentación de la entrevista: lugar y persona que la cumplimenta.
- Datos clínicos: grado de minusvalía.
- Datos sobre la convivencia: presencia de padres, hermanos e hijos y tipo de convivencia.
- Preocupaciones y necesidades generales y específicas sobre salud personal, recursos económicos, recursos asistenciales sanitarios, recursos de servicios sociales, existencia de barreras y otras necesidades y preocupaciones.
- Soluciones que considera necesarias.
- Medidas y apoyos institucionales que echan en falta.
- Pensamientos sobre su futuro.
- Problemas señalados.
- Aparece como última una pregunta abierta “alguna otra consideración que añadir”.

Entrevista Familiar: se presenta adjunta a la entrevista personal, en su parte final se reserva espacio, concretamente seis preguntas, para las opiniones de los familiares acerca de las necesidades y demandas que perciben, en las que se recoge información sobre los siguientes aspectos:

- Datos de la persona que cumplimenta la entrevista.
- Datos sobre las preocupaciones y necesidades, soluciones, medidas y apoyos institucionales, pensamiento sobre el futuro de la persona con DI.
- También se ofrece una última pregunta abierta para “alguna otra consideración que añadir”.

Entrevista Institucional: con el objetivo de completar la evaluación de las NPs de PcDI que envejecen, consideramos necesario recoger las opiniones de las asociaciones de las que son miembros, así como de las instituciones que les prestan sus servicios. Tales organizaciones pueden ofrecer información y sugerencias en torno a posibles líneas de actuación de cara a la atención de las necesidades de la población objeto de esta investigación. A tal efecto se utilizará una entrevista que combina 17 preguntas abiertas y cerradas.

La entrevista ha de ser contestada por directivos y profesionales que trabajan con el colectivo.

Los componentes de la entrevista son:

- Datos sobre la asociación, institución, organismo, centro, etc.
- Datos sobre la población atendida: número de socios, descripción de los asociados.
- Servicios prestados: profesionales de que disponen, tipo de servicios y tipo de alojamiento de que disponen.
- Análisis de las necesidades: preocupaciones de la institución, demandas de los asociados, soluciones, medidas y apoyos institucionales.
- Perspectivas de futuro: en relación con sus asociados y con el resto de colectivo de PcD mayores.
- Finalmente, se presenta una última pregunta abierta para “alguna consideración que añadir”.

Resultados

En primer lugar, en lo referente a las características de nuestra muestra hemos reunido a un total de 1346 PcDI, 671 familiares y 587 profesionales.

En la muestra de PcDI deberíamos reseñar como variables sociodemográficas importantes el tipo de discapacidad, la edad de los sujetos y el tipo de cumplimentación de la entrevista.

Centrándonos en los tipos de discapacidad registrados encontramos, según se muestra en la tabla 1, que el grupo más abundante es el formado por personas con discapacidad intelectual no Down (61,44%), seguido por las personas con síndrome de Down (15,68%) y las que han sufrido accidente cerebrovascular (ACV) (5,5%). Además atendiendo a la edad (tabla2), nos encontramos con una media de edad de 53,36 años siendo la desviación típica de 8,750. Recordemos que en nuestra investigación siguiendo un consenso hemos marcado el inicio del proceso de envejecimiento en este colectivo en 45 años y 35 en el caso de las personas con SD y PC por lo que la media de edad de nuestra muestra nos indica que nos hallamos ante una muestra que presentará problemas similares a los de las personas sin discapacidad con 60-70 años. En cuanto a la edad máxima de nuestra muestra, encontramos una mujer con 93 años, tenemos que ser conscientes de la importancia de que las PcDI alcancen edades longevas. Por tanto, el hecho de contar en nuestra muestra con edades superiores a los 70 años refleja el aumento en la esperanza de vida de personas con discapacidad debido a las mejoras y avances en medicina y a la prevención del deterioro funcional.

Tipo de discapacidad	Varones	Mujeres	Totales	%
DI Down	128	83	211	15,68
DI Otras	475	352	827	61,44
Discapacidad Intelectual	603	435	1.038	77,11
DF PC	125	82	207	15,38
DF ACV	41	33	74	5,5
DF otras con AC	13	14	27	2
Discapacidad Física	179	129	308	22,89
Totales	782	564	1.346	100

Tabla 1: Características de la muestra por tipo de discapacidad desglosada.

Edad	DI				DF						Total
	Down		Otras		PC		ACV		DF otras con AC		
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	
Media	48,63	47,17	53,98	53,01	52,78	51,45	63,39	69,36	58,85	64,71	53,36
Mediana	47	47	52	51	51	50	63	71	52	67	51
Moda	45ª	46	49	45	45	45ª	70	62ª	45ª	48	45
Desviación típica	7,102	7,216	7,618	7,142	7,025	6,045	11,617	13,481	14,485	14,419	8,75
Rango	35	31	39	35	33	32	38	48	43	37	58
Mínimo	35	35	41	45	39	36	47	45	45	48	35

Máximo	70	66	80	80	72	68	85	93	88	85	93
Totales	128	83	475	352	125	82	41	33	13	14	1346
	211		827		207		74		27		

* Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Tabla 2: Características de la muestra por la edad en función del tipo de discapacidad desglosado por tipo de discapacidad y por género.

La tercera variable a tener en cuenta es el tipo de cumplimentación y el tipo de informe (tabla 3). De tal modo que el 67% de nuestra muestra está compuesta por heteroinforme, de los cuales el 18,1% fueron realizados por familiares y el 48,8% por profesionales.

Cumplimentada por	N	%
Autoaplicada	446	33,1
Familiar	243	18,1
Profesional	657	48,8
Total	1346	100

Tabla 3: Síntesis de las características de la muestra por tipo de cumplimentación de la entrevista.

A grandes rasgos, y atendiendo a otras variables como el estado civil nuestra muestra de PcDI está compuesta por una abrumadora mayoría (92,6%) de solteros, un 3,0% están casados, un 0,7% en pareja, un 1,7% divorciados y finalmente un 2,1%, viudos. Además respecto al nivel cultural presentan un nivel formativo medio-bajo, la mitad (53,5%) son analfabetos; el 19,5% neolectores; el 23,6% tiene estudios primarios; el 2,1% tiene estudios medios; el 0,4% son diplomados y el 0,8% son titulados superiores. En cuanto a su ocupación actual el 71,4% son pensionistas; el 2,6% jubilados; el 2,7% amas de casa; en activo se encuentran el 10,5 y finalmente en paro un 10,7%. Por último, teniendo en cuenta el nivel de ingresos la gran mayoría (68%) perciben una pensión no contributiva; el 7,9% de los entrevistados perciben un salario. El 7,2% tienen una pensión contributiva y por último el 14,8% perciben otras pensiones. Es importante destacar que un 1,2% no perciben ingresos, un total de 16 PcDI.

Si nos centramos en la presencia de familia, encontramos que el 16,1% cuenta con ambos progenitores vivos y en 32,6% con al menos uno. Además el 85,6% tiene hermanos y el 7,7% hijos. En cuanto al tipo de convivencia el 3% convive con su familia propia, el 42% con la familia de origen, el 36% en un servicio residencial, el 16% tiene otras fórmulas de convivencia y únicamente el 3% reside solo. Por tanto, han respondido a la entrevista PcDI mayores, ligero predominio de varones, con nivel cultural y profesional bajo, pensionistas, residentes en viviendas familiares, con hermanos e hijos.

En cuanto a la muestra familiar, el 49,9% de las entrevistas realizadas a PcDI fueron realizadas también a sus familiares, obteniendo un total de 671 entrevistas. De estas, observamos su grado de parentesco en la tabla 4: casi la mitad (47,1%) fueron realizadas por hermanos/as, el otro familiar más presente son los padres (25,8%), seguidos de otro familiar (11,2%). También han contestado a la entrevista los tutores legales (6,4%), hijos (3,1%), amigos (2,1%) y en un menor grado los cónyuges (1,6%).

Parentesco	N	Porcentaje
Cónyuge	11	1,6
Hijo/a	21	3,1
Hermano/a	316	47,1
Padre/Madre	173	25,8
Sobrino/a	18	2,7
Otro familiar	75	11,2
Amigo	14	2,1

Tutor Legal	43	6,4
Total	671	100

Tabla 4: Parentesco de las personas de la muestra familiar con las PcDI.

Por último, en la muestra de profesionales formada por 587 personas, hay dos variables que conviene destacar

La primera variable es el lugar de aplicación de la entrevista, estos datos se presentan en la tabla 5. De este modo casi la mitad, un 48,7% realizaron la entrevista en el centro de trabajo, un 16,9% lo hizo en una residencia, un 13,6% en la sede de la asociación y un 1,4% lo realizaron en otros lugares. Aparece también un 6,1% que cumplimentó la entrevista en un centro de día, un 1,7% en un centro social y finalmente un 1,5% en un domicilio particular.

Examinamos también quién cumplimenta la entrevista (tabla 6), es decir, qué tipo de profesional o qué trabajo desempeña con respecto a las PcDI. En la tabla 6 se muestran dichos datos, podemos observar que casi la mitad de la muestra, un 46,5% han sido realizadas por profesionales, un 16,9% han sido cumplimentadas por cuidadores/as y un 9,0% por directores/as. En menor grado aparecen también, un 7,7% realizadas por otro tipo de trabajadores, un 5,8% por estudiantes, un 4,8% por personal de la asociación, un 4,6% por trabajadores sociales, un 3,7% han sido cumplimentadas por personal directivo y finalmente un 1,0% por presidentes/as de asociaciones.

Lugar de aplicación	N	%
Sede de la asociación	80	13,6
Residencia	99	16,9
Centro social	10	1,7
Domicilio particular	9	1,5
Centro de trabajo	286	48,7
Centro de día	36	6,1
Otros	67	11,4
Total	587	100

Tabla 5: Características de la muestra institucional por el lugar de aplicación.

Cumplimentada por	N	%
Director/a	53	9
Presidente	6	1
Directivo/a	22	3,7
Personal de la asociación	28	4,8
Trabajador/a social	27	4,6
Profesional	273	46,5
Cuidador/a	99	16,9
Otros/as	45	7,7
Estudiantes	34	5,8
Total	587	100

Tabla 6: Características de la muestra institucional por la persona que cumplimenta la entrevista.

Una vez descritas a grandes rasgos las principales características de la muestra pasamos pues a exponer los principales resultados de este estudio. Tal y como expresamos con anterioridad, nuestro interés inicial pasaba

por conocer las NPs por PcDI, sus familiares y los profesionales que trabajan en la atención de este colectivo y realizar una comparación entre ellas. Es el momento de realizar dicha comparación de una forma sistemática, para ello nos vamos a apoyar en la tabla 7y el gráfico 1.

En líneas generales, podemos confirmar que existen claras similitudes, especialmente entre las propias PcDI y sus familias, además de una perspectiva adicional por parte de los profesionales.

Así vemos que la salud personal es la mayor preocupación tanto para las PcDI como para sus familias, ocupando el segundo lugar de importancia en el caso de los profesionales tras otras preocupaciones. Las barreras se sitúan como la segunda preocupación para las PcDI y la tercera para las familias y profesionales, le siguen la preocupación por los recursos de servicios sociales en el caso de las PcDI, esta ocupa el segundo lugar para las familias y el cuarto para los profesionales. Otras preocupaciones tales como dónde vivir en el futuro preocupan en cuarto lugar a las PcDI y a las familias. Los recursos sanitarios son la quinta preocupación para las PcDI, para las familias y profesionales. Por último, los recursos económicos son para los tres grupos la preocupación que ocupa el sexto lugar según el número total de respuestas.

Preocupaciones y necesidades:	Personas	Familias	Profesionales
Salud personal	2.411	1.605	1.462
Recursos económicos	1.323	918	934
Recursos asistenciales sanitarios	1.592	1.175	1.181
Recursos de servicios sociales	1.766	1.499	1.240
Existencia de barreras	1.992	1.285	1.324
Otras preocupaciones	1.671	1.185	1.833
Respuestas totales	10.755	7.667	7.974

Tabla 143: Frecuencias de respuestas de preocupaciones de las entrevistas personales, familiares e institucionales.

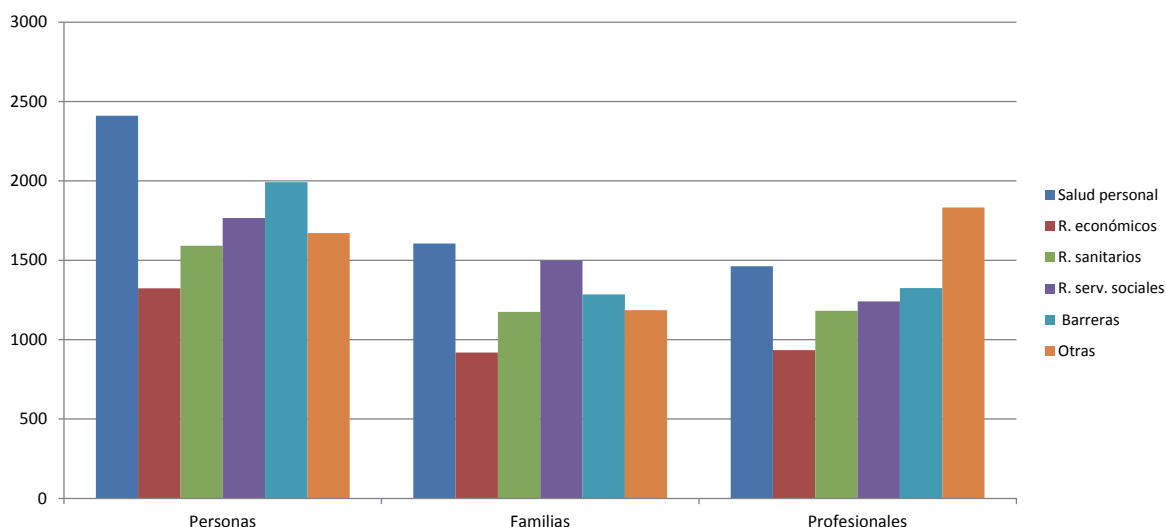


Gráfico 23: Frecuencias de respuestas de preocupaciones sobre salud personal, recursos económicos, etc. de las entrevistas personales, familiares e institucionales.

Resumiendo, a grandes rasgos los tres grupos presentan amplias similitudes en la preferencia de demandas y la exposición de necesidades, aunque estas similitudes sean más amplias en el caso de las PcDI y sus familias, aportando los profesionales una perspectiva complementaria.

Se trata pues de un campo con muchas coincidencias, existiendo cierta sintonía entre los tres grupos, personas, familias y profesionales; en especial si lo comparamos con otros colectivos.

Conclusiones

Los resultados ayudan a arrojar luz sobre este campo facilitando el entendimiento de las carencias que se encuentra este colectivo al afrontar dicha etapa vital. De este modo, encontramos paralelismos en los tres grupos siendo algunas de las mayores preocupaciones los recursos de servicios sociales y la salud en general.

Referencias bibliográficas

- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Fontanil, Y., Arias, B. y Verdugo, M.A. (2001). Discapacidad y envejecimiento: Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. (Inédito)
- Alcedo, M.A., Aguado, A.L., Arias, B., González, M. y Rozada, C. (2008) Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. *Intervención Psicosocial*, 17 (2), 153-167.

➔ Enlace pdf con la presentación:

Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales.

"Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales"

**Solís, P.; Payo, A.; Aguado, A.L.; Souto, M.;
Suárez, N. y Castelao, S.**

Symposium: "Envejecimiento y Calidad de Vida"

Diapositiva 1

Diapositiva 2

"Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales"

**Solís, P.; Payo, A.; Aguado, A.L.; Souto, M.;
Suárez, N. y Castelao, S.**

Symposium: "Envejecimiento y Calidad de Vida"

CV y necesidades percibidas: Agradecimientos

- ✓ Investigadores participantes e investigadores de campo;
- ✓ Asociaciones, centros e instituciones;
- ✓ Personas con discapacidad, familias y profesionales.

Diapositiva 3

CV y necesidades percibidas:
Recogida de datos: DI-Estatal

- ✓ Cumplimentación (hasta 31-12-2010):
- ✓ Entrevista personal: **1346 personas con discapacidad intelectual.**
- ✓ Entrevista familiar: **671 familiares.**
- ✓ Entrevista institucional: **587 directivos y profesionales.**

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

Diapositiva 4

CV y necesidades percibidas:
Muestra (1)

- ✓ **1346** PcDI, entre 45 y 99 años; media de edad: **53,36** años, DT: 8,75;
- ✓ Mujeres: 42,0%, entre 35-93; media: 53,17;
- ✓ Varones: 58,0%, entre 35-88; media: 53,49.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

Diapositiva 5

CV y necesidades percibidas:
Muestra (2)

Tipo de discapacidad	Varones	Mujeres	Totales	%
DI Down	128	83	211	15,68
DI Otras	475	352	827	61,44
Discapacidad Intelectual	603	435	1038	77,11
DF PC	125	82	207	15,38
DF ACV	41	33	74	5,5
DF otras con AC	13	14	27	2,0
Discapacidad Física	179	129	308	22,89
Totales	782	564	1346	100

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

Diapositiva 6

CV y necesidades percibidas:
Muestra (3)

Edad	Tipos de discapacidad								Total
	DI				PC/ACV/Otras		Totales		
	Down		Otras		V	M	V	M	
Media	48,83	47,17	53,98	53,01	58,34	61,84	53,49	53,17	53,36
Mediana	47	47	52	51	55	62	51,50	51,00	51,00
Moda	45	46	49	45	45	45	45	45	45
D. típica	7,102	7,216	7,618	7,142	11,042	11,315	8,433	9,177	8,750
Rango	35	31	39	35	49	57	53	58	58
Mínimo	35	35	45	45	39	36	35	35	35
Máximo	70	66	80	80	88	93	88	93	93
Totales	128	83	475	352	179	129	782	564	1346
	211		827		308		1346		100

Diapositiva 7

CV y necesidades percibidas:
Muestra (5)
Otras variables:

- ✓ Asumidora mayoría, 92,6%, **solteros**; 3,0% casados, 0,7% en pareja; 1,7% divorciados; 2,1% viudos;
- ✓ La mitad 53,5% **analfabetos**; 19,5% neoflectores; 23,6% estudios primarios; 2,1% estudios medios; 0,4% diplomados; 0,8% titulados superiores.
- ✓ **71,4%**, pensionistas; **2,6%**, jubilados; 2,7% amas de casa; **en activo 10,5%**; en paro, 10,7%;
- ✓ 7,9%, salario; 68%, pensión no contributiva; 7,2%, pensión contributiva; otras pensiones, 14,8%;
- ➔ **1,2% SIN INGRESOS (16 PcD).**

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

Diapositiva 8

CV y necesidades percibidas:
Muestra (6)
Familia y convivencia:

- ✓ Presencia ambos progenitores, 16,1%; uno, 32,6%.
- ✓ Presencia de hermanos, 85,6%.
- ✓ Presencia de hijos, 7,7%.
- ✓ Tipo de convivencia:
 - ✓ familia propia, 3%;
 - ✓ familia de origen, 42 %;
 - ✓ servicio residencial, 36%;
 - ✓ otras fórmulas, 16%;
 - ✓ sólo, 3%.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

CV y necesidades percibidas: Muestra (7)

Tipos de discapacidad: Convivencia (%)

	DI		DF			Total
	Down	Otras	PC	ACV	Otras	
Sólo	2	19	14	5	1	41
Familia propia	-	4	1	29	8	42
Familia origen	122	355	83	5	4	569
Otras fórmulas	54	136	19	3	-	212
Serv.residencial	33	313	90	32	14	482
Total	211	827	207	74	27	1346
	1038		308			

9

CV y necesidades percibidas: Muestra (8)

Prototipo de esta muestra:

- ✓ Han respondido a la entrevista PcD. Mayores, ligero predominio de varones, con nivel cultural y profesional bajo, pensionistas, residentes en viviendas familiares, con hermanos e hijos.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

10

CV y necesidades percibidas: Muestra Familiar (1)

- ✓ **671** familiares de PcDI.
- ✓ 47,1% hermanos, 25,8% padre o madre, 11,2% otro familiar, 6,4% tutor legal.
- ✓ Sus familiares son 55,3% varones y 44,7% mujeres. Con una media de edad de 52,74 años.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

11

CV y necesidades percibidas: Muestra Profesionales(1)

- ✓ **587** profesionales que trabajan con PcDI.
- ✓ 46,5% profesionales, 16,9% cuidadores, 9% directores, 7,7% otros.
- ✓ 51,3% centros, 30,7% asociaciones, 11,8% residencias y 6,3% otros.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

12



CV y necesidades percibidas: Preocupaciones y necesidades PcDI: Conclusiones (1)

- Las preocupaciones sobre salud personal y sobre la existencia de barreras, las más dominantes.
- Salud personal: estado de salud general, limitaciones funcionales personales, dependencia, cuidados personales diarios.
- Barreras: arquitectónicas, sociales, aceptación por parte de la sociedad, accesibilidad edificios públicos.
- R. económicos: pensiones, situación económica familiar, independencia económica.
- R. asistenciales sanitarios: atención sanitaria hospitalaria, calidad de la asistencia, más y mejores instalaciones.
- R. de servicios sociales: de ocio y tiempo libre, ayuda a domicilio, más y mejores instancias sociales.
- Otras: dónde y con quién vivir en el futuro, futuro de la familia.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

14

Diapositiva 15

CV y necesidades percibidas:
Preocupaciones y necesidades PcDI :
Conclusiones (2)

- **Soluciones propuestas:** subida de las pensiones, servicios de apoyo al ocio y tiempo libre.
- **Medidas y apoyos requeridos:** apoyo de los ayuntamientos, incrementar los recursos de las asociaciones, coordinación entre las distintas administraciones.
- **Pensamientos sobre el futuro:** vivir con calidad de vida, seguir viviendo, no pienso en el futuro.
- **Problemas señalados:** problemas de salud, ansiedad, estrés, problemas de memoria.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

15

Diapositiva 16

CV y necesidades percibidas:
Tendencias generales (Familias de PcDI):
Preocupaciones y necesidades, soluciones...

- **Específicos de Familias:** recursos de servicios sociales, salud personal, servicios de alojamiento, dónde y con quién vivir en el futuro...
- **Coincidentes con población general:** subida de las pensiones, vivir con calidad de vida...
- **Coincidentes con población discapacitada:** barreras sociales y arquitectónicas...
- **No esperados:** servicios de apoyo al ocio y tiempo libre...
- **Curiosidades:** apoyo de los ayuntamientos, incrementar los recursos de las asociaciones, coordinación entre las distintas administraciones.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

16

Diapositiva 17

CV y necesidades percibidas:
Tendencias generales:
Personas, Familias y Profesionales PcDI:

- **Campo con muchas coincidencias,** cierta sintonía personas-familias-profesionales, en especial comparado con otros colectivos.
- **Coincidentes con población general:** pensiones, vivir con calidad de vida...
- **Curiosidad:** incrementar los recursos de las asociaciones, coordinación distintas administraciones...

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

17

Diapositiva 18

CV y necesidades percibidas:
Tendencias generales:
Personas, Familias y Profesionales PcDI :

- **Dominantes:** ocio y tiempo libre, salud personal, recursos de servicios sociales, dónde y con quién vivir en el futuro, aceptación por la sociedad.

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

18

Diapositiva 19

Sugerencias

Doble línea de actuación:

- **Garantía de recursos y dispositivos:**
 - Garantías de futuro;
 - Entorno **inclusivo** y **adaptado** a necesidades.
- **Reorientación de programas hacia:**
 - **Autonomía** personal;
 - Habilidades para establecer **vínculos afectivos**;
 - Actividades de **ocio y tiempo libre.**

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

19

Diapositiva 20

Sugerencias

- Hemos conseguido **añadir años a la vida:** viven muchos más años.
- **Objetivo:** **añadir vida a los años:** calidad de vida, autonomía, seguridad: que vivan más y mejor.
- **En ello estamos todos comprometidos.**

Oviedo - DyE - Aguado - 2010

20

Necesidades percibidas y calidad de vida



**Muchas gracias
por su presencia y
por su atención**

Equipo de Investigación en Discapacidad,
U. de Oviedo - 2011

21

Necesidades percibidas en personas con enfermedad de Parkinson que envejecen: convergencias y divergencias entre personas, familias y profesionales

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castelao.

Sociedad Asturiana de Psicología de la Rehabilitación

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Necesidades percibidas en personas con enfermedad de Parkinson que envejecen: convergencias y divergencias entre personas, familias y profesionales](#)

“Necesidades Percibidas en personas con enfermedad de Parkinson que envejecen: convergencias y divergencias entre personas, familias y profesionales”

Autores: Souto, M., Suárez, N., Solís, P., Aguado, A.L., Alcedo, M.A. y Real, S.

Symposium: “Envejecimiento y Calidad de Vida”

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012



Diapositiva 1

"Necesidades Percibidas en personas con enfermedad de Parkinson que envejecen: convergencias y divergencias entre personas, familias y profesionales"

Autores: Souto, M., Suárez, N., Solís, P., Aguado, A.L., Alcedo, M.A. y Real, S.

Symposium: "Envejecimiento y Calidad de Vida"

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo - 2012

Diapositiva 2

Necesidades percibidas: Agradecimientos

- ✓ Personas usuarias de centros de día, asociaciones, residencias, domicilios;
- ✓ Familiares de Parkinson;
- ✓ Profesionales.

Equipo de Investigación en
Discapacidad,
U. de Oviedo - 2012

2

Diapositiva 3

Necesidades Percibidas: Recogida de datos

- ✓ Entrevista personal: **179 EP.**
- ✓ Entrevista familiar: **89 familiares.**
- ✓ Entrevista institucional: **146 directivos y profesionales.**

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo - 2012

3

Diapositiva 4

Necesidades percibidas: Muestra PcEP (1)

Otras variables:

- ✓ Cumplimentación: **Autoaplicada** 58,7%. Familiar: 25,7%.
- ✓ En pareja 0%; divorciados 4,5%; viudos 31,3% (**EPv: 8, EPm: 48**).
- ✓ **Estudios primarios** 58,7%, analfabetos 5,5%, superior 2,8%.
- ✓ **Amas de casa** 37,9% (0 varones), jubilados 37,4%; pensionista 40,3%.

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo - 2012

4

Diapositiva 5

Necesidades Percibidas: Muestra PcEP (2)

Edad	Varones	Mujeres	Total
Media	72,12	72,63	72,40
Mediana	72	75	74
Moda	78	75	75
Desviación típica	9,32	9,45	9,4
Rango	46	46	47
Mínimo	46	45	45
Máximo	92	91	92
Total	81	98	179
%	45,25	54,75	100

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo - 2012

Diapositiva 6

Necesidades Percibidas: Muestra PcEP (3)

Convivencia	PK		Dicotomizada	PK	
	N	%		N	%
Sólo/a	29	16,2	Domicilio Residencia	146	81,6
Familia propia	108	60,3			
Familia de origen	9	5,0			
Otras fórmulas	6	3,4			
Servicio residencial	27	15,1		33	18,4
Total	179	100		179	100

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo - 2012

6

Diapositiva 7

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (1)

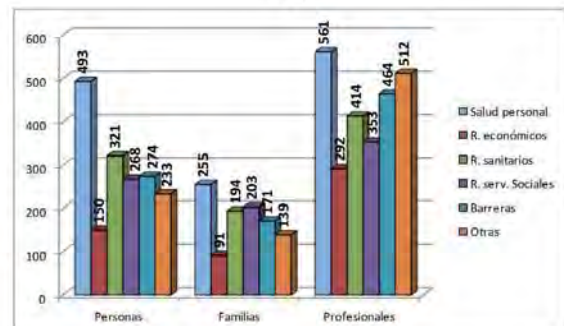
Preocupaciones y necesidades:	Personas	Familias	Profesionales
Salud personal	493	255	561
Recursos económicos	150	91	292
Recursos asistenciales sanitarios	321	194	414
Recursos de servicios sociales	268	203	353
Existencia de barreras	274	171	464
Otras preocupaciones	233	139	512
Respuestas totales	1739	1053	2596

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

7

Diapositiva 8

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (2)



Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2011

8

Diapositiva 9

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (3)

Personas – Familias – Profesionales

Salud personal

Convergenencias:

- Estado de salud general (Pe 64,2%, F 70,8%, Pr 64,4%)
- Dificultades para acudir al tratamiento (Pe 10,6, F 11,2%, Pr 26,0%)

Divergencias Prioridades:

- Personas (51,4%) y Familia (48,3%): Limitaciones funcionales personales
- Profesionales (61,6%): Cuidados personales diarios

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

9

Diapositiva 10

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (4)

Personas - Familias- Profesionales

Recursos económicos

Convergenencias:

- Pensión (Pe 45,8%, F 47,2%)
- Situación económica familiar (Pe 12,8%, F 20,2%, Pr 37,0%)

Divergencias Prioridades:

- Profesionales (54,8%): Subvenciones
- Divergencias en puntuaciones mínimas:
- Personas (1,1%): Encontrar un puesto de trabajo
- Familias (1,1%): Incapacidad laboral

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

10

Diapositiva 11

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (5)

Personas - Familias- Profesionales:

Recursos sanitarios

Convergenencias:

- Tratamiento de fisioterapia (Pe 33,5%, F 40,4%)
- Más y mejores instalaciones sanitarias (Pe 33,0%, F 38,2%)

Divergencias Prioridades:

- Profesionales: Calidad de la asistencia sanitaria (49,3%) y Asistencia sanitaria hospitalaria (44,5%)

Divergencias mínimas puntuaciones:

- Personas (10,6%) y Familia (9,0): Dispositivos de apoyo y protésicos
- Personas (10,6%): Asistencia salud mental
- Profesionales (18,5%): Falta de información sobre estos recursos

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

11

Diapositiva 12

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (6)

Personas - Familias- Profesionales

Recursos de servicios sociales

Convergenencias:

- Ayuda a domicilio (Pe 33,5%, F 48,3%)
- Más y mejores instalaciones sociales (Pe 29,1%, F 40,4%)

Divergencias Prioridades:

- Profesionales: Calidad de la asistencia social (44,5%) y Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre (41,1%)

Divergencias puntuaciones mínimas:

- Personas (7,8%) y Familia (10,1%): Servicios de alojamiento
- Familias (10,1%) y Profesionales (17,1%): Asesoramiento jurídico

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

12

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias (7)

Personas - Familias- Profesionales

Existencia de barreras

Convergencias:

- Barreras arquitectónicas (Pe 34,6%, F 43,8%, Pr 46,6%)
- Facilidad de transporte (Pe 27,4%, F 36,0%, Pr 45,2%)
- Divergencias Prioridades:
- Profesionales (46,6%): Barreras sociales
- Divergencias puntuaciones mínimas:
- Personas (10,6%) y familias (9,0%): Aceptación por parte de la familia
- Profesionales (25,3%): Escasez de voluntariado

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

13

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias. Soluciones (1)

Personas - Familias- Profesionales

Soluciones propuestas:

Salud personal

Convergencias:

- Ayuda para cuidados personales diarios (Pe 27,9%, F 44,9%, Pr 39%)
- Apoyo a los cuidadores/as informales (Pe 23,5%, F 36%, Pr 32,2%)

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

14

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias. Soluciones (2)

Personas - Familias- Profesionales

Soluciones propuestas:

Recursos económicos

Convergencias:

- Subida de las pensiones (Pe 44,7%, F 53,9%, Pr 32,2%)
- Incremento de las subvenciones (Pe 26,3%, Pr 40,4%)
- Divergencias Prioridades:
- Familias (37,1%): Incremento de la ayuda familiar
- Divergencias puntuaciones mínimas:
- Personas (3,4%) y Familias (3,4%): Reserva de puestos de trabajo
- Profesionales (19,9%): Adelantar la jubilación

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

15

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias. Soluciones (3)

Personas - Familias- Profesionales

Soluciones propuestas

Recursos asistenciales sanitarios

Convergencias:

- Más y mejores instalaciones sanitarias (+) (Pe 33,5%, F 46,1%, Pr 44,5%)
- Fisioterapia en la Seguridad Social (Pe 38,5%, F 56,2%)
- Divergencias:
- Profesionales (47,9%): Calidad de la asistencia sanitaria
- Puntuaciones mínimas:
- Mejora de apoyos y prótesis (Pe 10,6%, F 13,5%, Pr 32,2%)

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

16

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias. Soluciones (4)

Personas - Familias- Profesionales

Soluciones propuestas

Recursos de servicios sociales

Convergencias:

- Mejora de la asistencia a domicilio y Centros de día (Pe 29,1%, F 40,4%)
- Divergencias Prioridades:
- Profesionales (49,3%): Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre
- Puntuaciones mínimas:
- Mejora de los servicios de alojamiento (Pe 11,2%, F 13,5%, Pr 24,7%)

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

17

Necesidades Percibidas: Convergenencias y Divergencias. Soluciones (5)

Personas - Familias- Profesionales

Soluciones propuestas

Existencia de barreras

Convergencias:

- Facilidades de transporte (Pe 30,7%, F 38,3%, Pr 41,8%)
- Supresión de barreras arquitectónicas (Pe 31,8%, F 42,7%)
- Divergencias Prioridades:
- Profesionales : Promoción de viviendas adaptadas (36,3%) y Más y mejores ayudas técnicas (34,2%)
- Divergencias puntuaciones mínimas:
- Personas (8,4%) y Familias (6,7%): Aceptación por parte de la familia
- Profesionales (18,5%): Campaña de imagen

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

18

Diapositiva 19

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Soluciones (6)

Personas – Familias – Profesionales

Soluciones propuestas

• **Soluciones comunes**

• **Convergencias:**

• Asistencia psicológica (+) (Pe 24,6%, F 34,8%, Pr 43,2%)

• Más y mejor información (Pe 21,8%, F 33,7%)

• **Divergencias Prioridades:**

• Profesionales (37,7%): Mas información sobre recursos

• **Puntuaciones mínimas:**

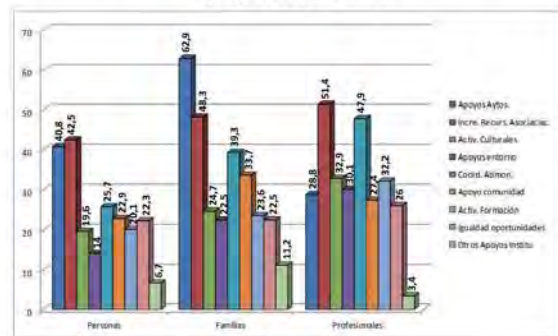
• Apoyo legal y administrativo (Pe 11,7%, F 20,2%, Pr 19,9%)

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

19

Diapositiva 20

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Apoyos requeridos



Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

20

Diapositiva 21

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Pensamientos sobre el futuro (1)

Personas – Familias – Profesionales

Pensamientos sobre el futuro

• **Respuestas de evitación**

• **Convergencias:**

• Seguir viviendo (Pe 29,6%, Pr 11%)

• **Divergencias Prioridades:**

• Familias (19,1%): Vivir al día

• **Puntuaciones mínimas:**

• Nada, no pienso en el futuro (Pe 16,8%, F 7,9%, Pr 1,4%)

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

21

Diapositiva 22

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Pensamientos sobre el futuro (2)

Personas – Familias – Profesionales

Pensamientos sobre el futuro

• **Preocupación**

• **Convergencias:**

• Con preocupación, futuro incierto (F 36%, Pr 22,6%)

• **Divergencias Prioridades:**

• Familias (27,4%): Preocupación por los hijos/as

• **Divergencias en puntuaciones mínimas:**

• Personas (17,3%): Con preocupación, futuro incierto

• Familias (28,1%) y Profesionales (17,8%): Preocupación por los hijos/as

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

22

Diapositiva 23

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Pensamientos sobre el futuro (3)

Personas – Familias – Profesionales

Pensamientos sobre el futuro

• **Pesimismo**

• **Convergencias:**

• Mal, negro (Pe 12,8%, F 12,4%)

• Triste (Pe 16,2%, Pr 8,9%)

• **Divergencias Prioridades:**

• Profesionales (11,6%): Soledad

• **Divergencias puntuaciones mínimas:**

• Personas (7,3%) y Familias (2,2%): Pocas ganas de vivir

• Profesionales (3,4%): Mal, negro

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

23

Diapositiva 24

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Pensamientos sobre el futuro (4)

Personas – Familias – Profesionales

Pensamientos sobre el futuro

• **Optimismo**

• **Convergencias:**

• Bien, sin problemas (Pe 9,5%, F 4,5%, Pr 16,4%)

• **Divergencias:**

• Resuelto (Pe 3,9%, F 3,4%, Pr 5,5%)

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

24

Diapositiva 25

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias

Personas – Familias – Profesionales

Pensamientos sobre el futuro

- Otras respuestas
- Convergencias:
 - Vivir con calidad de vida (Pe 36,9%, F 47,2%, Pr 50%)
 - Autonomía personal (Pe 19%, F 19,1%, Pr 26,7%)
- Divergencias en puntuaciones mínimas:
 - Personas (10,1%) y familias (6,7%): Vida independiente
 - Profesionales (12,3%): Dependerá del asociacionismo

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

25

Diapositiva 26

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Respuestas más elegidas (1)

Personas – Familias – Profesionales

Respuestas >40% en las tres entrevistas

- Convergencias:
 - Estado de salud general (+) (Pe 64,2%, F 70,8%, Pr 64,4%)
 - Limitaciones funcionales personales (Pe 51,4%, F 48,3%)
- Divergencias Prioridades:
 - Profesionales (54,1%): Dependencia
- Divergencias puntuaciones mínimas:
 - Personas (42,5%) y profesionales (51,4%): Incrementar los recursos de las asociaciones
 - Familias (44,9%): Dependencia

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

26

Diapositiva 27

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Respuestas más elegidas (2)

Personas – Familias – Profesionales

Respuestas >40% en dos de las entrevistas

- Convergencias:
 - Subida de las pensiones (Pe 44,7%, F 53,9%)
- Divergencias Prioridades:
 - Profesionales (46,6%): Barreras arquitectónicas
- Divergencias puntuaciones mínimas:
 - Personas (29,6%) y Familias (41,6%): Profesionales más especializados
 - Profesionales (28,8%): Apoyo de los ayuntamientos

Equipo de Investigación en
Discapacidad, U. de Oviedo -
2012

27

Diapositiva 28

Necesidades Percibidas: Convergencias y Divergencias. Respuestas más elegidas (3)

Respuestas:	Personas	Familias	Profesionales
Cuidados personales diarios	27,9	37,1	61,6
Dolores	37,9	30,3	45,2
Subvenciones	8,9	15,7	54,8
Asistencia sanitaria hospitalaria	26,3	27,0	44,5
Tratamiento de Fisioterapia	33,5	40,4	37,7
Calidad de la asistencia sanitaria	25,1	30,3	49,3
Ayuda a domicilio	33,5	48,3	24,0
Más y mejores instalaciones sociales	29,1	40,4	39,0
Calidad de la asistencia social	16,2	36,0	44,5
Servicios de apoyo ocio y tiempo libre	19,6	28,1	41,1

28

Diapositiva 29

Temáticas más destacadas (1):

Estado de salud personal	Estado de salud general
	Cuidados personales diarios
	Limitaciones funcionales personales
	Dependencia
	Dolores
Recursos económicos	Subvenciones
	Pensión
Recursos sanitarios	Asistencia sanitaria hospitalaria
	Tratamiento de fisioterapia
	Calidad de la asistencia sanitaria
Recursos sociales	Ayuda a domicilio
	Más y mejores instalaciones sociales
Barreras	Barreras sociales
	Barreras arquitectónicas
	Aceptación por parte de la sociedad
	Facilidad de transporte

29

Diapositiva 30

Temáticas más destacadas (2):

Otras	Atención integral e individualizada
	Necesidad de más profesionales
Apoyos requeridos	Apoyo de los ayuntamientos
	Incrementar los recursos de las asociaciones
	Coordinación entre las administraciones
Futuro:	Vivir con calidad de vida
Soluciones:	Ayuda para cuidados personales diarios
	Subida de las pensiones
	Incremento de las subvenciones
	Profesionales más especializados
	Más y mejores instalaciones sanitarias
	Fisioterapia en la Seguridad Social
	Calidad de la asistencia sanitaria
	Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre
	Mejora de la asistencia a domicilio
	Centros de día
	Calidad de la asistencia social
	Facilidad de transporte
	Supresión de barreras arquitectónicas

30

Investigación sobre necesidades percibidas y calidad de vida en personas con discapacidad en proceso de envejecimiento

Patricia Solís García, Andrea Payo Sánchez, Antonio León Aguado Díaz, María Souto Serrano, Natalia Suárez Suárez y Sara Real Castelao.

Sociedad Asturiana de Psicología de la Rehabilitación

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Investigación sobre necesidades percibidas y calidad de vida en personas con discapacidad en proceso de envejecimiento](#)

“Investigación sobre necesidades percibidas y calidad de vida en personas con discapacidad en proceso de envejecimiento”

- **Autores: Aguado, A.L.; Alcedo, M.A.; Solís, P.; Payo, A.; Souto, M.; Suárez, N.**

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento



Diapositiva 1

"Investigación sobre necesidades percibidas y calidad de vida en personas con discapacidad en proceso de envejecimiento"

- Autores: Aguado, A.L.; Alcedo, M.A.; Solís, P.; Payo, A.; Souto, M.; Suárez, N.

Diapositiva 2

Grupo de Investigación sobre "Discapacidad"

Departamento de Psicología, U. de Oviedo

E-mail: aaguado@uniovi.es

- SAPRE, Sociedad Asturiana de Psicología de la Rehabilitación
- E-mail: sapre@cop.es
<http://www.sapre.es/>

Diapositiva 3

Grupo de Investigación sobre "Discapacidad"



**Departamento de Psicología
Universidad de Oviedo**

E-mail: aaguado@uniovi.es

Diapositiva 4

Grupo de Investigación SAPRE



E-mail: sapre@cop.es

<http://www.sapre.es/>

Diapositiva 5

**CV y necesidades percibidas:
Agradecimientos**

- ✓ Patrocinador: IMSERSO;
- ✓ Investigadores participantes e investigadores de campo;
- ✓ Asociaciones, centros e instituciones;
- ✓ Personas con discapacidad, familias y profesionales.

Diapositiva 6

CV y necesidades percibidas

Necesidad:

- Conocer la calidad de vida y las necesidades percibidas de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y sugerir posibles líneas de actuación.

Diapositiva 7

CV y necesidades percibidas: Modelo teórico del proyecto

- ✓ **Modelo de Calidad de Vida de Schalock:**
 - ✓ CV: multidimensional, contextualizado, subjetivo: percepción general de bienestar o satisfacción.
 - ✓ "Un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos".
 - ✓ Dimensiones e indicadores, Verdugo y Schalock, 2001.

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

7

Diapositiva 8

CV y necesidades percibidas: Modelo teórico del proyecto

- ✓ **Zarb:** descenso en la satisfacción con la CV 20/30 años tras la discapacidad: percepción del inicio del envejecimiento, "una segunda discapacidad": pérdida de la independencia percibida: amenaza general para el control de sus vidas;
- ✓ Incremento de las necesidades;
- ✓ Contexto de los recursos sociales y materiales, moldeadores de las respuestas al envejecimiento.

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

8

Diapositiva 9

CV y necesidades percibidas: Objetivos del proyecto

- ✓ Detectar las necesidades percibidas de las personas con d. mayores de 45 años, sus familias e instituciones.
- ✓ Estudio de la prevalencia de tales necesidades y de los factores de riesgo que las explican.
- ✓ Analizarlas en función de las distintas tipologías de discapacidad.
- ✓ Delinear un mapa de necesidades.
- ✓ Proponer sugerencias en torno a líneas de actuación.
- ✓ Aportar información para la planificación de la prevención y de la atención de tales necesidades.

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

9

Diapositiva 10

CV y necesidades percibidas

Estrategia elegida:

- Preguntar a:
 - ✓ Las personas con discapacidad;
 - ✓ Sus familias;
 - ✓ Las asociaciones, centros e instituciones y los profesionales que les atienden.
- Técnica: entrevistas semiestructuradas.

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

10

Diapositiva 11

CV y necesidades percibidas: Escala de CV

✓ Escala de Calidad de Vida: (respuestas escalares 4-5 opciones)

- ✓ Bienestar físico,
- ✓ Inclusión social,
- ✓ Bienestar emocional,
- ✓ Desarrollo personal,
- ✓ Relaciones interpersonales,
- ✓ Derechos,
- ✓ Bienestar material,
- ✓ Autodeterminación.

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

11

Diapositiva 12

CV y necesidades percibidas: Entrevistas paralelas

➤ Entrevista personal:

Entrevista paralela a familias y profesionales:

- ✓ Datos de identificación, variables sociodemográficas;
- ✓ Variables clínicas, relativas a la discapacidad;
- ✓ Preguntas con alternativas fijas y opción final abierta:
 - ✓ Preocupaciones y necesidades percibidas;
 - ✓ Soluciones propuestas;
 - ✓ Medidas o apoyos institucionales que echa en falta;
 - ✓ Pensamientos sobre el futuro;
 - ✓ Problemas señalados.

Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

12

CV y necesidades percibidas: Recogida de datos

- ✓ **Cumplimentación (hasta 31-12-2010):**
 - ✓ **Entrevista personal:** **2.565** personas con discapacidad.
 - ✓ **Entrevista familiar:** **1.223** familiares.
 - ✓ **Entrevista institucional:** **694** directivos y profesionales.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

13

CV y necesidades percibidas: Muestra (1)

- ✓ **2565** PcD, entre 45 y 99 años;
media de edad: **59,1** años, DT: **12,3**;
edad media de adquisición: **21,8** años; media de
37,2 años con la discapacidad;
- ✓ **Mujeres:** **48,2%**, entre 45-99; media: **61,1**;
- ✓ **Varones:** **51,8%**, entre 45-94; media: **57,3**.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

14

CV y necesidades percibidas: Muestra (2)

Tipo de discapacidad	Varones	Mujeres	Total	%
Discapacidad intelectual	486	360	846	33,0
Discapacidad física	517	439	956	37,3
Discapacidad visual	66	80	146	5,7
Discapacidad auditiva	83	109	192	7,5
Trastornos mentales	96	72	168	6,5
Alzheimer	39	104	143	5,6
Parkinson	42	72	114	4,4
Total	1.329	1.236	2.565	100

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

15

CV y necesidades percibidas: Muestra (3)

Tipos de discapacidad								
Edad	DI	DF	DV	DA	TM	Alzh.	Park.	Total
Media	53,1	57,8	67,2	64,7	55,9	79,9	72,7	59,1
Mediana	51,0	55,0	68,0	60,0	53,0	81,0	75,0	55,0
Moda	45	45	70	59	45	87	75	45
D. Típica	7,3	11,0	13,8	13,0	10,0	7,7	9,0	12,3
Rango	35	51	54	50	43	42	47	54
Mínimo	45	45	45	45	45	56	45	45
Máximo	80	96	99	95	88	98	92	99
Total	846	956	146	192	168	143	114	2.565

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

16

CV y necesidades percibidas: Muestra (4)

Comunidad	Nacimiento		Residencia	
Asturias	969	37,8	1.157	45,1
Castilla León	519	20,2	439	17,1
Euskadi	287	11,2	350	13,6
Valencia	134	5,2	154	6,0
Extremadura	110	4,3	99	3,9
Navarra	83	3,2	92	3,6
Cantabria	79	3,1	59	2,3
Castilla La Mancha	74	2,9	42	1,6
Canarias	36	1,4	36	1,4
Baleares	24	0,9	30	1,2
Madrid	46	1,8	42	1,6
Andalucía	74	2,9	26	1,0
Galicia	68	2,7	18	0,7

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

17

CV y necesidades percibidas: Muestra (5)

Otras variables:

- ✓ La mitad, **52,9%**, solteros;
30,5%, casados; 11,2%, viudos; 5,3%, otras situaciones;
- ✓ Nivel cultural bajo, en el **86,2%**;
- ✓ **52,6%**, pensionistas; **13,6%**, jubilados; **12,9%** amas de casa; en activo, **14,5%**; en paro, **6,3%**;
- ✓ **13,0%**, salario; **46,2%**, pensión no contributiva; **25,2%**, pensión contributiva; **0,5%**, otras situaciones; **1,0%**, sin ingresos fijos; **5,0%**, sin ingresos.


5,0% SIN INGRESOS (129 PcD).
Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

18

Diapositiva 19

CV y necesidades percibidas: Muestra (6)

Familia y convivencia:

- ✓ Presencia ambos progenitores, 12,1%; uno, 27,1%.
- ✓ Presencia de hermanos, 81,4%.
- ✓ Presencia de hijos, 41,5%.
- ✓ Tipo de convivencia:
 - ✓ familia propia, 34,9%;
 - ✓ familia de origen, 24,8%;
 - ✓ servicio residencial, 28,4%;
 - ✓ otras fórmulas, 5,1%;
 - ✓ sólo, 6,8%.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

19

Diapositiva 20

CV y necesidades percibidas: Muestra (7)

Tipos de discapacidad: Convivencia (%)								
	DI	DF	DV	DA	TM	Alzh.	Park.	Total
Sólo	2,1	7,7	14,4	7,8	14,3	2,1	16,7	6,8
Familia propia	0,5	49,1	59,6	68,2	29,2	60,8	58,7	34,9
Familia origen	44,4	16,1	10,9	12,0	31,0	7,0	5,3	24,8
Otras fórmulas	12,3	1,5	0,7	0,5	4,8	0,7	1,8	5,1
Serv.residencial	40,7	25,6	14,4	11,5	20,8	29,4	17,5	28,4
Total	846	956	146	192	168	143	114	2.565

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

20

Diapositiva 21

CV y necesidades percibidas: Muestra (8)

Prototipo de esta muestra:

- ✓ Han respondido a la entrevista p. con d. mayores, ligero predominio de varones, asturianos de origen, domiciliados en áreas urbanas, con nivel cultural y profesional no muy elevado, pensionistas, residentes en viviendas familiares, con hermanos e hijos.

➔ Atención: MINORÍA sin ingresos, sin familia.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

21

Diapositiva 22

“Calidad de vida y necesidades percibidas en personas con discapacidad intelectual que envejecen: Coincidencias y divergencias entre personas, familias y profesionales”

- Autores: Solís, P.; Payo, A.; Aguado, A.L.; Souto, M.; Suárez, N. y Castelao, S.

Diapositiva 23

“Necesidades percibidas en personas con enfermedad de Parkinson que envejecen: Convergencias y divergencias entre personas, familias y profesionales”

- Autores: Souto, M., Suárez, N., Solís, P., Aguado, A.L., Alcedo, M.A. y Real, S.

Diapositiva 24

“Necesidades percibidas en personas con enfermedad de Alzheimer que envejecen: Convergencias y divergencias entre personas, familias y profesionales”

- Autores: Suárez, N.; Souto, M.; Solís, P.; Payo, A.; Aguado, A.L. y Alcedo, M.A.

Diapositiva 25

Conclusiones

- Existencia de un **banco de datos** sobre **necesidades y soluciones** que, quizás, puedan **orientar** la puesta en marcha de **dispositivos** y de recursos de **servicios sociales** y la **salud**, en general, de las **personas con discapacidad** en **proceso de envejecimiento**.
- Estos datos están a **disposición** de la comunidad.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

25

Diapositiva 26

Sugerencias

Líneas de actuación:

- Formación y actualización de profesionales.
- Evaluar, intervenir, valorar.
- Valoración de programas y de técnicas.
- Seguimiento y estudios longitudinales.
- Comunicación y difusión de resultados.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

26

Diapositiva 27

Sugerencias

Doble línea de actuación:

- Garantía de recursos y dispositivos:
 - Fundaciones Tutelares;
 - Garantías de futuro;
 - Entorno inclusivo y adaptado a necesidades.
- Reorientación de programas hacia:
 - Autonomía personal;
 - Habilidades para establecer vínculos afectivos;
 - Actividades de ocio y tiempo libre.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

27

Diapositiva 28

Sugerencias

- Hemos conseguido añadir años a la vida: viven muchos más años.
- Objetivo: añadir vida a los años: calidad de vida, autonomía, seguridad: que vivan más y mejor.
- En ello estamos todos comprometidos.

Investigación sobre discapacidad
y envejecimiento

28

Comunicación:

Hábitos de vida saludable

- Programa de prevención de la dependencia : Envejecimiento Activo y saludable.
Isabel Redondo Zambrano.
- La adaptación del hogar en las personas dependientes del entorno de A Coruña y su relación con el apoyo social.
Iván de Rosende.
- Beneficios de un programa de Circuito Biosaludable en personas mayores institucionalizadas.
Silvia E. Sánchez Balsalobre.
- Envelhecimento Ativo: a importância das atividades lúdicas de estimulação cognitiva e interação social.
Alice Delerue Matos.
- El ocio como factor de desarrollo humano para las personas mayores a través de la educación del ocio.
Yolanda Lázaro Fernández y Eduardo Aguilar Gutierrez.
- La experiencia de ocio como factor determinante del envejecimiento activo.
Sheila Romero de la Cruz, Aurora Madariaga Ortuzar, Idurre Lazcano Quintana y Joseba Doistua Nebreda.

Programa de prevención de la dependencia: Envejecimiento Activo y saludable

Isabel Redondo Zambrano

Centro Saúde Vite. Santiago de Compostela

Resumen

Partiendo de la base de una atención a la población, desde un enfoque integral biopsicosocial, un grupo de profesionales del Centro de Salud de Vite (Santiago de Compostela) hemos realizado una experiencia piloto de 3 años de duración, sobre envejecimiento activo y saludable, centrada en la prevención de la dependencia en Atención Primaria de Salud.

Con este proyecto se pretende que se vea al Centro de Salud, no sólo, como un lugar donde tratar la enfermedad; sino que se prevenga su aparición con actividades de promoción de la salud, orientadas a personas sanas -de edad madura-, para que se cuiden y consigan una buena calidad de vida (aspectos físicos y emocionales); con edades comprendidas entre los 55-75 años y con un estado activo y nivel de dependencia moderado (se incluyen los cuidadores de personas dependientes aunque sean más jóvenes).

Palabras clave: Envejecimiento, dependencia, prevención y buenas prácticas.

Abstract

Basis of a comprehensive biopsychosocial approach to the population, a group of professionals Vite Health Centre (Santiago de Compostela, Spain), we conducted a pilot of three years on active and healthy aging that focuses on prevention of dependence on Primary Health Care. This project seeks to see the Health Center not only as a place to treat the disease but a place of prevention activities through health promotion aimed at healthy people – middle-aged – out for them and get a good quality of life (physical and emotional). The ages are between 55 and 75 years and an active state and moderate level of dependence (also included caregivers of dependents even if they are younger).

Key words: Aging, dependency, prevention, best practices

Background: The main objective is to promote, through information, and get active healthy aging with the participation of the older people between 55 and 75 years, users of the Health Center Vite.

Methods: Two programs are developed strategic and tactical reference: "Caring for the caregiver" to prevent deterioration and psychosocial caregivers, and "Health and leisure in old age" to promote healthy lifestyles (diet, exercise and leisure).

Results: the results were: - Improving information on existing health resources (50%) – to ensure the care of

dependents through psychosocial support from their caregivers (75%) – teach the caregiver to project their own physical and mental (50%)- information on healthy lifestyles (30%)- to improve information on the use of leisure (40%).

Conclusión: this line of work is an experience of Community Participation in getting a health empowerment of people of 55-75 years active and healthy aging.

Introducción

Antes de comenzar a actuar en un territorio, es fundamental analizar y precisar las características de ese escenario y cómo influyen sobre él sus actores (recursos económicos, las asociaciones, la capacidad de movilización social, etc) suficientes como para influir en forma determinante sobre los acontecimientos que nos interesan.

Por otra parte, es necesario hacer un esfuerzo por describir y analizar cómo es el contexto en que se desenvuelve la organización en la que estamos inmersos: adonde llega, quién acude, cómo son los flujos de comunicación.

La realización de un diagnóstico del tejido social sólo alcanza su verdadero sentido si sirve como base para la elaboración de un Plan, al igual que un Plan sólo es concebible cuando existe voluntad y medios para llevarlo adelante. Esto nos lleva al proceso de planificación estratégica para lo cual, es necesario tener la capacidad de prever e integrar lo que puede hacer el otro y otros que también están actuando en el mismo escenario.

Es una sutil labor, el hecho de lograr ordenar el caos y de poner palabras que organicen escenarios tan cambiantes como los sociales.

Podemos hablar de nueve tareas para realizar una planificación:

- Auditar la situación actual: la misión y las metas a largo plazo, las estrategias a seguir.
- Revisar la misión de la Institución en la que estamos, afinar de que refleje un futuro deseado o para que proporcione un sentido más claro de su propósito como institución;
- Examinar la Institución y su entorno para determinar con qué fuerzas externas contamos.
- Identificar y evaluar los principales temas, problemas, oportunidades y peligros que la Institución tiene y tendrá que afrontar, ordenándolos según su importancia.
- Escoger metas y estrategias apropiadas tras revisar diversas opciones, que equilibren el potencial de la Institución de la que partimos, con el desafío de las condiciones cambiantes en que se desenvuelve.
- Preparar un plan escrito que apoye y desarrolle la estrategia;
- Conseguir que se apruebe este plan;
- Ejecutar el plan;
- Establecer un procedimiento y un calendario para realizar un seguimiento (<<monitorizar>>) del plan y determinar si realmente se consigue lo que pretendía, revisando estrategias y planes si es necesario.

¿Quién lleva a cabo esa planificación de la acción?

La planificación en la comunidad ha de ser un esfuerzo colectivo y generarse en torno a una comisión, comité o consejo que sea la expresión de esa amplia participación. También es conveniente que participen aquellas entidades, asociaciones y organizaciones ciudadanas que van a vivir ese futuro.

Quien sea la persona o personas que pongan en marcha la realización de un Plan o Proyecto, han de buscarse aliados, venderse bien, crear adictos a su visión de crear una sociedad más solidaria y participativa. No puede ser una persona neutra, sino comprometida por una causa. A la vez receptiva ante las ideas y aportaciones de los propios actores sociales que tratan de influir en el entorno.

Y sobre todo, una persona que sepa, quiera y pueda persistir en el empeño de promover un cambio hacia la mejora de ese tejido vivo que alimenta y nutre el cuerpo social del que todos formamos parte.

De esta experiencia práctica ordenada, los profesionales podemos sacar aplicación para hacer de motores en el entorno social en el que trabajamos.

(Encarna Álvarez Gallego)

Objetivos

Muchas personas mayores no saben como utilizar su tiempo de ocio. Las actividades que desarrollan en su tiempo libre son mayoritariamente de tipo pasivo (ver la televisión y escuchar la radio). La actividad física que desarrollan se reduce a pasear y hacer la compra.

Este estilo de vida, básicamente sedentario, y en algunos casos una alimentación poco adecuada, puede llevar a que las personas mayores se vayan deteriorando física y mentalmente disminuyendo así su autonomía.

Conociendo esta situación, el equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Vite se propone los siguientes objetivos:

El objetivo principal es promover informando, sobre el envejecimiento saludable y participativo de la población adulta-mayor usuaria del Centro de Salud de Vite comprendida entre 55-75 años de edad (especialmente los cuidadores principales de personas dependientes).

Además, con este proyecto se pretende proporcionar información y orientación de hábitos de vida saludable para disminuir el deterioro físico y mental, previniendo así la dependencia.

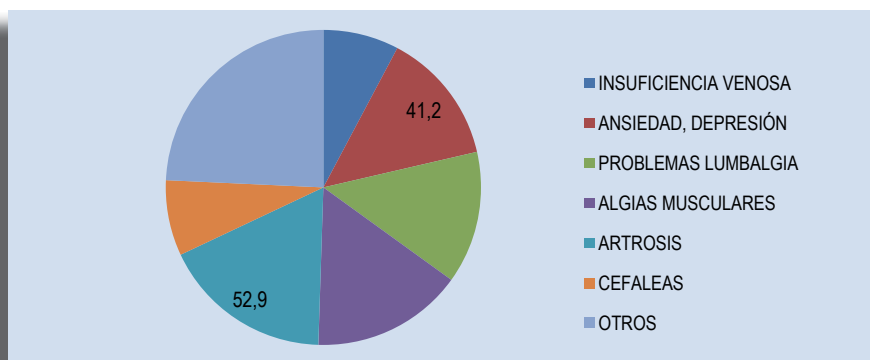
Por otro lado, dar capacidad a las personas para que mejoren su salud por sí mismas y fomentar la autonomía, mejorar la calidad de vida y cuidados de la salud.

Así mismo, se pretende proporcionar información sobre la utilización de los recursos psico-sociales disponibles y los métodos adecuados para contener y disminuir la ansiedad y los conflictos que se generan en el cuidado de los pacientes crónicos y terminales incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria.

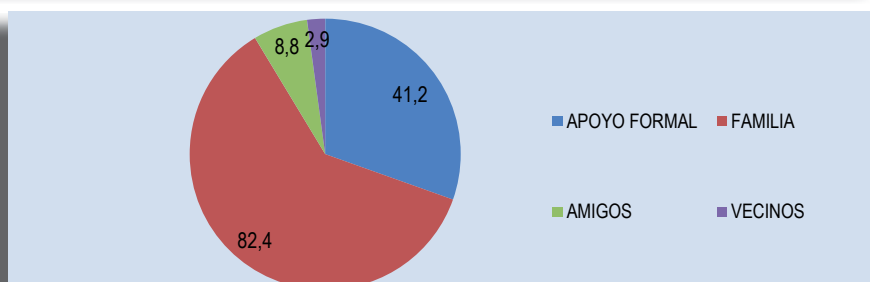
Metodología

Con un modelo de actuación proactiva se han desarrollado dos programas:

- 1-“Cuidando al cuidador” para prevenir el deterioro psicosocial de los cuidadores. Entre éstos existe un predominio de mujeres (67%), con una edad media global de 61,8 años (DE=13,3), hijas del paciente (47,1%) y convivientes con él. La morbilidad mas detectada fueron los problemas osteoarticulares (52,9%) y malestar psíquico relacionado con ansiedad y depresión (41,2%).



Medición problemas de salud en los cuidadores



Apoyo de la red social de los pacientes con incapacidad y dependencia

ACTUACIONES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1- Diseñar actividades	1.1- Diseñar trípticos informativos. 1.2- Diseñar carteles informativos.	MÉDICO ENFERMERA Y TRABAJADORA SOCIAL
2- Aportar información a la población objeto	2.1- Reparto de trípticos informativos. 2.2- Distribución de carteles informativos.	MÉDICO ENFERMERA Y TRABAJADORA SOCIAL
3- Aportar información técnica	3.1- Realizar conferencias con diferentes profesionales sobre técnicas de relajación. 3.2- Realización del curso "COMO AYUDAR AL ENFERMO SIN DESTRUIRNOS". 3.3- Video-forum y charlas coloquio sobre recursos, servicios y prestaciones	MÉDICO ENFERMERA Y TRABAJADORA SOCIAL

2-“Envejecimiento activo (Salud y Ocio en la Tercera Edad)”, para promover formas de vida saludables (alimentación sana y equilibrada, buen uso de la medicación, ejercicio e higiene postural, agilidad mental y memoria, control de las emociones y reducción del estrés y la ansiedad, salud afectivo-sexual y ocio y tiempo libre) para retardar el deterioro físico y mental; previniendo así la dependencia.

Y en esta línea de mejora en la calidad de vida para conseguir “ganar vida a los años” y cambiar el concepto de “ganar años a la vida” en la que se basa esta metodología.

ACTUACIONES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
DISEÑO DE LAS ACTIVIDADES	1.1- Diseñar trípticos informativos. 1.2- Diseñar carteles informativos.	TRABAJADORA SOCIAL MÉDICO Y ENFERMERA
EJECUCIÓN DE LA CAMPAÑA INFORMATIVA	2.1- Distribución cuestionario: hábitos alimentarios y actividad física que realizan. 2.2- Distribución de carteles y folletos informativos.	
REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD	3.1- Realizar conferencias sobre alimentación saludable. 3.2- Realización charlas coloquio: "UTILIZACIÓN TIEMPO DE OCIO EN LA TERCERA EDAD". 3.3- Video-forum : temas relacionados con envejecimiento activo.	
EVALUACIÓN	Valoración de los resultados	

CICLO DE TALLERES:

Siguiendo un modelo de actuación proactivo, y con el objetivo de facilitar estrategias de empoderamiento a la población objeto del programa que les dé capacidad para mejorar su salud por sí misma, fomentar la autonomía y mejorar la calidad de vida, se diseñó un ciclo de talleres teórico-prácticos con la inclusión de dos guías: “Cuidando al Cuidador” y “Envejecimiento activo”.

Los profesionales encargados de impartir la actividad (Trabajadores sociales, psicólogos, sexólogos, enfermeras, fisioterapeutas, médicos y animadores socioculturales) enseñaron cómo cuidarse para prevenir la enfermedad física y mental, cómo cuidar al enfermo sin enfermar y sobre todo cómo vivir 100 años...de forma saludable, mediante los siguientes talleres:

- Cómo ayudar a la persona enferma sin destruirnos (enseñar a “delegar” en los cuidados como forma de protección del cuidador).
- Recursos sociosanitarios para el bienestar de las personas que envejecen.
- Coaching para la salud (aprender a gestionar la emociones, el estrés y la ansiedad).
- Musicoterapia (higiene para la salud mental).
- Memoria y agilidad mental (prevención del deterioro cognitivo, alzheimer y otras demencias).
- Ejercicio físico e higiene postural. Escuela de espalda (prevención de enfermedades osteoarticulares y psicomotricidad).
- Alimentación saludable (nutrición y alimentación sana y equilibrada).
- Uso racional y adecuado de los medicamentos.
- Salud afectivo-sexual a partir de los 50 años.
- Ocio y tiempo libre (utilización del tiempo libre con actividades de ocio positivo, sobre todo en la edad de pre jubilación y realización de excursiones del grupo).

Además de las actividades desarrolladas en el ciclo de talleres, también se llevaron a cabo una campaña informativa-divulgativa directa a la población diana (2.090 personas) e indirecta a la población en medios de comunicación, conferencias y charlas-coloquio, cursos y docencia en congresos y jornadas.

Al finalizar las actividades se repartieron dos cuestionarios (uno al principio y otro al final) entre los asistentes a los cursos y charlas, para proceder a la evaluación del proyecto. Con estos cuestionarios se pretende evaluar la mejora de información.

Resultados

A través del programa de envejecimiento activo y saludable se ha conseguido que la mayor parte de la población participante haya ampliado sus conocimientos sobre prevención de la enfermedad y hábitos saludables.

El programa ha beneficiado a 2.090 usuarios/as (1.007 hombres y 1.083 mujeres) de los 9.953 usuarios/as que reciben asistencia en el Centro de salud de Vite.

En las actividades programadas han participado 580 personas.

Los resultados obtenidos han sido:

- Mejorar la información sobre recursos sociosanitarios existentes (50%);
- Garantizar los cuidados de las personas dependientes a través de un apoyo psicosocial de sus cuidadores (75%);
- Enseñar al cuidador a proteger su propio bienestar físico y mental (50%);
- Información de hábitos de vida saludables (30%);
- Mejorar la información sobre la utilización del ocio y tiempo libre (40%).

Conclusiones

Esta línea de trabajo de promoción de la salud y de la autonomía personal, a través de un programa de envejecimiento activo y saludable, consigue que la población en edad adulta-anciana mantenga un bienestar psicosocial, especialmente en los sectores que su estado es activo o el nivel de dependencia es moderado.

Las políticas sociosanitarias deben de contemplar priorizar acciones de prevención de los problemas de salud crónicos, a través de programas de prevención de la salud, que conciencien a la población de la importancia de practicar hábitos de vida saludable y seguir siendo activo para mejorar la calidad de vida.

Debemos por tanto, luchar por la sustentabilidad del sistema sociosanitario público, en el que se sienten unas bases y líneas de actuación sobre lo necesario y conveniente de llevar un estilo de vida activo y saludable en la madurez, para conseguir la prevención de las enfermedades; de esta forma los recursos se podrán dedicar a las personas que no tienen capacidad para cuidarse por sí mismos, porque habremos aprendido a curarnos en salud y educar a las generaciones venideras.

Esta prevención ocasiona ahorro en un sistema saturado, ya que el promover el bienestar para evitar enfermedades futuras, conlleva menor gasto sanitario y farmacéutico, menor absentismo laboral y mayor productividad.

Bibliografía

- Plan Galego das persoas maiores. Plan Actuacion Social Galicia 2010-2013. Xunta de Galicia.
- Programa “Envejecer con Salud”. Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud, Instituto de salud Pública (ISP).Gobierno de Navarra.
- Programa “Cuidando al Cuidador :Cómo Ayudar al Enfermo sin destruirnos”. Portabales Pesqueira, A.
- Programa “Cuidar y Cuidarse”. Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud, Instituto de salud Pública (ISP).Gobierno de Navarra.
- Flórez Lozano, José Antonio.2009.Manual de autoayuda para un envejecimiento saludable y feliz.

➡ Enlace pdf con la presentación:

Programa de prevención de la dependencia: Envejecimiento Activo y saludable.





Diapositiva 1



ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Unidad de Geriátrica
Agencia de Atención Primaria de Vite

Diapositiva 2



OBJETIVO

Promover, informando, el envejecimiento saludable y participativo de las personas mayores usuarias del Centro de Salud de Vite comprendidas entre 55-75 años de edad.

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 3



METODOLOGÍA

Como referencia táctica y estratégica se han desarrollado dos programas:

CUIDANDO AL CUIDADOR

SALUD Y OCIO EN LA TERCERA EDAD

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 4



CUIDANDO AL CUIDADOR

Para prevenir el deterioro psicosocial de los cuidadores. Entre éstos existe un predominio de:

- Mujeres (67%) con edad media global de 61.8 años.
- Hijas de paciente (47.1%) y convivientes con él.

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 5



CUIDANDO AL CUIDADOR

La morbilidad más detectada fueron los problemas osteoarticulares (52.9%)

Malestar psíquico relacionado con la ansiedad y depresión (41.2%)

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 6



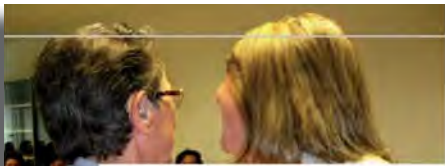
SALUD Y OCIO

Para promover formas de vida saludables (alimentación, ejercicio físico y ocio)

Retardar el deterioro físico y mental, previniendo así la Dependencia

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 7



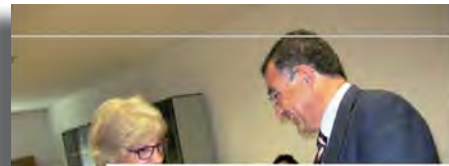
RESULTADOS

En cuanto a Cuidando al cuidador

Mejorar la información sobre recursos biopsicosociales existentes **(50%)**
 Garantizar los cuidados de las personas dependientes a través de un apoyo psicosocial de sus cuidadores **(75%)**
 Enseñar al cuidador a "aprender a delegar", como forma de proteger su bienestar físico y mental **(50%)**

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 8



RESULTADOS

En cuanto a Salud y Ocio en la Tercera edad

Aumentar al menos en un **(30%)** las personas que lleven a cabo una alimentación saludable, modificando actitudes con respecto a ésta
 Mejorar la información sobre cómo usar el ocio y el tiempo libre **(40%)**

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 9



CONCLUSIONES

Utilizar una metodología proactiva de trabajo con grupos psicoeducativos es una buena práctica.

La línea de trabajo de promoción de la salud desde un enfoque biopsicosocial consigue un empoderamiento de las personas de 55 a 75 años para envejecer activa y saludablemente, saber cuidarse y cuidar, prevenir enfermedades crónicas, y así, la dependencia.

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 10



CONCLUSIONES

También se consigue que se vea el Centro de Salud como un espacio no solo de enfermedad; sino de salud.

Con la interacción entre el ciudadano sano, el que tiene alguna enfermedad, el que cuida, y los profesionales sociosanitarios.

Envejecimiento activo y saludable

Diapositiva 11



CONCLUSIONES

En resumen

es una experiencia de participación comunitaria en salud.

Envejecimiento activo y saludable

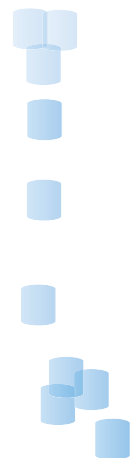
Diapositiva 12



Muchas gracias

isabel.redondo.zambrano@sergas.es





La adaptación del hogar en las personas dependientes del entorno de A Coruña y su relación con el apoyo social

Iván de Rosende Celeiro

EVO. A Coruña

Introducción

El modelo biopsicosocial de la Organización Mundial de la Salud establece la existencia de una interacción dinámica y bidireccional entre el individuo y el entorno. Los factores presentes en el contexto pueden actuar como una barrera, generando una discapacidad, como sucede con los obstáculos en el diseño arquitectónico, o ejercer, por el contrario, un efecto facilitador del funcionamiento humano, por ejemplo, mediante el uso de productos de apoyo (PA) y la realización de una adaptación del hogar (AH)¹.

El hogar es el principal espacio para la vida cotidiana en las personas mayores² o ante una disminución de la salud³, así como el preferido para envejecer⁴. Sin embargo, la mayoría de los domicilios no se han diseñado para cumplir con las necesidades de los colectivos de individuos de 65 o más años y/o con discapacidad. El 52,3% de los españoles con discapacidad manifiesta tener dificultad para desenvolverse con normalidad en la vivienda o edificio de residencia, especialmente en las escaleras y en el cuarto de baño⁵.

La AH consiste en la realización de cambios en el contexto físico domiciliario⁶, a través de la reducción o la eliminación de los obstáculos presentes, con la finalidad de atender a las necesidades de una persona en las actividades diarias^{7,8}. Incluye acciones de supresión de barreras arquitectónicas, como por ejemplo la ampliación de los anchos de paso en las puertas. Una implementación adecuada precisa el empleo de PA, denominación que engloba a los dispositivos más sencillos, baratos y de fácil instalación (ej. grifería monomando, barras en el inodoro, una tabla para el acceso a la bañera), así como a los que requieren la participación de un profesional en el proceso de asesoramiento y/o adiestramiento en el uso (ej. grúas instaladas en el techo, puertas automáticas, plataformas o sillas salvaescaleras). La evaluación y la información sobre las modificaciones domiciliarias es una de las funciones que desarrollan los terapeutas ocupacionales en la práctica clínica diaria^{9,10}.

La AH ofrece beneficios en relación al grado de independencia en las actividades cotidianas, la incidencia de caídas, la salud del cuidador y el coste de la atención sociosanitaria¹¹⁻²⁶.

Los individuos en situación de dependencia forman parte del conjunto de beneficiarios de una AH. El Consejo de Europa (1998)²⁷ define la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades cotidianas. El 3,5% de la población gallega se encontró en esta situación en el 2012²⁸. No se han localizado datos sobre la realización de AH en los sujetos de este colectivo en España.

El objetivo básico del modelo español de protección de las personas dependientes consiste en lograr la permanencia en el entorno habitual, con el mayor grado de autonomía posible, a través de servicios domiciliarios como

la Ayuda a Domicilio, la Teleasistencia o los Centros de día. Dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el Estado y las Comunidades Autónomas disponen de la opción de aprobar subvenciones para financiar AH, aunque con la limitación de atender las posibilidades presupuestarias. En Galicia, desde el 2008, la Administración autonómica ha desarrollado convocatorias públicas de ayudas con esta finalidad, destinadas a individuos con un grado II y III de dependencia.

Objetivos

Conocer qué AH realizan las personas en situación de dependencia de A Coruña y área geográfica cercana.

Analizar la posible asociación entre la ejecución de una AH y las características de la situación social de las personas con un grado de dependencia, evaluadas por la Escala Sociofamiliar de Gijón.

Material y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Se revisaron los Baremos de Valoración de la Dependencia (BVD)²⁹ aplicados por el investigador, como técnico de valoración de la Administración, durante un periodo de 16 semanas, en domicilios de A Coruña, Abegondo, Bergondo, Cambre, Carral, Oleiros y Sada. Se incluyeron BVD en los que se reconoció un grado I (moderado), II (severo) o III de dependencia, a solicitantes mayores de edad, que accedieron a estancias diferentes de la habitación para desempeñar las actividades de autocuidado, en la semana anterior a la recogida de información.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario estructurado e instrumentos válidos y fiables. Las preguntas del estudio fueron contestadas por el solicitante sin trastorno cognitivo, cuya presencia se evalúa mediante los informes de salud y el Test de Pfeiffer³⁰, y/o por el cuidador informal.

No se incluyeron los BVD de los sujetos menores de 65 años con una enfermedad mental como causa principal de la dependencia, que desempeñaban sin apoyo físico las transferencias corporales, los desplazamientos dentro del hogar y el acceso al exterior del domicilio.

Se utilizaron copias de BVD previamente disociados, aportadas por la Administración. La disociación previa permite mantener la confidencialidad durante la realización del estudio. Esta investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC).

Instrumentos

En el presente estudio, una AH consiste en la eliminación de una barrera arquitectónica para la persona dependiente, realizada en el domicilio en los cinco últimos años o desde que reside en el mismo, cuando hace menos de cinco años. Se analizaron las barreras que cumplen con los criterios siguientes:

Se encuentran recogidas en el *Housing Enabler Screening Tool*³¹ y, según este instrumento, su presencia suponía una barrera para la persona dependiente.

Son de carácter fijo o permanente, de difícil remoción, según la definición del *Libro verde de la accesibilidad en España*³².

Están relacionadas con el desempeño de las siguientes actividades de la vida diaria (AVD) básicas: los desplazamientos dentro del hogar vinculados al autocuidado, el acceso al exterior, el aseo personal, la ducha o el baño.

La Escala Sociofamiliar de Gijón (versión Barcelona)³³ evalúa tres apartados: situación familiar, relaciones y contactos, así como los apoyos prestados por la red social. En un rango entre tres y quince, siete puntos o menos señalan un funcionamiento social bueno; diez o más indican la presencia de un deterioro severo, caracterizado por vivir solo, disponer de una red de ayuda pobre, una participación en la comunidad reducida y un riesgo de institucionalización alto.

Análisis estadístico:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Se utilizó el Chi-cuadrado para evaluar la relación entre la realización de una AH y las categorías establecidas a partir de la Escala Sociofamiliar de Gijón³³. Un valor *p* (bilateral) inferior a 0,05 fue considerado estadísticamente significativo. El análisis de los datos

se realizó con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 17.0.

Resultados

Un total de 208 BVD cumplió con los criterios de inclusión en el estudio. El 69,7% de las personas en situación de dependencia evaluadas eran mujeres y la media de edad fue de 84 años.

Hace cinco años, o en el momento en el que el solicitante comenzó a residir en el domicilio, si se trata de una fecha más reciente, existía una o más barreras arquitectónicas para el desempeño de las AVD básicas de la persona dependiente en el 98,1% de los domicilios estudiados, según el instrumento *Housing Enabler Screening Tool*³¹. En este último grupo, se realizó una AH en el 29,9% de los domicilios ($n=61$).

La AH más prevalente fue la instalación de una ducha en aseos con bañera ($n=56$), seguida por la eliminación de la necesidad de usar escaleras dentro del domicilio ($n=9$), mediante la ubicación del dormitorio o el cuarto de baño en la planta inferior. En orden decreciente de frecuencia, se encuentra la ampliación del ancho de las puertas interiores ($n=3$) y la supresión de escalones en el acceso al exterior ($n=3$).

La situación social de la persona en situación de dependencia, valorada mediante la Escala Sociofamiliar de Gijón³³, se relaciona de una forma significativa con la ejecución de una AH ($p<0,001$). Se eliminó como mínimo una barrera arquitectónica en el 42,6% de los hogares en los que el participante se encontraba en una situación calificada como “buena”; este dato alcanzó el 13,5% ante un deterioro social evaluado como “severo” (tabla I).

Tabla I: Realización o no de una AH, en los domicilios con una o más barreras hace cinco años o menos ($n=204$), según la situación social

	En los cinco últimos años, ¿realizó una adaptación del hogar?		p
	Sí ($n=61$)	No	
Escala Sociofamiliar de Gijón			
Situación social buena	42,6	57,4	$p < 0,001$
Situación intermedia	21,9	78,1	
Deterioro social severo	13,5	86,5	

Resultados expresados en porcentaje

Conclusión

Casi la totalidad de las personas dependientes estudiadas encontraron barreras arquitectónicas en el hogar para el desempeño de las AVD básicas. Realizaron adaptaciones con una frecuencia reducida. En cuanto a la promoción de la eliminación de barreras, los profesionales deben evaluar la situación social del usuario, ya que se relaciona de forma significativa con la ejecución de AH, prestando una atención mayor hacia la existencia de un deterioro social.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
2. Tanner B, Tilse C, de Jonge D. Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning of home for older people. *J Housing Elderly* 2008;22(3):195-215.
3. Haak M, Ivanoff SD, Fange A, Sixsmith J, Iwarsson S. Home as the locus and origin for participation: Experiences among very old Swedish people. *Otjr-Occupation Participation and Health* 2007;27(3):95-103.
4. Dizy D (directora). Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2010.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>

[acceso 29 de octubre de 2012].

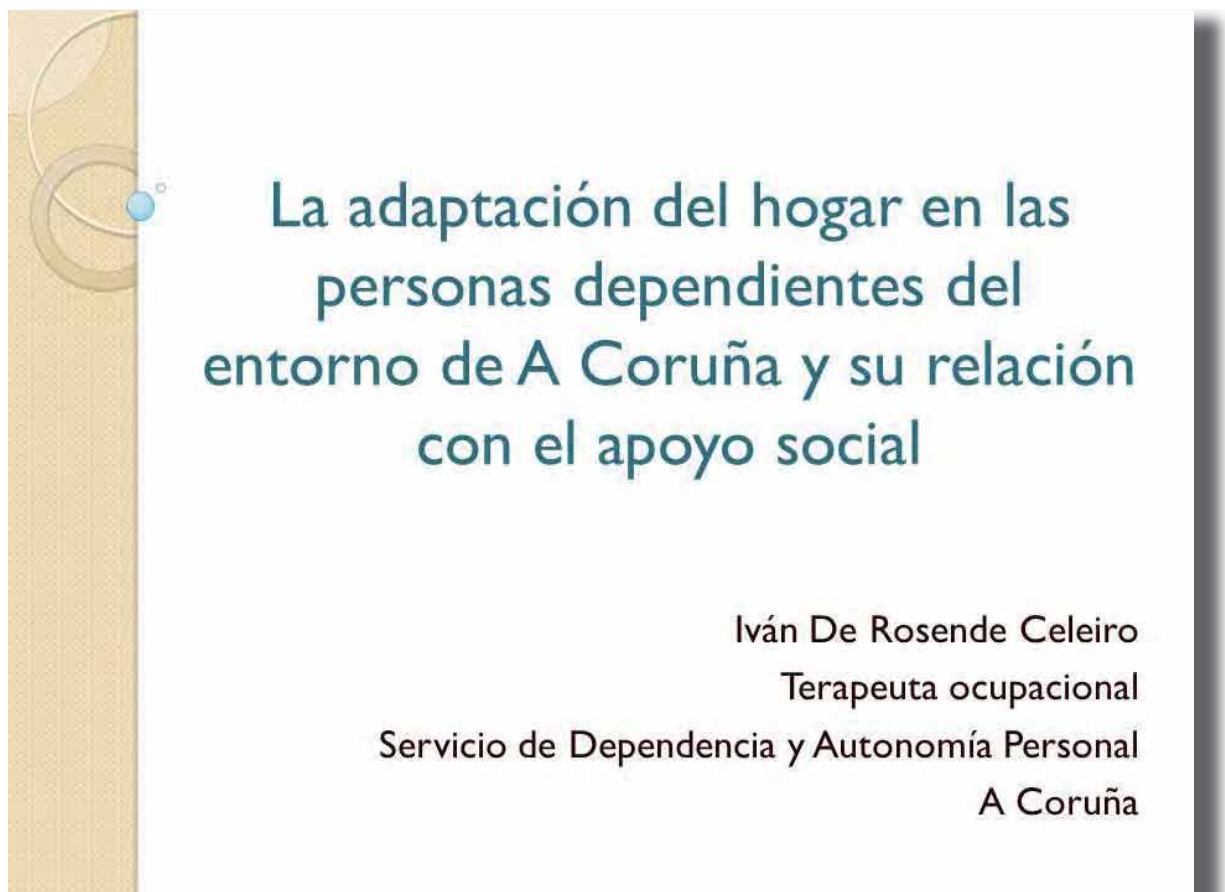
6. Heywood F, Awang D. Developing a housing adaptation genome project. *Br J Occup Ther* 2011;74(4):200-203.
7. Nord C, Eakin P, Astley P, Atkinson AR. An exploration of communication between clients and professionals in the design of home adaptations. *Br J Occup Ther* 2009;72(5):197-204.
8. Wahl H, Fänge A, Oswald F, Gitlin LN, Iwarsson S. The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence? *Gerontologist* 2009;49(3):355-367.
9. Alonso F (director). Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
10. Steel DM, Gray MA. Baby boomers' use and perception of recommended assistive technology: a systematic review. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2009;4(3):129-136.
11. Agree EM, Freedman V A, Cornman JC, Wolf DA, Marcotte JE. Reconsidering substitution in long-term care: when does assistive technology take the place of personal care? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60(5):S272-S280.
12. Allen SM, Foster A, Berg K. Receiving help at home: the interplay of human and technological assistance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(6):S374-S382.
13. Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: a meta-analysis of randomized trials. *J Aging Health* 2008;20(8):954-971.
14. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation--a longitudinal perspective. *Am J Occup Ther* 2005;59(3):296-304.
15. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(4):CD000340.
16. Heywood F. The health outcomes of housing adaptations. *Disabil Soc* 2004;19(2):129-143.
17. Heywood F, Turner L. Better outcomes, lower costs. Implications for health and social care budgets of investment in housing adaptations, improvements and equipment: a review of the evidence. Norwich: Office for Disability Issues, Department for Work and Pensions; 2007.
18. Iwarsson S. A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *Gerontologist* 2005;45(3):327-336.
19. Iwarsson S, Isacson A, Lanke J. ADL dependence in the elderly population living in the community: the influence of functional limitations and physical environmental demand. *Occup Ther Int* 1998;5(3):173-193.
20. Lansley P, McCreddie C, Tinker A, Flanagan S, Goodacre K, Turner-Smith A. Adapting the homes of older people: a case study of costs and savings. *Build Res Informat* 2004;32(6):468-483.
21. Mann WC, Ottenbacher KJ, Fraas L, Tomita M, Granger CV. Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly: a randomized controlled trial. *Arch Fam Med* 1999;8(3):210-217.
22. Oswald F, Wahl H, Schilling O, Nygren C, Fänge A, Sixsmith A, et al. Relationships between housing and healthy aging in very old age. *Gerontologist* 2007;47(1):96-107.
23. Stark S. Removing environmental barriers in the homes of older adults with disabilities improves occupational performance. *OTJR Occup Participation Health* 2004;24(1):32-39.
24. Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwartz R, Konrad TR, Ory MG, et al. The economic implications of self-care: the effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of Medicare beneficiaries. *Am J Public Health* 2000;90(10):1608-1612.
25. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CHM. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age Ageing* 2004;33(5):453-460.
26. Tinker A, Lansley P. Introducing assistive technology into the existing homes of older people: feasibility, acceptability, costs and outcomes. *J Telemed Telecare* 2005;11 Suppl 1:1-3.
27. Consejo de Europa. Recomendación N° (98) del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la

dependencia. 1998.

28. Instituto Galego de Estatística. Enquisa de condicións de vida das familias. Módulo dependencia. Disponible en: http://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=gl&codigo=0205001001 [acceso 29 de octubre de 2012].
29. Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, número 96, de 21 de abril de 2007.
30. Martínez J, Dueñas R, Onís M, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001;117:129-134.
31. Iwarsson S, Slaug B, Fänge AM. The Housing Enabler Screening Tool: feasibility and interrater agreement in a real estate company practice context. J Applied Gerontology 2012;31:641-660. Publicación electrónica 1 febrero 2011. doi:10.1177/0733464810397354.
32. Alonso F (director). Libro Verde sobre la Accesibilidad en España: diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2002.
33. Garcia-Caselles P, Miralles R, Arellano M, Torres RM, Aguilera A, Pi-Figueras M, et al. Validation of a modified version of the Gijón's social-familial evaluation scale (SFES): the "Barcelona SFES Version", for patients with cognitive impairment. Arch Gerontol Geriatr Suppl 2004(9):201-206.

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[La adaptación del hogar en las personas dependientes del entorno de A Coruña y su relación con el apoyo social](#)





Diapositiva 1

La adaptación del hogar en las personas dependientes del entorno de A Coruña y su relación con el apoyo social

Iván De Rosende Celeiro
Terapeuta ocupacional
Servicio de Dependencia y Autonomía Personal
A Coruña

Diapositiva 2

Adaptación del hogar y dependencia

HOGAR

Espacio destacado en la vida cotidiana de mayores, discapacidad, menor salud

Envejecer en casa

No diseñados para las necesidades de mayores, con discapacidad o dependencia

Diapositiva 3

Adaptación del hogar y dependencia

Adaptación del hogar

Reducir o eliminar los **obstáculos o barreras** del contexto físico domiciliario, que encuentran las personas en las actividades cotidianas

Diapositiva 4

Adaptación del hogar y dependencia

Beneficios

Adaptar el hogar

- Mantiene la independencia en las AVD
- Disminuye la incidencia de caídas
- Mejora la salud del cuidador
- Se relaciona con un menor ingreso en residencias

Destinatarios : Situación de dependencia

Diapositiva 5

Adaptación del hogar y dependencia

Objetivos

- Conocer qué adaptaciones del hogar realizan las personas dependientes de A Coruña y área cercana
- Analizar la posible asociación entre la realización de una adaptación del hogar y las características de la situación social

Diapositiva 6

Adaptación del hogar y dependencia

Material y métodos

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y retrospectivo

- Revisión retrospectiva de las valoraciones para el reconocimiento de la dependencia, realizadas por el investigador, como técnico de la Administración, durante 16 semanas, en domicilios de A Coruña, Abegondo, Bergondo, Cambre, Carral, Oleiros y Sada
- Sólo valoraciones en los que se reconoció, a un solicitante mayor de edad, un grado I (moderado) o superior de dependencia

Diapositiva 7

Adaptación del hogar y dependencia

Adaptación del hogar

En los cinco últimos años

- En el hogar se elimina una barrera arquitectónica para la persona dependiente, según el *Housing Enabler Screening Tool*
- De difícil remoción, según el Libro Verde de la Accesibilidad en España
- Relacionada con el desempeño de las AVD básicas siguientes: desplazamientos interiores, acceso al exterior, aseo, uso del inodoro y ducha/baño

Diapositiva 8

Adaptación del hogar y dependencia

Material y métodos

Escala Sociofamiliar de Gijón

- **Situación social: familiar, contactos y apoyos recibidos**
- 3 categorías:
 - Funcionamiento social bueno
 - Situación intermedia
 - Deterioro social severo

Diapositiva 9

Adaptación del hogar y dependencia

Resultados

208 valoraciones de dependencia

- 70% mujeres, 84 años de edad (mediana)
- El **98%** de los domicilios presentaban hace cinco años una o más barreras para el desempeño de las AVD básicas de la persona dependiente. En este último grupo, casi el **30%** realizó una adaptación del hogar

Diapositiva 10

Adaptación del hogar y dependencia

Resultados

Adaptaciones realizadas con mayor frecuencia

- Instalar una ducha (n= 56 domicilios)
- Eliminar el uso de escaleras en el interior, ubicando la habitación o cuarto de baño en planta inferior (n= 9)
- Ampliar el ancho de puertas interiores (n= 3)
- Suprimir escalones en el acceso al exterior (n= 3)

Diapositiva 11

Adaptación del hogar y dependencia

Resultados

La situación social de la persona dependiente se relaciona de una forma significativa con la realización de una adaptación del hogar ($p < 0,001$)

Adaptan más: funcionamiento social bueno

Adaptan menos: deterioro social severo

Diapositiva 12

Adaptación del hogar y dependencia

Conclusiones

- Casi la totalidad de las personas en situación de dependencia estudiadas encontraron barreras en el hogar para las AVD básicas
- Realizaron adaptaciones del hogar con una frecuencia muy reducida



Iván De Rosende Celeiro
Terapeuta ocupacional

Contacto:
ivan.derosende.celeiro@xunta.es

Beneficios de un programa de Circuito Biosaludable en personas mayores institucionalizadas

Silvia E. Sánchez Balsalobre

Residencia SARquavita

1. Introducción

El incremento considerable de la calidad de vida en los tiempos actuales ha provocado un aumento en la esperanza de vida de nuestra sociedad. Debido a ello, el envejecimiento de la población actual aporta un grupo demográfico cada día más numeroso, que está alterando la pirámide demográfica. Los datos no engañan, el 17% de los españoles, más de siete millones, supera ya los 65 años de edad; además aumenta la esperanza de vida: 82 años para las mujeres y 75 para los hombres.

Entre los factores que aceleran el envejecimiento en la sociedad actual, podemos encontrar como los más relevantes la excesiva alimentación, el stress, la hipertensión, el tabaquismo y alcoholismo y el sedentarismo. Para poder retardar el envejecimiento se recomienda, entre otros, el ejercicio corporal continuo y la participación socio laboral.

El envejecimiento conlleva un debilitamiento de ciertas capacidades como son la agilidad, velocidad de movimiento, coordinación y equilibrio. La caída es con diferencia la principal causa de muerte por accidente en el anciano. Alrededor del 41% de personas mayores restringen su movilidad por miedo a la caída.

Además de los beneficios físicos, cada vez más, se estudia cómo el ejercicio físico influye en aspectos psicológicos. Así (Clark y Watson, 1988) hallaron una relación entre los estados de ánimo positivos y los acontecimientos de carácter social que rodean a la práctica de actividad física colectiva.

El dolor es un fenómeno complejo y muy frecuente en nuestra población diana. Autores como Bank y Kermes (1996) y Madland, Feinmann y Newman (2000), han observado que entre los pacientes que padecen dolor de forma crónica son muy frecuentes las alteraciones emocionales y suelen manifestarse en niveles elevados de ansiedad, depresión, miedo... En este sentido, la "Teoría de la Puerta de Control" de Melzack y Wall (1965-1970) sostiene que señales aferentes no dolorosas pueden inhibir las señales del dolor que llegan a las áreas del córtex cerebral no dando paso a los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores.

Por tanto, estados anímicos tales como ansiedad, preocupación, depresión y el hecho de concentrarse en una lesión, pueden incrementar el dolor afectando la activación del control central, abriendo la puerta; mientras que la distracción, relajación y emociones positivas, pueden cerrar la puerta reduciendo o bloqueando la percepción del dolor.

Circuitos Biosaludables o parques geriátricos

Como respuesta a estas necesidades en torno al mantenimiento del rendimiento físico en las personas mayores, aparecen los parques geriátricos públicos. Los parques geriátricos o también llamados "Circuitos Biosaludables", son espacios verdes, ubicados en ciudades y pueblos, compuestos por diferentes equipos para ejercitarse,

que exige el trabajo físico de todas las partes del cuerpo y de capacidades como el equilibrio, la coordinación, la fuerza, la elasticidad, la movilidad y agilidad e incluso para tratar dolencias o lesiones concretas, pero lo realmente novedoso no es el concepto de parque de ejercicios, sino la adecuación de las máquinas de ejercicios, a las que antes sólo se podía acceder en gimnasios cerrados o clínicas de rehabilitación, para su instalación al aire libre y su uso a partir de cierta edad. Esto supone una nueva filosofía de vida para nuestros mayores.

2. Descripción del proyecto

Objetivos generales

- Fomentar las relaciones sociales de nuestros residentes con el exterior, con la comunidad.
- Valorar los efectos que la realización de ejercicio físico programado, producen a nivel físico, psíquico y social de nuestros usuarios en un medio externo al residencial, (circuito biosaludable).

Objetivos específicos

- Mantener o aumentar la movilidad articular corporal.
- Fortalecer la musculatura.
- Potenciar la coordinación estática y dinámica.
- Lograr una interacción social entre los usuarios de la instalación, y nuestros residentes, propiciando un ambiente de júbilo.
- Estimular la destreza óculo-manual.
- Mejorar las funciones cognitivas, el estado de ánimo (depresión, ansiedad, autoestima...), así como disminuir los trastornos del comportamiento.
- Fomentar hábitos saludables al aire libre.

3. Metodología

Muestra

La muestra del estudio esta compuesta por 12 sujetos (mujeres=91,6% y hombres= 8,3%) con edades comprendidas entre los 70 y los 95 años (media=82.75).

Para seleccionar a los participantes, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: residentes de un centro residencial, que:

- No tuvieran deterioro cognitivo alguno/o en su defecto deterioro leve.
- Personas autónomas con movilidad reducida.
- Continente y capaz de ejecutar actividades instrumentales.
- En la medida de lo posible se intenta lograr la participación de aquellos que tengan problemas emocionales y/o de conducta. Así, como aquellos que tienden al sedentarismo y/o escasa participación en las terapias del centro.
- Escasas relaciones interpersonales.

Ningún sujeto participante padece o está en tratamiento farmacológico por enfermedad o trastorno incompatible con la práctica de actividad física (p.e. hipertensión grave, cardiopatías, etc.). Todos tenían un alto grado de movilidad, no presentaban ningún tipo de trastorno o afectación motora importante, y completaron el estudio con una asistencia mínima del 85% de las sesiones.

Asimismo, existían tres criterios de exclusión:

- Escaso rendimiento en los ejercicios planteados en dos sesiones seguidas, sin causa justificada.
- Rechazo/ negatividad para acudir al circuito, en dos ocasiones.
- Por prescripción médica temporal.



Instrumentos de evaluación

El programa se evalúa en tres fases, teniendo en cuenta tanto datos cuantitativos como cualitativos:

- Fase Pretest .MMSE. TINETTI, BARTHEL, Escala Daniells, Valoración psicológica, medica, social, ocupacional y f sioterapéutica obtenidas desde el programa informático GCR antes del inicio del proyecto.
- Fase de Ejecución. Se emplea un registro de campo diariamente, después de cada sesión, donde aparecen ítems relacionados con las áreas psicológica, funcional y social.
- Fase Postest. MMSE. TINETTI, BARTHEL, Valoración psicológica, medica, social, ocupacional y f sioterapéutica obtenidas desde el programa informático GCR, al finalizar las 16 sesiones estimadas.

Procedimiento

Los sujetos fueron asignados teniendo en cuenta los criterios de inclusión anteriormente descritos, y respetando sus preferencias: grupo de circuito biosaludable (n=12,). Nuestro estudio, es de carácter prospectivo.

Las sesiones de ejercicio físico se desarrollaron a lo largo de 4 meses, con una frecuencia aproximada de 2 sesiones al mes. El día elegido fue el martes. Todos los residentes deben contar con consentimiento previo telefónico y posterior escrito por parte de familiares responsables.

En total, el programa se desarrolló durante 16 sesiones comenzando el 6 de abril de 2010 y concluyendo el 20 de julio del mismo. Cada sesión tenía una duración aproximada de 90 minutos por cada una de ellas. El grupo de residentes es de 12 pero divididos en 2 subgrupos de 6 y que irán acompañados de f sioterapeuta todas las semanas, de terapeuta ocupacional cada 15 días y dos TASOC una cada tres semanas y psicólogo mensualmente.

El proyecto diario tiene una duración de 90 minutos que se desglosa así: Reagrupación de 6 residentes e inclusión en furgoneta en el centro; desplazamiento hasta el circuito; ejecución del mismo; reagrupación nuevamente de residentes y recogida por transporte y regreso al centro.

4. Ejecución de circuito biosaludable

El desarrollo de la actividad se puede reestructurar en 5 períodos:

1. Fase de calentamiento;
2. Fase de ejercicios globales (intervención de dos o más articulaciones);
3. Fase de descanso;
4. Fase de ejercicios específicos (actuación de una o dos articulaciones) y
5. Fase de relajación o de dinámicas grupales.

1 FASE DE CALENTAMIENTO

La duración es de unos 10 minutos y la lleva a cabo el f sioterapeuta.

Colocamos a los residentes sentados en bancos enfrentados y realizamos ejercicios de flexibilización y estiramiento. Cada ejercicio se repite 3 veces.

Nos basamos en el esquema corporal como referencia (desde arriba a abajo):

- Cuello: Flexo-extensión, inclinaciones y rotaciones.
- Hombros: Antepulsión y retropulsión de los mismos, flexo-extensión, separación-aproximación y rotaciones.
- Codos y muñecas: Flexo-extensión de codos y muñecas.
- Antebrazos: Pronosupinación.
- Tronco: Inclinaciones y rotaciones.
- Caderas: Flexo-extensión, separación-aproximación y rotaciones.
- Rodillas: Flexo-extensión.
- -Tobillos: Inversión y eversión

2 FASE DE EJERCICIOS GLOBALES

La duración de esta etapa es de 25 minutos. En esta serie hay 6 elementos:

1. Pasarela con rampa y escaleras
2. Banco con doble bicicleta de brazos.
3. Banco doble con pedales.
4. Ruedas de brazos
5. Doble giro de cintura.

3 FASE DE DESCANSO.

El tiempo de esta fase es de 5 minutos. Sentados se ofrece hidratación.

4 FASE DE EJERCICIOS ESPECÍFICOS.

La duración de la etapa es de 25 minutos. Igual que antes los dos grupos desarrollan la actividad. En esta serie hay 4 elementos:

1. Mampara con rueda de hombro.
2. Mampara con hélice y giro de muñeca.
3. Mampara con rodillo giratorio.
4. Mampara con doble escalerilla de dedos.

5 FASE DE RELAJACIÓN O DINÁMICAS GRUPALES.

Los 6 residentes sentados en bancos enfrentados realizan las diferentes actividades dirigidas por Terapeuta Ocupacional o TASOC, con una duración de 5 minutos.

La relajación la realiza un terapeuta ocupacional y la realización de las dinámicas grupales la TASOC (Técnica Superior en Animación Sociocultural) correspondiente:

- Respecto a la relajación, se utilizan técnicas para la distensión y conciencia del ejercicio para intentar
- Respecto a las dinámicas grupales se pretende desarrollar la capacidad de diagnóstico sobre el comportamiento individual y grupal, cumpliendo diversas finalidades como: capacitar para establecer relaciones personales más auténticas; comprender las condiciones que inhiben o facilitan el buen funcionamiento afectivo y efectivo del grupo; comprender las relaciones interpersonales; entrenar en el sentido de la cooperación; potenciar la libertad en las elecciones y las relaciones. Con estas técnicas se potencian la expresión de opiniones, sentimientos y sugerencias respecto a las actividades realizadas, propiciando una mayor accesibilidad de los residentes a las relaciones con el entorno.



5- Resultados y conclusiones

Tras la ejecución de este novedoso e innovador proyecto, hemos hallado una serie de beneficios en las distintas áreas: física, funcional, psicológica y social de los participantes.

Una vez finalizado el proyecto se ha comprobado que las puntuaciones arrojadas por el MMSE son mejores en comparación con las iniciales. Esto significa que el 62.5% de los residentes que han participado en el proyecto han mantenido o incrementado sus capacidades cognitivas. Dichos beneficios se han detectado preferentemente en los ítems de orientación temporo-espacial y atención-concentración. Además el 100% de los participantes valoran positivamente la ejecución de este proyecto, refieren que se lo han pasado muy bien, y expresan su disponibilidad a participar en una segunda experiencia. Estos datos coinciden con los hallados en otros estudios en los que personas mayores que participaban en programas de actividad física, obtenían mejoras en el funcionamiento cognitivo (Molloy, Beerschoten, Borrie, Crilly y Cape, 1988) y en el bienestar psicológico (Perri y Templer, 1985).

Un 62.5% de los participantes, han presentado un alto grado de motivación por asistir al circuito, mientras que el restante 37.5% ha demostrado una motivación media. Además el 80.7% de ellos se perciben con una elevada autoeficacia en la realización de los ejercicios, aspecto corroborado por la observación directa y los registros de campo diarios, es decir, conocen perfectamente la secuencia, importancia y utilidad de cada aparato así como la ejecución de los ejercicios.

Asimismo, debe destacarse que la realización de ejercicio físico, el participar en una terapia pionera, fuera del centro, el sentirse identificado con el grupo (todos con la misma camiseta y gorra), el hecho de ayudar al compañero, son factores que han fortalecido la autoestima de los residentes objeto del presente estudio, puesto que les ha conferido un mayor sentido de utilidad, de bienestar, y de responsabilidad.

No hemos encontrado relación positiva entre las personas que presentaban alteraciones anímicas de índole ansiosas- depresivas y una posterior mejoría por participar en el circuito

La experiencia ha sido además muy gratificante para los mayores que han vivido en la población donde se ha desarrollado el proyecto, ya que el reencuentro, en ocasiones inesperado, o la visita programada en otras de: familiares, vecinos, y/o antiguos amigos; han servido de perfecto "taller de reminiscencia", ya que el recuerdo de vivencias, calles, y lugares conocidos por estos, iban acompañados de una gran carga emotiva. Esto ha servido para fomentar la implicación de los familiares en las actividades del centro, ampliando su participación a otras terapias ya existentes. Los familiares han valorado de manera positiva la realización de esta actividad novedosa.

Por lo tanto, pensamos que en el diseño y evaluación de los programas de actividad física para personas mayores se debe tener en cuenta no solo la pertinencia de un determinado tipo de ejercicio (aeróbico/no-aeróbico), y su pauta de aplicación (intensidad, frecuencia y duración), sino también la valoración subjetiva que, en términos de autoeficacia, bienestar psicológico y autoestima, realizan los participantes en esos programas (Wolinsky, 1995).

Recopilando los datos arrojados por la escala Tinetti hemos extraído que el 100% de los participantes han mantenido o aumentado los valores y si nos fijamos en ciertos ítems, obtenemos resultados concluyentes:

- Los equilibrios estático y dinámico y la coordinación han mejorado.
- Se observa una marcha más rápida, estable y de ejecución más correcta.

Esto les confiere a nuestros participantes mayor independencia funcional y menor grado de sedentarismo por lo que se reducen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, y la depresión.(Rooney, 1993). Además de ayudar en el tratamiento y la prevención de la osteoporosis (Perpignano, 1993), la cual constituye una causa determinante en las caídas siendo estas un “enemigo” tan perseguido en los centros asistenciales.

Los valores obtenidos tanto de la amplitud articular que mantiene su recorrido activo como los de los balances musculares (los músculos consiguen vencer incluso una resistencia moderada) en el 100% de los participantes, demuestra que un trabajo coordinado y adaptado tanto a las distintas estructuras corporales (globales y específicas) como a la edad, les permite a los usuarios un mantenimiento de sus capacidades funcionales.

Así aparece una correlación con los estudios que indican que el ejercicio físico puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica.(Barry y Eathorne,1994; Larson & Bruce, 1987; Andervoort,1992).

Respecto a las relaciones sociales en el grupo, se concluye que las dinámicas grupales han avanzado la cohesión en el grupo, destacando conductas prosociales como la orientación a la realidad entre los miembros del grupo (se informaban unos a otros del día en que les tocaba su turno para asistir al circuito, se observaban para recordarse la vestimenta adecuada, etc.) Otros comportamientos a destacar han sido la colaboración entre los miembros del grupo para la correcta realización de la actividad: espera de turnos, acercarse el andador como apoyo a los que lo necesitaban, etc. Esta dinámica grupal ha provocado que los participantes hayan tenido gran implicación en esta actividad siendo los propios protagonistas activos en la preparación de la misma y alcanzando una gran autonomía. Otro factor a resaltar, ha sido la relación del grupo con el exterior, creando una demanda de la comunidad no sólo por compartir el mismo espacio del circuito, sino por participar de manera conjunta en esta actividad para llevarla a cabo de manera guiada y correcta. Estas relaciones establecidas con la comunidad han fomentado una mayor comunicación y ha provocado el interés de la comunidad por el centro residencial y las actividades que se desarrollan en el mismo.

Desde el Equipo de terapias creemos que sería aconsejable aumentar la frecuencia del Circuito Biosaludable, es decir, que el mismo grupo acuda al circuito de manera continua y no en semanas alternas, ya que, aunque hayamos encontrado grandes beneficios, pensamos que éstos hubiesen sido más notorios.

Se ha demostrado, por tanto, que el uso de tal actividad para mayores que están institucionalizados, puede ser un recurso muy valioso y como consecuencia se incorpora al programa anual de actividades del centro. Un ideal, sería tener este circuito como equipamiento en nuestro centro residencial, para abarcar a mayor número de residentes, especialmente aquellos cuyas limitaciones físicas y psicosociales no les permite acceder a esta salida. A su vez, estaría a disposición de los familiares para que realizaran esta terapia conjuntamente.

Bibliografía

- ARRANZ, E. Juegos de presentación, cuadernos de pedagogía. Barcelona 1987.
- AFAMOUR (2007) Diseño de Mobiliario para la Tercera Edad y Parques Infantiles. Instalaciones Deportivas XXI. (150), 24-27.
- DELGADO OJEDA, MA.(2000) Rehabilitación y fisioterapia en geriatría. Jaén. Formación Alcalá.
- LÓPEZ VIÑA, JM. (1997) Programa de asistencia fisioterápica a residencias de la tercera edad del principado de Asturias. Fisioterapia. (19): 167-76.
- MACÍAS NÚÑEZ, JF. (2001) Geriatría desde el principio. Barcelona. Ed.Glosa.
- MEDINA SÁNCHEZ, M. y col (1994) Papel del ejercicio físico regular en la rehabilitación del anciano. Rehabilitación; 28 (3): 170-3.
- ORTEGA SÁNCHEZ-PINILLA, R.(2002) Limitaciones a la actividad física en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología; 37 (1):54-9.
- SÁEZ LARA, CB., RODRÍGUEZ MARTÍN, CR. y LÓPEZ LIRIA, R. (2007) El parque geriátrico: fisioterapia para nuestros mayores. Gerokomos; 18 (2):84-88.
- SERRA REXACH, JA.(1997) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Geriatría. Revista española de Geriatría y Gerontología.

- XESUS R. JARES: El placer de jugar juntos. Nuevas técnicas y juegos cooperativos. Editorial CCS/Madrid. (1992).
- www.Enciclopediamedicadebiomecanica.com
- www.industriasagapito.es

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Beneficios de un programa de Circuito Biosaludable en personas mayores institucionalizadas](#)



Beneficios del programa *Circuito Biosaludable*

Silvia E. Sánchez Salobre
Directora SARq San Lázaro

Personas que cuidan a las personas



Diapositiva 1

Beneficios del programa Circuito Biosaludable

Silvia E. Sánchez Salobre
Directora SARq San Lázaro

Personas que cuidan a las personas

Diapositiva 2



Índice

1. Envejecimiento activo: base conceptual
2. Perfil de las personas atendidas en SARquavitaie
3. Proyectos de intervención innovadores
4. Reflexiones finales

Diapositiva 3



1. Envejecimiento Activo: Enfoque conceptual

Abordaje psicosocial del envejecimiento

- 1 Teoría de la Desvinculación
- 2 Teoría de la Actividad
- 3 Paradigma del Envejecimiento Activo



Diapositiva 4



1. Envejecimiento Activo: Enfoque conceptual

El enfoque del Envejecimiento Activo se fundamenta en la capacidad de las personas de aprovechar las **oportunidades de salud, participación y seguridad** con el fin de mejorar su calidad de vida a medida que envejecen.

Se asocia *envejecer activamente* con *envejecer en casa*, pero en los *servicios residenciales y comunitarios se generan oportunidades* para mantener el propio bienestar en base a deseos y preferencia.



Enfoque biopsicosocial

Atención centrada en la persona

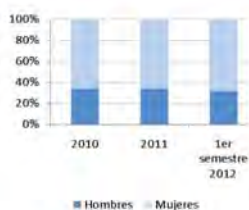
Perspectiva ética

Diapositiva 5



2. Perfil de personas atendidas

Sexo



Edad



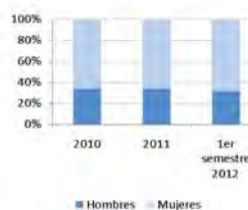
Datos extraídos del sistema de información asistencial GCR®
n 2010 = 12.989 / n 2011 = 12.622 / n 1er semestre 2012 = 12.272

Diapositiva 6



2. Perfil de personas atendidas

Sexo



Edad



Datos extraídos del sistema de información asistencial GCR®
n 2010 = 12.989 / n 2011 = 12.622 / n 1er semestre 2012 = 12.272

Diapositiva 7



Diapositiva 8

SAR QUANTITE 3. Proyectos de intervención innovadores

Círculo Biosaludable

- Valorar los efectos que la realización de ejercicio físico programado produce a nivel físico, psíquico y social en residentes que viven en un centro residencial.
- Fomentar las relaciones sociales de nuestros residentes con la comunidad y favorecer su integración.

Diapositiva 9

SAR QUANTITE 3. Proyectos de intervención innovadores

Resultados

Beneficios en distintas áreas: física, funcional, psicológica y social.

- MMSE: 62,5% han mantenido o incrementado sus capacidades cognitivas (ítems de orientación temporo-espacial y atención-concentración).
- Barthel: 80,7% de los residentes que han participado en dicha terapia mantienen o incrementan sobre el pre-test. 62,5 % han mejorado en los traslados, transferencias y deambulación.
- 100% de los participantes valoran positivamente la ejecución de este proyecto.
- Un 62,5% de los participantes con alto grado de motivación por asistir al círculo, el resto motivación moderada.
- 80,7% de las personas se perciben con una elevada autoeficacia en la realización de los ejercicios.
- No se encuentra relación positiva entre las personas con alteraciones ansioso-depresivas y una posterior mejoría por participar en el círculo.
- Reencuentro con familiares, amigos y vecinos.

Diapositiva 10

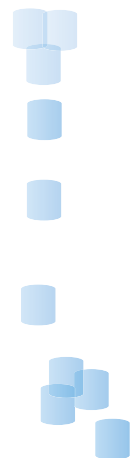
SAR QUANTITE

¿Cuáles son las claves de futuro para situar el envejecimiento activo en la agenda de los dispositivos de atención social?

Diapositiva 11

SAR QUANTITE 4. Reflexiones finales

- 1 Reconocimiento de la labor sanitaria y social de los centros residenciales
- 2 Establecimiento de mecanismos de coordinación con los recursos en el territorio: aspecto clave en los próximos años. Restricciones económicas y ausencia de una actuación conjunta de los dispositivos de atención.
- 3 Integración en el entorno comunitario donde estén ubicados los centros residenciales: la comunidad debe entrar en el centro y generar oportunidades reales de participación. ¿Centros abiertos a la comunidad?
- 4 Compromiso con la evaluación de resultados: generación de buenas prácticas y transferencia del conocimiento.
- 5 ¿Nueva conceptualización de los centros residenciales como especializados para la atención a perfiles de cronicidad y dependencia?: ¿Hacia qué modelo vamos?
- 6 ¿Envejecimiento activo sin enfoque biopsicosocial?



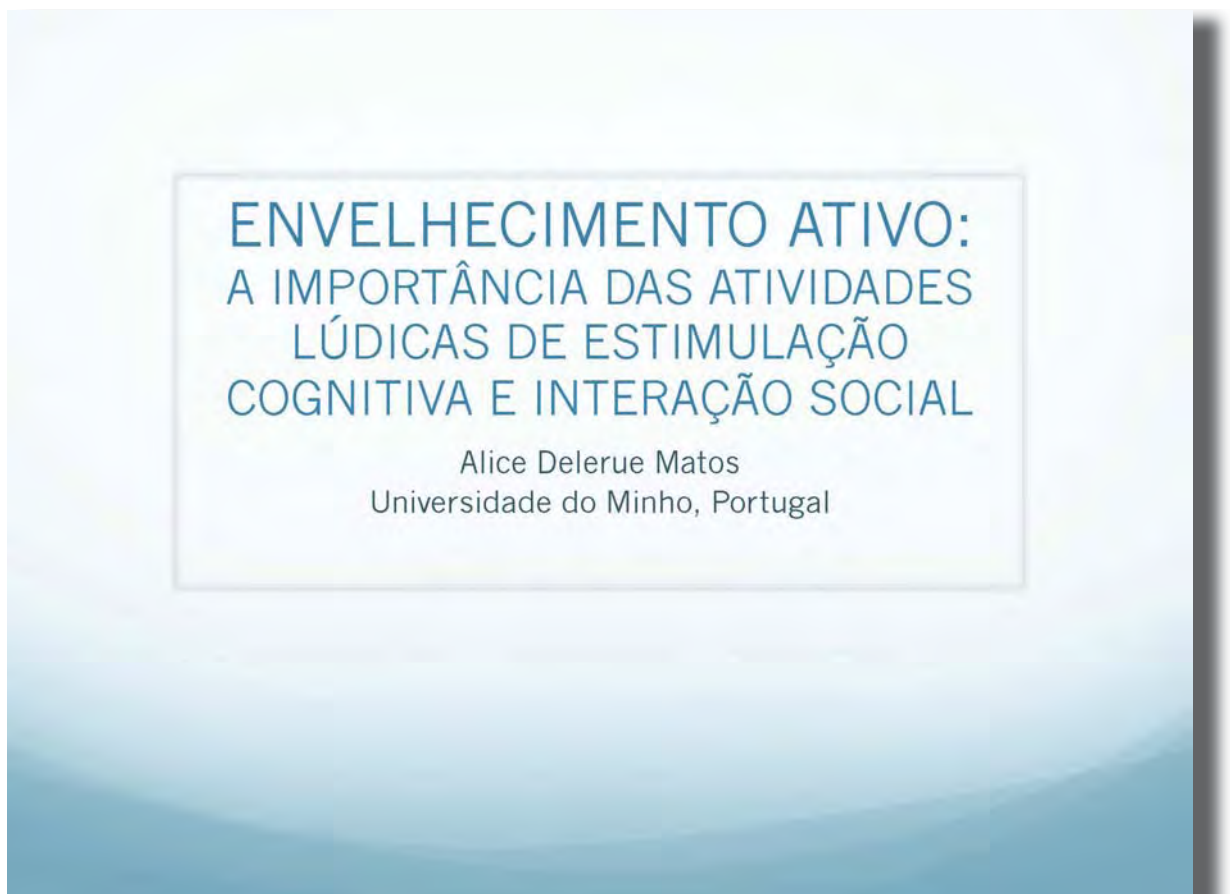
Envelhecimento Ativo: a importância das atividades lúdicas de estimulação cognitiva e interação social

Alice Delerue Matos

Universidade do Minho

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Envelhecimento Ativo: a importância das atividades lúdicas de estimulação cognitiva e interação social](#)





Diapositiva 1

ENVELHECIMENTO ATIVO: A IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES LÚDICAS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E INTERAÇÃO SOCIAL

Alice Delerue Matos
Universidade do Minho, Portugal

Diapositiva 2

Atividades antes dos 60 anos e saúde mental



Década de 90: estudos sobre a relação entre atividades desempenhadas antes dos 60 anos e saúde mental e memória → importância de se começar a estudar cedo e de se manter ativo ao longo da vida.
Estudos recentes de Sergio Perelman, Stéphane Adam e Eric Bonsang: algumas atividades têm efeitos específicos no cérebro.

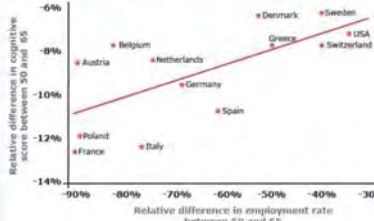
Diapositiva 3

Trabalhar faz bem à saúde?



Diapositiva 4

Taxa de emprego dos 50-65 anos e desempenho em testes de memória



País	Taxa de emprego (50-65 anos)	Diferença relativa no desempenho cognitivo
Polónia	~55%	~-12.5%
Frância	~58%	~-12.5%
Itália	~60%	~-12.5%
Grécia	~65%	~-10.5%
Países Baixos	~68%	~-9.5%
Belgium	~70%	~-8.5%
Austria	~72%	~-8.5%
Germany	~75%	~-10.5%
Espanha	~78%	~-11.5%
Suécia	~82%	~-6.5%
Dinamarca	~85%	~-6.5%
USA	~88%	~-7.5%
Suíça	~90%	~-8.5%

Fonte: Bonsang, Adam & Perelman (2010), dados do projecto SHARE 2004-2006

Este gráfico ilustra a relação entre a redução da taxa de emprego dos indivíduos de 50 a 65 anos e a redução do nível de desempenho em testes de memória. Mostra claramente que as capacidades de memória são melhores nos países em que a taxa de emprego dos 50 a 65 anos é mais elevada (Suécia, Suíça, etc.) e menores nos países em que a taxa de emprego é inferior (França, Polónia, Itália). Devemos todos reformar-nos tarde?

Diapositiva 5

Algumas nuances...

- O impacto negativo da reforma no funcionamento cognitivo atinge apenas as profissões intelectuais (nas profissões manuais e profissões que exigem trabalho por turnos, o inverso é verdadeiro)
- Suspensão da atividade laboral associada a redução da interação social (e menor estimulação cognitiva)
- Reforma pode estar associada a desvalorização social do indivíduo, redução da autoestima e eventualmente situações de depressão

→ Ainda que a idade da reforma fosse fixada em função de critérios de saúde mental, haveria que considerar muitos factores antes de defender o aumento da idade da reforma!

Diapositiva 6

Manter uma atividade ajuda a compensar as perdas cognitivas?

5	3		7			
6			1	9	5	
	9	8				6
8			6			3
4		8	3			1
7			2			6
	6			2	8	
			4	1	9	5
			8		7	9

5	3	4	6	7	8	9	1	2
6	7	2	1	9	5	3	4	8
1	9	8	3	4	2	5	6	7
8	5	9	7	6	1	4	2	3
4	2	6	8	5	3	7	9	1
7	1	3	9	2	4	8	5	6
9	6	1	5	3	7	2	8	4
2	8	7	4	1	9	6	3	5
3	4	5	2	8	6	1	7	9

Diapositiva 7

Manter atividades para compensar perdas cognitivas

Jogos de estimulação da memória, por ex., podem retardar as perdas associadas ao envelhecimento?

- Testes afirmam que sim mas resultados necessitam de ser analisados com prudência pois comparam quem utiliza os jogos com quem permanece inativo mas... e se compararmos com indivíduos com outro tipo de atividades? As diferenças anulam-se.
- Ao contrário do que pretende o marketing e serve as empresas interessadas em vender jogos, a organização de uma visita a um museu permite trabalhar mais zonas do cérebro do que jogos vídeo ou de memória!

→ Importante:

- trabalhar diferentes zonas do cérebro!
- ativar as emoções!

Em suma, é importante criar uma nova dinâmica que permita que os seniores redescubram um lugar na sociedade!

Diapositiva 8

Projeto Envelhecimento + ativo na Universidade do Minho



- Atividades de interação social
- Jogos de estimulação cognitiva

Diapositiva 9

A perspectiva dos seniores sobre “envelhecimento ativo”

Qual a perspectiva dos seniores sobre a noção de “envelhecimento ativo”?

- “Ativo” por oposição a “passivo”, ou seja, a tónica no poder de decisão dos seniores!
- “Ativo” associado a “autonomia”, opondo-se a dependência

Diapositiva 10

Programas de envelhecimento ativo a promover



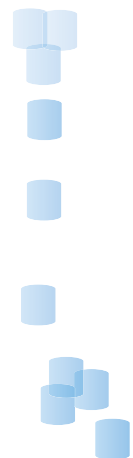
Os programas a promover devem ter em conta a perspectiva dos seniores e estar centrados na promoção da sua auto-realização, autonomia, *empowerment* e dignidade.

Diapositiva 11

Obrigada pela atenção



adelerue@ics.uminho.pt



El ocio como factor de desarrollo humano para las personas mayores a través de la educación del ocio

Yolanda Lázaro Fernández y Eduardo Aguilar Gutierrez

Universidad de Deusto

En este inicio del siglo XXI nos encontramos ante un desafío sin precedentes, el envejecimiento de la población, por tanto puede afirmarse que el escenario que tenemos es evidente, vivimos en una sociedad envejecida y que va a seguir envejeciendo. Pero a la vez, debe entenderse el envejecimiento como un proceso natural y deseable tanto a nivel personal como a nivel de sociedad y de comunidad.

Disfrutar del tiempo libre tiene una repercusión positiva tanto a nivel personal como en el entorno familiar y social, por lo que es muy importante para el desarrollo humano. El día a día ofrece una gran cantidad de posibilidades que favorecen el desarrollo personal y social, pero que muchas veces pasan desapercibidas. Csikszentmihalyi (2001; 30) apunta que “el ocio ofrece oportunidades para experimentar con lo nuevo y romper la rutina, al mismo tiempo que puede enseñar la habilidad para hacer nuestras obligaciones como si las hubiéramos elegido. Esto es debido a que la creatividad incluye la habilidad para cambiar el mundo exterior y la realidad interna y el ocio es el contexto para hacerlo”.

De acuerdo con Nussbaum (2012) las personas son lo más importante de la sociedad, aunque en ocasiones parezca lo contrario. Los beneficios económicos son solamente los fines, los medios instrumentales para las vidas humanas. Por tanto, debemos pensar que la finalidad del desarrollo debe ser el desarrollo humano que consiste en posibilitar que las vidas de los individuos sean plenas y creativas, desarrollando todo su potencial y una existencia significativa acorde con la igualdad de la dignidad humana de todas las personas.

Teniendo todo esto en cuenta y centrándonos en el colectivo objeto de nuestro interés, se destaca, tal y como señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 en su documento marco del envejecimiento activo, que es necesario evolucionar desde un enfoque basado en las necesidades a uno basado en los derechos, donde se reconozca el derecho de las personas mayores a disfrutar de una vida plena de igualdad de oportunidades y de trato en todos los ámbitos. Las personas mayores, tal y como apunta Subirats (201) quieren participar activamente y de manera integral en la sociedad.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global y por lo tanto las acciones que demanda deben darse a todos los niveles (internacional, nacional, regional y local) y no dar una respuesta apropiada puede traer consecuencias, tanto socioeconómicas como políticas, de impacto global.

Por todo ello, la OMS identificó, en un primer momento, 3 pilares básicos, en su marco de referencia, estos son salud, participación y seguimiento. Para posteriormente añadir un cuarto ámbito fundamental, el aprendizaje a lo largo de la vida.

Este último pilar parte de la base de la capacidad de aprendizaje que tienen todas las personas, independientemente de su edad. Según la Comisión de las Comunidades Europeas. (2001), el aprendizaje a lo largo de la vida es una necesidad y un derecho de todas las personas y un elemento clave para el desarrollo de cualquier socie-

dad. Por tanto, es indispensable diseñar e implementar estrategias y mecanismos que fomenten el aprendizaje a lo largo de la vida (ya sea de carácter formal, no formal o informal) para toda la ciudadanía como elemento que garantice la igualdad de oportunidades y la adaptabilidad a un entorno en constante cambio.

Nussbaum (2012; 181), apunta que “la educación forma las aptitudes ya existentes en las personas y las transforma en capacidades internas desarrolladas de muchas clases. Esta formación es valiosa en sí misma, pero también es una fuente de satisfacción para toda la vida”.

Este artículo pretende acercarse y mostrar los beneficios que algunas experiencias de ocio formativas proporcionan a las personas que las llevan a cabo.

El ocio, entendido como experiencia con valor en sí misma, en palabras de Cuenca, (2004) se distingue por su capacidad de sentido y su potencial para crear encuentros creativos que originan desarrollo personal. Las experiencias de ocio son estructuradas en el conjunto de la vida y de las experiencias vitales del individuo, son procesos en su vivencia y valoración, y direccionales, porque el ocio permite acceder a lo satisfactorio y positivo. Dewey (2008) apunta que la verdadera experiencia es aquella que se conserva como recuerdo perdurable.

Según los datos aportados y disponibles en el Libro blanco del envejecimiento activo (2011) sobre la evolución de las actividades que cotidianamente realizan las personas mayores, se observa un incremento de las actividades más “sociales” que conllevan salir y relacionarse o cuidar de la salud a través de la realización de algún deporte o el paseo. Igualmente se apunta la ascendente tendencia en el uso de tecnologías entre las personas mayores, lo que evita el aislamiento, genera nuevas redes sociales, ofrece seguridad y posibilita nuevos aprendizajes.

Se entiende por beneficio aquel cambio que es visto como ventajoso para una mejora en la condición, un aumento o un progreso para un individuo, un grupo, la sociedad u otra entidad (Driver; Brown y Peterson, 1991). Determinar que un resultado constituye un beneficio del ocio requiere la evidencia de que la participación en el ocio es la responsable del resultado y que dicho resultado comporta una mejora que no habría tenido lugar en otras circunstancias. Es por ello que el ocio, en palabras de Tisley (2004; 58) “posee una importancia capital en la psicología de la personalidad saludable”.

Así, según Kelly y Steinkamp (1986) la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento son algunas de las motivaciones para participar en actividades de ocio que experimentan las personas mayores, y que les ayudan a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida.

Por otra parte, el disfrute del ocio en los adultos/mayores está directamente relacionado con la percepción de felicidad, el ajuste a las circunstancias vitales y la implicación en los procesos vitales (Katz, 2000). Igualmente, las personas mayores, que disfrutan de experiencias de ocio que revisten cierto grado de complejidad de manera continuada, son personas con una capacidad de atención mayor desde un punto de vista intelectual (Schooler y Mulatu, 2001) y más implicadas socialmente y con su entorno (Iso-Ahola, Jackson y Dunn, 1994).

De esta manera, diversas investigaciones permiten relacionar las prácticas de ocio en personas mayores que demandan un posicionamiento activo con un mayor bienestar psicológico y menores índices de depresión (Dupuis, y Smale, 1995).

Los beneficios del ocio (Driver y Bruns, 1999) se concretan en todos los niveles de la vida (psicológicos, fisiológicos y conductuales) y son mejoras o cambios positivos, reales o percibidos, por parte de la persona o grupo que protagoniza la acción de ocio de la que se deriva la mejora.

Este 2012 es el Año Europeo del Envejecimiento Activo y las Relaciones Intergeneracionales, y la Universidad de Deusto lleva más de quince años desarrollando el Proyecto OcioBide, la Formación como Ocio, compuesto por cinco programas:

1. Ocio Cultural Universitario
2. Titulado Universitario en Cultura y Solidaridad
3. Curso Monográfico de Formación Permanente
4. Disfrutar las Artes
5. Aprender Viajando

donde personas de todas las edades son los participantes y son a la vez buenos ejemplos de los beneficios, muchos de ellos orientados al desarrollo personal y el disfrute, que los programas que conforman el Proyecto proporcionan.

Según Cuenca (2002), la educación del ocio es un proceso relacionado con el aprendizaje de habilidades y conocimientos, unido al desarrollo de actitudes y conductas que implican un mundo de valores y una capacidad de elección. La educación del ocio tiene que ver con el desarrollo de conocimientos desinteresados, acciones gratificantes, con la revalorización de lo cotidiano y lo extraordinario, con la vivencia creativa del tiempo, la libertad, la participación, la solidaridad y la comunicación. La vivencia del ocio debe evolucionar con nosotros mismos, con nuestras necesidades, capacidades y experiencias.

Aprender es para algunas personas una forma de ocio por derecho propio, existen individuos que experimentan el aprendizaje de nuevas destrezas o conocimientos como algo satisfactorio, ya que les permite mantener o ajustar su nivel de activación hacia un nivel óptimo, consiguiendo dar respuesta a sus necesidades de novedad, variedad y cambio.

El acceso a la cultura no debe estar nunca condicionado por presiones ni obligaciones, sino que debe ser un tiempo de creatividad libremente escogido.

En la Universidad de Deusto se tuvo claro que este Proyecto con los cinco programas que lo componen debía ser flexible, transformador, gustoso e inclusivo, en el que fuese posible el contraste y la convivencia sin perder la esencia del Proyecto Universitario, caracterizado (Gómez y Martínez, 2002) porque:

Es aprendizaje

Esto es así, puesto que se produce un aprendizaje de manera continuada para mejorar las capacidades, conocimientos y cualificaciones de las personas. Las materias impartidas intentan, por una parte, ayudar a la persona a entender su entorno, y resolver los problemas que se le plantean cotidianamente. Así se cubre, lo que Habermas (1984, en Mezirow 2000) denomina el campo instrumental del aprendizaje. Igualmente en los programas se trabaja el campo comunicativo del aprendizaje a través de materias que ayudan a comprender al otro cuando se comunica. Todo ello teniendo presente que junto con el aprendizaje (resultado) es esencial el sentimiento, placer y disfrute (proceso).

Es un proceso de aprendizaje autodirigido

El papel protagonista de la persona individual en el proceso de aprendizaje. Para ello existen ciertas normas que favorecen la autodirección del alumno, a través de un curriculum flexible, con un alto grado de optatividad. Igualmente la máxima nota a la que se aspira es el aprobado, evitando así las comparaciones académicas, pero ello no impide que se anime a los alumnos a profundizar en los temas, a rectificar y a valorar los elementos destacables.

Es una experiencia personal

El individuo aprende a proporcionarse a sí mismo recompensas y refuerzos, ser consciente de sus propios avances y concebirse como un ser inacabado con un gran potencial de crecimiento.

Es una experiencia grupal

Las personas que acuden a nuestros programas son muy variadas, con muchas cosas que les diferencia pero con al menos tres que les unen: interés por la cultura, ganas de aprender y gran motivación.

Es una ventana al mundo

La llamada sociedad del conocimiento alude al hecho de que la adquisición, el uso y la distribución del saber se encuentran en la base del funcionamiento general de la sociedad. Lo que ofrecen las universidades no es simple entretenimiento sino conocimiento y capacidad de análisis crítico.

Es una experiencia intergeneracional

Estos Programas no están dirigidos a unas edades concretas, sino a personas adultas, con la edad de 25 años como mínima, pero sin existir límite en el otro lado de la balanza.

Es una vivencia de ocio

Una experiencia de ocio, como se ha señalado, es aquella que se desarrolla con una percepción de libertad más la suma de la motivación intrínseca por tanto, se trata de conductas que el individuo realiza por el interés y el placer de realizarlas. La necesidad de aprender tiene una estructura motivacional dominada por el puro deseo de

conocer y aprender (aprender por el puro placer de aprender), por conseguir una meta social, al mismo tiempo que por la búsqueda de su desarrollo personal. Es decir, no es utilitaria y pragmática como en otros tramos de edad. Este tipo de formación propicia que la persona se implique sin la necesidad de recompensas, logros tangibles o reconocimiento social, por tanto puede vivirse como una experiencia de ocio en su dimensión formativa.

Si tenemos en cuenta la conceptualización que (OMS) hace del Envejecimiento activo, esto es “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, (OMS, 2002; 79) es evidente que las actuaciones tendentes a potenciar actitudes y conductas que promueven la inquietud intelectual, la curiosidad científica, y cultural, profundizar en las humanidades y en el conocimiento de los riesgos que conllevan determinados hábitos, va a permitir a las personas adultas/mayores estar en mejores condiciones de afrontar las diferentes etapas que la vida les va proponiendo.

Bajo este prisma preventivo, los Programas de Formación Permanente del Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto son Programas universitarios que propician a las personas que los cursan una rica actividad en lo psicológico, lo físico y la social, aumentando el bienestar psicológico y la calidad de vida. Así mismo, el marco de la orientación humanística del Instituto de Estudios de Ocio, y el principio educativo que inspira el Proyecto OcioBide, La formación como Ocio es la formación integral de la persona, cuidando especialmente que el desarrollo procesual sea satisfactorio y formativo (Csikszentmihalyi et.al., 2001).

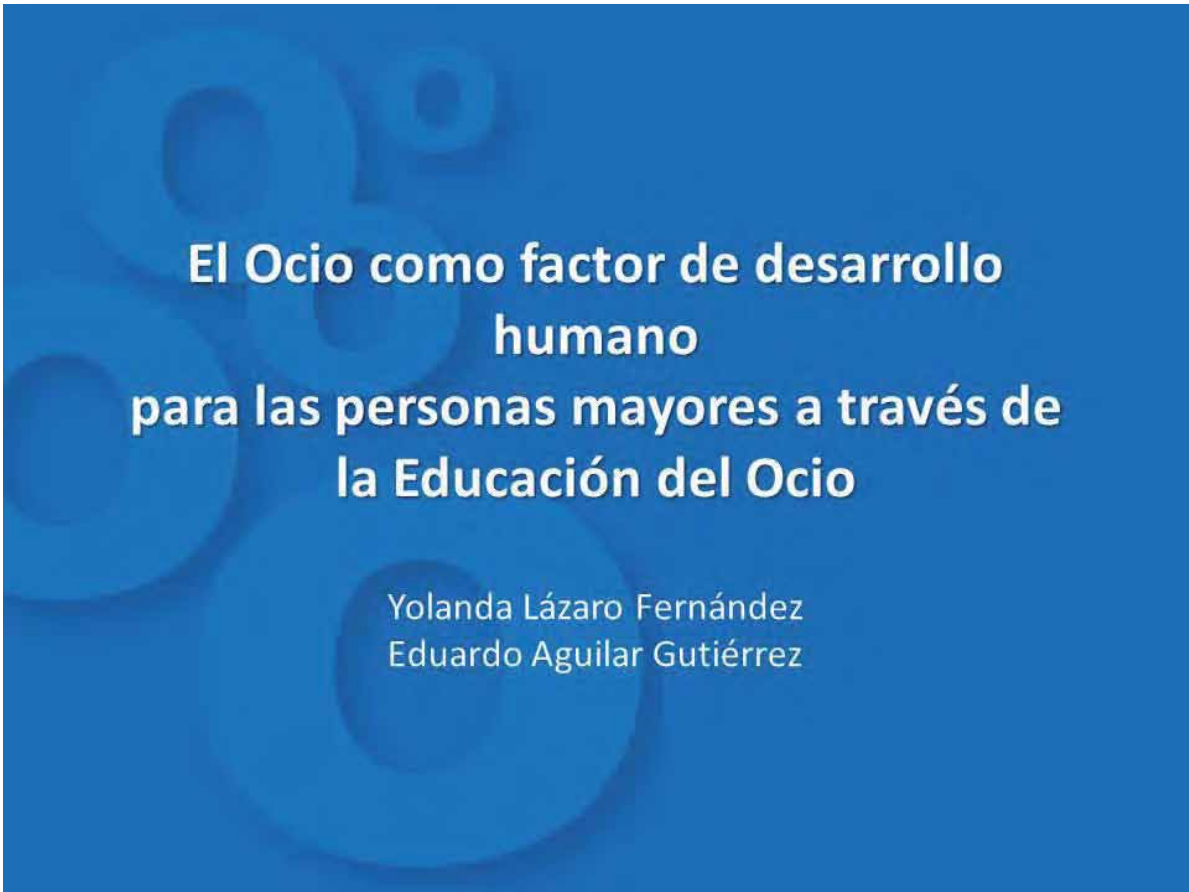
Bibliografía

- Causapié Lopesino, P.; Balbontín López-Cerón, A.; Porras Muñoz, M y Mateo Echanagorria, A. (dir. y coord.). (2011). Envejecimiento Activo. Libro Blanco, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2001). Comunicación de la Comisión. Hacer realidad un espacio europeo del aprendizaje permanente. Bruselas, 21.11.2001. COM (2001) 678 final.
- Csikszentmihalyi, M. et.al. (2001). Ocio y desarrollo. Potencialidades del ocio para el desarrollo humano, Documentos de Estudios de Ocio, 18, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. (2002). “La educación del ocio: el modelo de intervención UD”, en De la Cruz Ayuso, C. (ed.). Educación el Ocio. Propuestas internacionales, Documentos de Estudios de Ocio, 23, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. (2004). “Las experiencias de ocio” en Boletín ADOZ. Revista de Estudios de Ocio, 28, pp. 15-18.
- De la Cruz Ayuso, C. (ed.). (2002). Educación del Ocio. Propuestas internacionales. Documentos de Estudios de Ocio, 23, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Dewey, J. (2008). El arte como experiencia., Barcelona, Paidós.
- Driver, B.L.; Brown, P.J. y Peterson, G.L. (1991). Benefits of leisure, State College, Venture.
- Driver, B.L y Brunds, D.H. (1999). “Concepts and uses of the benefits approach to leisure”, en Jackson, E.L. y Burton, T.L. Leisure studies: prospects for the 21 th century, London, Venture.
- Dupuis, S.L. y Smale, B.J.A. (1995). “An examination of relationship between psychological well-being and depresión and leisure activity participation among older adults”, en Loisir et Spiciété, 18(1), pp. 67-92.
- Gómez, I. y Martínez, S. (2002). “Educación del ocio en la edad adulta: El Graduado Universitario”, en De la Cruz Ayuso, C. (ed.). Educación el Ocio. Propuestas internacionales, Documentos de Estudios de Ocio, 23, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Innobasque. Agencia Vasca de la Innovación. (ed.). (2011). Euskadi envejece. Innobasque en el ámbito del envejecimiento activo y saludable, Zamudio.
- Iso-Ahola, S.E.; Jackson, E. y Dunn, E. (1994). “Starting, ceasing and replacing leisure activities over the life-span”, en Journal of Leisure Research, 26(3), pp. 227-249.
- Katz, S. (2000). “Busy bodies: activity aging and the management of everyday life”, en Journal of Aging Studies, 14(2), pp. 135-153.
- Kelly, J.R. y Steinkamp, M.W. (1986). “Later life leisure: how they play in Peoria”, en The Gerontologist, 26, pp. 401-418.

- Mezirow, J. y associates (2000). Learning as transformation, San Francisco, Josey-Bass.
- Nussbaum, M.C. (2012). Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano. Barcelona, Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2002). "Envejecimiento activo: un marco político" en Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37(52), pp. 75-105.
- Schooler, C. y Mulatu, M.S. (2001). "The reciprocal effects of leisure time activities and intellectual functioning in older people: a longitudinal analysis", en Psychology and Aging, 16(3), pp. 466-482.
- Subirats Hument, J. (2011). "El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores", en Causapié Lopesino, P. ; Balbontín López-Cerón, A.; Porras Muñoz, M y Mateo Echanagorria, A. (dir. y coord.). Envejecimiento Activo. Libro Blanco, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- Tinsley, H.E.A. (2004). "Beneficios del ocio", en Boletín ADOZ. Revista de Estudios de Ocio, 28, pp. 55-58.

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[El ocio como factor de desarrollo humano para las personas mayores a través de la educación del ocio](#)



El Ocio como factor de desarrollo humano para las personas mayores a través de la Educación del Ocio

Yolanda Lázaró Fernández
Eduardo Aguilar Gutiérrez

Diapositiva 1



El Ocio como factor de desarrollo humano para las personas mayores a través de la Educación del Ocio

Yolanda Lázaro Fernández
Eduardo Aguilar Gutiérrez




Diapositiva 2

Introducción

- Repercusión positiva del tiempo libre e importancia para el desarrollo humano
- Desarrollo: posibilitar que las vidas de los individuos sean plenas y creativas
- Las personas mayores quieren participar activamente
- Aprendizaje a lo largo de la vida elemento clave del desarrollo (implementar estrategias y mecanismos)




Diapositiva 3

Punto de partida

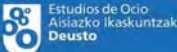
- El concepto de experiencia de ocio
- Beneficios de las experiencias de ocio formativo
 - Psicológicas, fisiológicos y conductuales
- Incremento de experiencias "sociales"
- Proyecto OcioBide. La formación como Ocio




Diapositiva 4

Proyecto OcioBide

- Ocio Cultural Universitario
- Titulado Universitario en Cultura y Solidaridad
- Curso Monográfico de Formación Permanente
- Disfrutar las Artes
- Aprender Viajando




Diapositiva 5

Proyecto OcioBide

- Es aprendizaje y aprendizaje autodirigido
- Es una experiencia personal
- Es una experiencia grupal
- Es una ventana al mundo
- Es una experiencia intergeneracional
- Es una vivencia de ocio




Diapositiva 6

Proyecto OcioBide

Programas universitarios que propician a las personas que los cursan una rica actividad en lo psicológico, lo físico y la social, aumentando el bienestar psicológico y la calidad de vida. Así mismo, el marco de la *orientación humanística* del Instituto de Estudios de Ocio, y el principio educativo que inspira el Proyecto OcioBide, *La formación como Ocio* es la *formación integral* de la persona, cuidando especialmente que el *desarrollo procesual* sea satisfactorio y formativo




La experiencia de ocio como factor determinante del envejecimiento activo

**Sheila Romero da Cruz,
Aurora Madariaga Ortuzar
Idurre Lazcano Quintana
Joseba Doistua Nebreda**
Universidad de Deusto

1. Ejes conceptuales

1.1. La experiencia de ocio y sus perspectivas de análisis

Desde una perspectiva humanista, entendemos el ocio como una experiencia integral de la persona y un derecho humano fundamental (Cuenca, 2000).

- Una experiencia humana compleja (direccional y multidimensional), centrada en actuaciones queridas (libres, satisfactorias), autotélicas (con un fin en sí mismas) y personales (con implicaciones individuales y sociales).
- Un derecho humano básico que favorece el desarrollo, como la educación, el trabajo o la salud.

La experiencia de ocio es una experiencia humana libre, satisfactoria y con un fin en sí misma; es decir, voluntaria y separada de la necesidad, entendida como necesidad primaria. Un rasgo diferencial de las experiencias de ocio es la satisfacción personal que proporcionan, es decir, su vivencia es de carácter afectivo y emocional.

La experiencia de ocio puede estudiarse desde tres enfoques o puntos de vista. Se puede analizar desde el punto de vista de los antecedentes que la posibilitan, desde la perspectiva de las consecuencias o beneficios que aporta y, por último, puede realizarse el estudio de los atributos que la caracterizan. La perspectiva adoptada en este trabajo centra su foco de atención en los atributos que componen la experiencia de ocio, lo que conduce a plantearse ¿qué caracteriza la experiencia de ocio?. Este planteamiento trata de identificar lo que los participantes hacen, piensan o sienten durante su práctica (¿qué configura la experiencia de ocio?, ¿qué es lo que sucede durante una práctica para que el individuo viva una experiencia de ocio?). Dada la definición subjetiva de la misma ¿cabe plantearse la existencia de elementos o atributos?, ¿viven todos los participantes la experiencia de ocio de la misma manera?

Tomando como punto de partida la concepción psicosocial de la experiencia de ocio, este estudio adopta como propios los planteamientos conceptuales desarrollados por Ana Goytia (2006) en su tesis doctoral en la que define los atributos que caracterizan la experiencia de ocio. Esta investigadora analiza la experiencia de ocio desde un modelo pentadimensional que incluye conductas, cogniciones, emociones, motivaciones y valores.

1. **Dimensión conductual.** Relativa a la preferencia por determinadas actividades, se considera que ninguna actividad o suma de actividades por sí misma puede configurar un estilo de vida y mucho menos un estilo de vida en ocio u ociotipo. De ahí que resulte indispensable añadir otras dimensiones que completen la aproximación conductual, en concreto nos referimos a la dimensión cognitiva.
2. **Dimensión cognitiva.** Se incluye una perspectiva psicográfica centrada en el análisis de las opiniones y preferencias que una persona tiene con respecto a una práctica para que ésta se convierta en una experiencia de ocio.
3. **Dimensión motivacional.** Las emociones, además de organizar la cognición y la acción, poseen un efecto motivacional. Se incluyen así el elemento con mayor componente intra-psíquico de concepto de estilo de vida: las motivaciones.
4. **Dimensión cultural.** Por último, esta aproximación, incluye un análisis sociológico o sociocultural, que analiza el consumo de ocio como un acto social y un evento cultural. Desde esta última dimensión se considera importante analizar los valores ya que se entiende que éstos, como reflejo de la influencia de la cultura en la que vive la persona, inciden en sus orientaciones vitales y en consecuencia, en la vivencia de sus experiencias.

1.2. El Envejecimiento Activo: concepto y fundamentación

En el año 2002 la propia Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define el término envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (O.M.S, 2002:79). De esta manera se considera el envejecimiento como una experiencia positiva, una vida más larga acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas: social, económica y cultural que afectan al envejecimiento de las personas. Este concepto de envejecimiento se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores.

La participación no se refiere sólo a la capacidad de estar físicamente activo sino a la participación continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y la salud, se refiere tanto al bienestar físico, como al mental y social.

El envejecimiento activo permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Envejecer activamente significa: mantenerse activo física y mentalmente, mantener la autonomía, tener relaciones sociales, convivir con pareja, divertirse – disfrutar –, tiempo libre: uso positivo, buscar nuevas experiencias: aprender, descubrir, seguridad y tener proyectos vitales.

En síntesis, el envejecimiento activo requiere de dos elementos claves, un mínimo nivel de autonomía, y un extraordinario compromiso personal y social con la vida, entendido como la forma de afrontar esta etapa vital, potenciando la autonomía (física y mental), el crecimiento personal, las relaciones interpersonales (intergeneracionales) y la participación social.

Figura 1. Factores determinantes del envejecimiento activo



Fuente: Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105. PP82

Factores clave para el envejecimiento activo

- La *cultura*, que rodea a las personas, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás factores implicados del envejecimiento activo. Los valores y las tradiciones culturales condicionan en gran medida la forma en que una sociedad considera a las personas mayores y al proceso de envejecimiento.
- El *sexo* es una «lente» a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres.
- *Sanidad y servicios sociales*. Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.
- *Determinantes económicos*. Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.
- *Entorno físico*. Que el medio físico tenga en cuenta a los mayores puede ser determinante en que dichas personas sean independientes.
- *Determinantes personales*. La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores que determinan cómo envejece una persona. Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas) son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad (Smits et al, 1999).
- *Determinantes conductuales*. La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable.
- *Determinantes sociales*. El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen.

1.3. El papel del Ocio en el Envejecimiento Activo

El ocio se concibe como un elemento clave para hacer del envejecimiento una experiencia positiva desde un triple punto de vista:

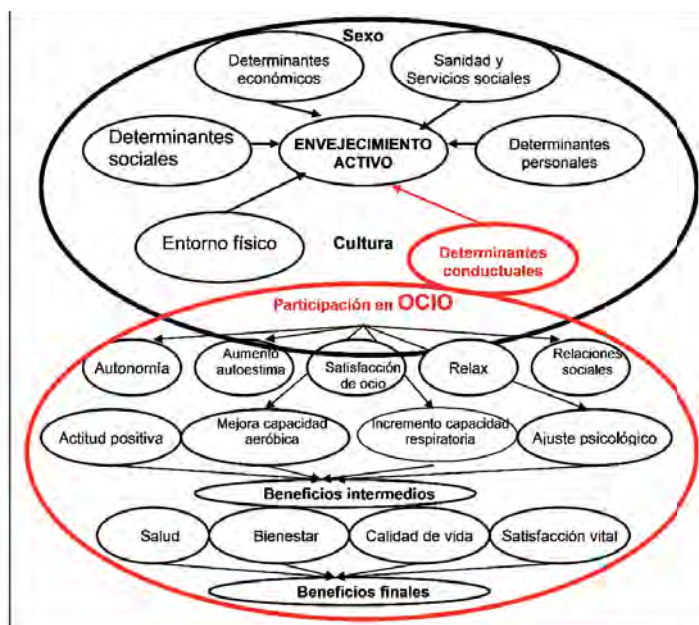
1. El Ocio como un derecho humano fundamental de las personas mayores.
2. El Ocio como una experiencia integral de las personas mayores que recoge los Principios de la Naciones Unidas.
 - *Participación*. El ocio entendido como experiencia satisfactoria alude al carácter autotélico del mismo, es decir, al valor que posee y que justifica la vivencia en sí misma transformándola en un premio. La vivencia del ocio implica que la persona mayor sea protagonista de la experiencia ya que la propia participación es el origen de la satisfacción.
 - *Salud*. El ocio, entendido como fuente de mejora mantiene y mejora la salud. La mejora de la salud es una de las consecuencias más conocidas y habitualmente asociada a la práctica de ocio, especialmente a las actividades físico deportivas.
 - *Seguridad*. El ocio, entendido desde un marco preventivo o sostenido, favorece la seguridad de los mayores ya que permite la prevención de problemas sociales y la evitación de posibles consecuencias negativas derivadas de situaciones de riesgo.
3. El Ocio como vivencia personal que da lugar a diferentes maneras o “estilos” de vivenciarlo.

Figura 2. Los determinantes del envejecimiento activo



Fuente: Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105.

Figura 3. El papel del Ocio en el envejecimiento Activo



Fuente: elaboración propia

2. Objetivos y metodología

Con la pretensión de dar respuesta a las cuestiones planteadas, se pretende comprobar si el estilo de ocio de las personas mayores es un determinante en la consecución de un envejecimiento activo. Para ello, se definen los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar los patrones que describen un estilo de vida en ocio para personas mayores.
2. Proponer un constructo de estilo de ocio u ociotipo en las personas mayores.
3. Agrupar a las personas mayores en función del constructo de ociotipo.
4. Caracterizar a los grupos u ociotipos en función de las variables que definen el envejecimiento activo: salud, participación y seguridad.
5. Diagnosticar si existe relación entre estilo de ocio y envejecimiento activo.

Se decidió utilizar una metodología cuantitativa que permita describir los ociotipos de personas mayores. Para ello se diseñó un cuestionario específico, el cual se describe a continuación:

A. Introducción en la herramienta del constructo conceptual sobre experiencia de ocio

La primera sección del cuestionario, es el resultado de la adaptación de la herramienta diseñada y validada en el Instituto de Estudios de Ocio por Ana Goytia (2006). En ésta, se plasman las cuatro dimensiones o atributos que, entendemos, caracterizan la experiencia de ocio de cualquier individuo.

- La dimensión conductual:
- La dimensión cognitiva.
- La dimensión motivacional
- La dimensión cultural.

B. Introducción de las claves sobre envejecimiento activo

La segunda sección del cuestionario, compuesta por diez ítems con variables dicotómicas y categorizadas, pretende recoger las claves que caracterizan el envejecimiento activo, anteriormente señaladas, de la siguiente manera:

- Participación: Grado de participación en cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas.
- Salud: Nivel de bienestar físico, mental, social y seguridad

3. Descripción de una tipología de personas mayores, según su estilo de vida en ocio

Una vez realizada la medición de factores en los individuos, estas mediciones se han empleado para la definición de tipologías de personas mayores. Se ha tratado de identificar grupos con una alta homogeneidad interna y una alta heterogeneidad inter-grupal. Para ello se ha procedido a realizar un análisis cluster empleando los quince factores obtenidos.

Tipo 1. Activos deportivos

El primer grupo o tipo de personas mayores según su experiencia de ocio, se caracteriza por practicar preferentemente actividades de ocio deportivo, entre las que se incluye, deportes tanto individuales, como en equipo, ver por televisión o asistir a espectáculos deportivos e incluso pasear. Este tipo de personas opina que el ocio es un tiempo para el desarrollo personal, para el descubrimiento. Prefieren que sus prácticas de ocio tengan un componente importante de emociones nuevas y de novedad en sus vidas. El desencadenante de la práctica, la motivación interna que la promueve es la competencia, es decir, usar y poner a prueba sus habilidades físicas.

A la hora de elegir compañía para la práctica de actividades de ocio, elige en misma proporción a la familia y a los amigos, teniendo también relevancia el volumen de prácticas de ocio desarrolladas en solitario. Al igual que la periodicidad con la que practica actividades de ocio, el lugar varía en función del tipo de actividad, existiendo cierto equilibrio entre las actividades desarrolladas en casa, en equipamientos comunitarios y al aire libre. Algo más de la mitad de las prácticas que desarrollan en la actualidad estas personas mayores, las iniciaron durante la edad adulta.

Este grupo está compuesto mayoritariamente por hombres, de 65 a 74 años, que viven en pareja, en sus propias casas, con estudios y que han trabajado fuera del hogar. Son personas que disfrutan de un grupo de amigos de referencia, con más presencia de rentas altas, aunque en su mayoría son medias, participan mayoritariamente en asociaciones de algún tipo y por tanto existe una mayor presencia, aunque escasa, de personas que destinan su tiempo libre al voluntariado.

Las personas mayores que forman este grupo, presentan niveles bajos de consumo de medicamentos, pero por el contrario niveles más elevados, que la media, de consumo de tabaco y alcohol. En su mayoría hacen solos las labores de la vida cotidiana, o bien les ayudan las personas que viven con ellos, por lo que en su mayoría no presentan problemas de movilidad. Respecto a la percepción sobre el estado de salud, señalar como la gran mayoría de personas mayores que forman este grupo lo definen como bueno o muy bueno y son personas que se encuentran satisfechas con su situación vital.

Tipo 2. Activos recreativos

El segundo tipo de personas mayores según su experiencia de ocio, se caracteriza por practicar preferentemente actividades de ocio de tipo recreativo, entre las que se incluye, ver la televisión y escuchar la radio, salir y estar con amigos, y disfrutar con juegos de mesa. Este tipo de personas opina que el ocio es un tiempo para vivir en comunidad, es decir, un tiempo para disfrutar al aire libre, con amigos y con la familia, pero también opinan que el ocio es un momento para descansar. Prefieren que sus prácticas de ocio sean tranquilas y seguras, en todos los sentidos del término. El desencadenante de la práctica, la motivación interna que la promueve es la socialización, es decir, hacer nuevas amistades y estar con otras personas.

A la hora de elegir compañía para la práctica de actividades de ocio, elige en misma proporción a la familia y a los amigos, teniendo también relevancia el volumen de prácticas de ocio desarrolladas en solitario. El lugar varía en función del tipo de actividad, existiendo cierto equilibrio entre las actividades desarrolladas en casa, en equipamientos comunitarios y al aire libre. Algo más de la mitad de las prácticas que desarrollan en la actualidad estas personas mayores las iniciaron durante la edad adulta.

El segundo grupo, está equilibradamente formado por hombres y mujeres, de 65 a 84 años, que viven en pareja, en sus propias casas. El nivel de instrucción de estas mujeres es heterogéneo. Durante su vida laboral han sido empleadas o bien han trabajado en sus casa, con estudios y que han trabajado fuera del hogar.

Estas personas que disfrutan de un grupo de amigos de referencia (aunque en menor medida que el tipo 1), con rentas en su mayoría medias o bajas, participan mayoritariamente en asociaciones de algún tipo. Las personas mayores que forman este grupo, presentan niveles altos de consumo de medicamentos, pero por el contrario niveles bajos de consumo de tabaco y alcohol. En su mayoría hacen solos las labores de la vida cotidiana, o bien les ayudan las personas que viven con ellos, por lo que en su mayoría no presentan problemas de movilidad. Este grupo está formado por personas mayores que perciben su estado de salud como regular o bueno y son personas que se encuentran bastante satisfechas con su situación vital. La red de apoyo social de las personas mayores que conforman este segundo grupo está formada fundamentalmente por la familia.

Tipo 3. Activos indefinidos

El tercer tipo de personas mayores según su experiencia de ocio, se caracteriza por la indefinición en la práctica, pudiendo practicar cualquiera de las actividades que componen la dimensión cultural, por tanto las opiniones, preferencias y motivaciones varían en cada caso. Por tanto, no cuentan con una precognición de los que la experiencia de ocio significa para ellos. A la hora de elegir compañía para la práctica de actividades de ocio, elige en misma proporción a la familia y a los amigos, teniendo mayor relevancia en este grupo las prácticas de ocio desarrolladas en solitario. Las personas que forman este grupo presentan una mayor tradición personal en sus estilos de vida en ocio, al haber iniciado en la niñez más de la mitad de sus actividades actuales.

Este grupo, está compuesto mayoritariamente por mujeres, mayores de 75 años, que viven en pareja, en sus propias casas, aunque un subgrupo importante vive en casas ajenas. La gran mayoría tiene estudios, bien sean básicos o medios, e incluso superiores. Durante su vida laboral la mayoría de las mujeres han sido amas de casa y los hombres han trabajado fuera del hogar. Estas personas o no cuentan con un grupo de amigos de referencia, o los definen como amigos ocasionales; cuentan con rentas en su mayoría medias o bajas; mayoritariamente no participan en asociaciones de ningún tipo y por tanto no colaboran como voluntarios en asociaciones. Presentan niveles altos de consumo de medicamentos, pero niveles bajos de consumo de tabaco y alcohol. En su mayoría hacen solos las labores de la vida cotidiana, o bien les ayudan las personas que viven con ellos, pero hay que destacar cómo un grupo importante, no desarrolla ningún tipo de actividad. Este grupo está formado por personas mayores que perciben su estado de salud como regular o bueno, pero existe un pequeño subgrupo que lo define en términos negativo, además son personas que se encuentran bastante satisfechas con su situación vital.

Tipo 4. Activos culturales

El último grupo o tipo de personas mayores según su experiencia de ocio, se caracteriza por practicar preferentemente actividades de ocio cultural, entre las que se incluye, ir de excursión y viajar, asistir a espectáculos culturales, a fiestas, e incluso asistir a talleres y cursos. Opinan que el ocio es un tiempo para el desarrollo personal, para aprender cosas nuevas y por tanto, para el cultivo intelectual. Prefieren que sus prácticas de ocio sean tranquilas y seguras, en todos los sentidos del término. El desencadenante de la práctica, la motivación interna que la promueve es el relax, buscan la relajación tanto física, como mental.

La frecuencia de práctica de actividades de ocio se mantiene equilibrada en cuanto a actividades desarrolladas

o mucho o poco, siendo menos las actividades realizadas esporádicamente. A la hora de elegir compañía para la práctica de actividades de ocio, la familia tiene especial relevancia. El lugar de desarrollo de las actividades de ocio varía en función del tipo de actividad, existiendo cierto equilibrio entre las actividades desarrolladas en casa y en la calle, las cuales copan más de la mitad de las prácticas, presentan una mayor tradición personal en sus estilos de vida en ocio, al haber iniciado en la niñez más de la mitad de sus actividades actuales.

Las características sociodemográficas de este último grupo son: mujeres, mayores de 75 años, la mitad de ellas viven en pareja, y la otra mitad están separadas o viudas. Viven en sus propias casas, aunque un subgrupo importante vive en residencias. La gran mayoría o no tienen estudios, o estos son básicos. Durante su vida laboral la mayoría de estas mujeres han sido amas de casa, o empleadas. Este grupo está compuesto mayoritariamente por personas que no cuentan con un grupo de amigos de referencia, con rentas en su mayoría bajas.

Las personas mayores que forman este grupo, presentan niveles altos de consumo de medicamentos, pero niveles bajo de consumo de tabaco y alcohol. La mitad de este grupo hacen solos las labores de la vida cotidiana. La mayoría de las personas mayores que forman este grupo tienen problemas de movilidad. Este grupo está formado por personas mayores que perciben su estado de salud como regular o bueno; además son personas que se encuentran bastante satisfechas con su situación vital.

A modo de conclusiones

Para concluir se retoman los interrogantes planteados al inicio de la investigación, y en base a los datos obtenidos se concluye que.

1. *El estilo de ocio tiene un papel determinante en la consecución de un envejecimiento activo.* Como se ha podido observar tanto a nivel teórico, como empíricamente, es posible afirmar que el ocio está presente e incide en los tres pilares que sustentan el envejecimiento activo.
2. *Existen unos patrones que definen el estilo de vida en ocio de las personas mayores.*

Al igual que en el resto de población, entre el colectivo de personas mayores se identifica un posicionamiento ante el constructo definido que determina y define el estilo de vida en ocio no determinado por variables exclusivamente de tipo sociodemográfico.

3. *Existen ociotipos o estilos de vida en ocio entre las personas mayores, entre los cuales se vislumbran un estilo de ocio más activo que otros.* Los cuatro tipos de estilos de vida en ocio identificados están vinculados con unos patrones de comportamiento más o menos activos y por tanto con un proceso de envejecimiento más o menos vinculado a la conceptualización de lo que es el envejecimiento activo.

Como se señalaba en el marco teórico, en el contexto del envejecimiento activo, el Ocio, entendido desde una perspectiva humanista como una vivencia propiciada por un estado mental que permite disfrutar de algo con lo que otros tal vez no disfrutaran, aparece como un elemento clave para hacer del envejecimiento una experiencia positiva. Tras el análisis e interpretación estadística se puede afirmar que determinados estilos de vida en ocio de las personas mayores favorecen en mayor medida la vivencia de un envejecimiento activo.

De los cuatro tipos de personas mayores en función de su estilo de vida en ocio, los dos primeros están en mayor medida más vinculados a los patrones que configuran el envejecimiento activo. [Como demuestran los cuatro tipos de personas mayores, los dos primeros están en mayor medida más vinculados a los patrones que configuran el envejecimiento activo.]

Referencias bibliográficas

- CUENCA, M (2002). Ocio humanista, Documentos de Estudios de Ocio, núm. 16, Universidad de Deusto, Bilbao.
- DERGANCE, J.M.; CALMBACH, W.L.; DHANDA, R.; MILES, T.P. HAZUDA, H.P.; Y MOUTON, C.P. (2003). "Barriers to and Benefits of Leisure Time Physical Activity in the Elderly: Differences Across Cultures". En Journal of the American Geriatrics Society, 51(6), pp. 863.
- DRIVER, B.L. & BRUNS, D.H. (1999). "Concepts and uses of the benefits approach to leisure". En (E.L. Jackson; T.L. Burton) Leisure Studies: Prospects for the 21st Century. Venture: State College pp. 349-370.

- ISO-AHOLA, S.E. (1980). The social psychology of leisure and recreation. Dubuque: W.C. Brown.
- LÁZARO, Y.; MADARIAGA, A.; LAZKANO, I. y DOISTUA, J. (2012). El derecho al ocio: un derecho humano en ocasiones desconocido. Revista Siglo Cero, vol. 43(1), núm. 241.
- LAZKANO, I.; y DOISTUA, J. (2010). Espacio y experiencia de ocio. Documentos de Estudios de Ocio, núm. 42, Instituto de Estudios de Ocio, Universidad de Deusto, Bilbao,
- LAZKANO, I.; MADARIAGA, A., Y DOISTUA, J. (2010) "El envejecimiento activo y su incidencia en la experiencia de ocio", en Revista ADOZ, (33), pp. 117-148.
- MADARIAGA, A. y CUENCA, J. (eds.) (2011). Los valores del ocio: cambio, choque e innovación. Documentos de Estudios de Ocio, núm. 43, Instituto de Estudios de Ocio, Universidad de Deusto, Bilbao.
- MONTEAGUDO, M.J. (2004). "Los beneficios del ocio. ¿Qué son y para qué sirven?". En Revista ADOZ (28), pp.63-73.
- O.M.S. (2002). "Envejecimiento activo: un marco político". En Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 37(S2), pp.74-105.
- SAN SALVADOR DEL VALLE, R. LAZCANO, I. MADARIAGA, A. & DOISTUA, J. (2009). Estilos de vida en ocio que favorecen el envejecimiento activo. Investigación subvencionada Imsero. Disponible en <http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/investigacion/index.html>.
- TINSLEY, H. E.A. (2004). "Los beneficios del ocio". En Revista ADOZ (28), pp. 55-63.

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[La experiencia de ocio como factor determinante del envejecimiento activo](#)

LA EXPERIENCIA DE OCIO COMO FACTOR DETERMINANTE DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Sheila Romero, Aurora Madariaga, Idurre Lazkano, y
Joseba Doistua

Instituto de Estudios de Ocio
Universidad de Deusto



Diapositiva 1



LA EXPERIENCIA DE OCIO COMO FACTOR DETERMINANTE DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Sheila Romero, Aurora Madariaga, Idurre Lazkano, y Joseba Doistua

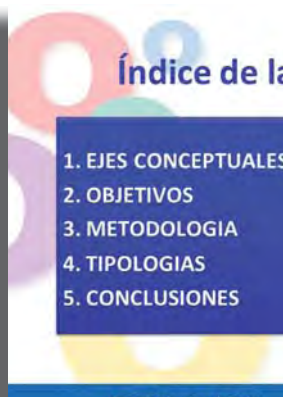
Instituto de Estudios de Ocio
Universidad de Deusto



Diapositiva 2

Índice de la presentación

1. EJES CONCEPTUALES
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGIA
4. TIPOLOGIAS
5. CONCLUSIONES




Diapositiva 3

1. Ejes conceptuales

El papel del Ocio en el Envejecimiento Activo

El ocio se concibe como un elemento clave para hacer del envejecimiento una experiencia positiva

- El Ocio como un **derecho humano** fundamental de las personas mayores
- El Ocio como **vivencia personal**, con diferentes "estilos" de vivenciarlo
- El Ocio como una **experiencia integral** de las personas mayores.
 - Participación. Protagonista de la experiencia (participación, origen de satisfacción).
 - Salud. La mejora de la salud es una de las consecuencias más habitualmente asociada a la práctica de ocio.
 - Seguridad. Marco preventivo o sostenido. Permite la prevención de problemas sociales y la evitación de consecuencias derivadas de situaciones de riesgo.



Diapositiva 4

2. Objetivo

Objetivos

Comprobar si el estilo de ocio de las personas mayores es un determinante en la consecución de un envejecimiento activo.

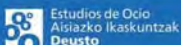


Diapositiva 5

2. Objetivo

Objetivos

- Identificar los patrones que describen un estilo de vida en ocio para personas mayores.
- Proponer un constructo de estilo de ocio u ociotipo en las personas mayores.
- Agrupar a las personas mayores en función del constructo de ociotipo.
- Caracterizar a los grupos u ociotipos en función de las variables que definen el envejecimiento activo: salud, participación y seguridad.
- Diagnosticar si existe relación entre estilo de ocio y envejecimiento activo.

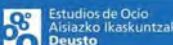


Diapositiva 6

3. Metodología

Herramientas

- Parte 1 cuestionario: **Constructo** conceptual sobre **experiencia de ocio**. Dimensión conductual, cognitiva, motivacional y cultural.
- Parte 2 cuestionario: **Claves sobre envejecimiento activo**. Participación; Grado de participación en cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas; Salud: Nivel de bienestar físico, mental, social; Seguridad



Diapositiva 7

3. Metodología

Ficha técnica

TRABAJO DE CAMPO

Ámbito	Siete municipios españoles de mayor población, que acumulan el 43,44%.
Universo	Personas mayores de 65 años residentes en municipios españoles >90.000 hab.
Muestra	400 individuos
Nivel de confianza	95,5%
Margen de error	+/- 5%
Error muestral	proporciones (p=0,5) <±5%
Trabajo de campo	Junio 2007

Estudios de Ocio
Aisialtzko ikaskuntzak
Deusto

Diapositiva 8

4. Tipologías

TIPO 1 ACTIVOS DEPORTIVOS	TIPO 2 ACTIVOS RECREATIVOS
HOMBRES CON ESTUDIOS HASTA 74 AÑOS	MIXTO HASTA 84 AÑOS, CON Y SIN ESTUDIOS
OCIO DEPORTIVO. DESARROLLO PERSONAL. NOVEDADES	OCIO RECREATIVO. SOCIALIZACION. TRANQUILIDAD
BUENA SALUD Y MUY SATISFECHOS	SALUD +/- Y MUY SATISFECHOS

Estudios de Ocio
Aisialtzko ikaskuntzak
Deusto

Diapositiva 9

4. Tipologías

TIPO 3 ACTIVOS INDEFINIDOS	TIPO 4 ACTIVOS CULTURALES
MUJERES, ESTUDIOS BÁSICOS HASTA 84 AÑOS	MUJERES, ESTUDIOS BÁSICOS HASTA 84 AÑOS
OCIO VARIADO. EN SOLITARIO	OCIO CULTURAL. APRENDIZAJE. FAMILIA
SALUD +/- Y BASTANTE SATISFECHOS	SALUD +/- Y BASTANTE SATISFECHOS

Estudios de Ocio
Aisialtzko ikaskuntzak
Deusto

Diapositiva 10

5. Conclusiones

- Las variables de estilo de vida en ocio tienen un potencial explicativo en el envejecimiento activo.
- El constructo para la medición de ociotipos en personas mayores permite incluir cinco dimensiones
- Existen estilos de ocio más activos que otros.
- Un estilo de ocio activo es un determinante del envejecimiento activo.

Estudios de Ocio
Aisialtzko ikaskuntzak
Deusto

Diapositiva 11

¡¡ MUCHAS GRACIAS!!

SHEILA ROMERO DA CRUZ
Mail: sheila.romero@deusto.es

Dra. AURORA MADARIAGA ORTUZAR PhD.
Mail: aurora.madariaga@deusto.es

Web: www.ocio.deusto.es

Estudios de Ocio
Aisialtzko ikaskuntzak
Deusto

Diapositiva 12

LA EXPERIENCIA DE OCIO COMO FACTOR DETERMINANTE DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Sheila Romero, Aurora Madariaga, Idurre Lazkano, y Joseba Doistua

Instituto de Estudios de Ocio
Universidad de Deusto

25
Deusto
Bosque de la Universidad

Comunicación:

Participación social y envejecimiento activo

- ➔ Universidad en el medio rural: una experiencia de envejecimiento activo. Peculiaridades de un programa universitario para mayores en el entorno rural.

Marcelino Mosquera Pena, Luis Ángel Rodríguez y Susana Blanco Miguélez.

- ➔ Proyectos de Fomento del envejecimiento activo en pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

José Luis Santos Ascarza-Bacariza, Concepción Pereira Feijoo, Araceli Rosignoli Recio, María Eugenia Martínez Maestro y Susana Fernández León.

- ➔ Arteriarte. Programa intergeneracional de integración social a través del arte.

Mª Belén Pereiro Rozas, Mª Isabel Otero Fernández-Aperribay y Sergio Platas Casal.

- ➔ Nuevas personas mayores, nuevas propuestas de participación y compromiso social.

Penélope Castejón Villarejo, Pilar Rodríguez Rodríguez, Gregorio Rodríguez Cabrero, Enrique Morán Aláez, Daniel Prieto Sancho y Diego Herranz Andújar.

- ➔ Vivir en una residencia sin ataduras.

Rosa Santiago Calviño.

Universidad en el medio rural: una experiencia de envejecimiento activo. Peculiaridades de un programa universitario para mayores en el entorno rural

Marcelino Mosquera Pena

Hospital Arquitecto Marcide

Luis Ángel Rodríguez Patiño

Blanco Miguélez, Susana.

UNED-A CORUÑA

Palabras clave: programas universitarios para mayores, medio rural, colaboración institucional, participación social.

Principales aportaciones: la experiencia del programa UNED Senior de A Coruña muestra la necesidad perentoria de los programas universitarios para mayores en el entorno rural, así como su viabilidad si se trabaja siguiendo pautas de participación directa de los mayores, colaboración institucional y creación de sinergias con otras acciones y programas desarrollados en el entorno rural. Este tipo de programas generan una alta satisfacción de los mayores, fomentan su participación social y demuestran, además, su eficacia como dinamizadores del medio rural y como factores de desarrollo local.

[La UNED senior de A Coruña: peculiaridades de un programa universitario para mayores en el entorno rural](#)

Introducción

Desde que, a partir de mediados de los años 90 se produjo la progresiva implantación en España de Programas Universitarios para personas mayores (PUPMs), cabe afirmar el rotundo éxito de estas iniciativas: en la actualidad, la mayoría de las Universidades españolas, tanto públicas como privadas, cuentan con PUPMs, con una demanda creciente y un nivel de aceptación tan alto, que muchas veces las demandas de formación por parte de los alumnos seniors no pueden ser atendidas en su totalidad desde las universidades (Bru Ronda, 2012). Además, se ha comprobado la relación entre la participación en los PUPMs y la satisfacción y mejora de la calidad de vida (Vilaplana, 2011).

A pesar de la diversidad de estos programas, destacada en el Proyecto AEPUMA. Análisis y evaluación de PUPMs (2007), su misma vinculación universitaria los dota de un carácter fuertemente urbano. El difícil acceso a estos estudios en áreas rurales o alejadas de los centros universitarios, unido a la escasa movilidad o recursos que pueden tener los alumnos de estos entornos constituye una de las mayores debilidades que presentan actualmente los PUPMs. Una debilidad que adquiere especial entidad si se tiene en cuenta que en España más del 80 % del territorio es medio rural y que, precisamente por las peculiaridades de este entorno (despoblamiento, enve-

ecimiento y dispersión de la población; inexistencia, insuficiencia o inadecuación de los servicios; disminución del apoyo informal, etc.) la necesidad de este tipo de programas y su incidencia en la calidad de vida de los mayores es aún mayor que en la ciudad.

En esta comunicación se pretende exponer la experiencia de la UNED Senior de A Coruña, un programa universitario para mayores que se desarrolla íntegramente en el medio rural. La exposición de esta experiencia servirá de base para:

- Analizar de forma genérica la viabilidad de este tipo de programas.
- Analizar los principales factores determinantes del éxito, sus áreas de mejora y los riesgos para la sostenibilidad de este tipo de programas.
- Esbozar los efectos de estos programas en las personas que viven en el medio rural y su impacto en toda la comunidad.

¿Qué entendemos por población rural?

Aplicando un criterio estadístico, están considerados por el censo como “núcleos rurales en sentido estricto” los núcleos que no superan los 2.000 habitantes. Representan aproximadamente del 18 al 20 % de la población española. De los 8.108 municipios españoles, 5.908 son núcleos de población que van de los 100 a los 2.000 habitantes. Por otra parte, según el padrón municipal de 2011, casi un tercio de las personas mayores de 65 años (el 27,6 %) viven en hábitats rurales de menos de 2.000 habitantes o en hábitats intermedios.

En el caso de Galicia, existen, aproximadamente, 252 municipios con menos de 10.000 habitantes, de los cuales unos 127 no llegan a 5.000, y de éstos, 67 no alcanzan los 2.000 habitantes. En todo caso, los municipios con menos de 10.000 habitantes representan las 4/5 partes de los municipios gallegos, a lo que hay que unir la propia dispersión que se produce dentro de los municipios, que hace que la Comunidad Autónoma de Galicia tenga en torno a la mitad de las entidades de población existentes en España.

Son cifras notables, que muestran que existe mucho territorio y mucha población en el medio rural; un medio que se caracteriza por:

- Reducción del empleo rural y notable disminución de emprendedores.
- Éxodo masivo hacia las ciudades, especialmente de jóvenes y mujeres; y, más recientemente, éxodo de los mayores hacia zonas con mayores servicios sanitarios, culturales, educativos, etc.
- Despoblamiento progresivo, con las secuelas de soledad de las personas que se han quedado a vivir en ellos.
- Deficiencias en las infraestructuras y carencia o inadecuación de servicios, que se suma a la disminución del llamado apoyo informal.

Estos rasgos ponen de manifiesto un riesgo (o una realidad) no demasiado alentadora: EL aislamiento, retraimiento social y limitación de la autonomía son frecuentes en las personas mayores que viven en el medio rural. Todos estos elementos son un buen caldo de cultivo para situaciones de dependencia. Por otra parte, el despoblamiento, la dispersión y el envejecimiento del medio rural no contribuyen al desarrollo y progreso del mismo ni al aumento de la oferta de servicios de proximidad.

Programas universitarios para mayores y entorno rural

De momento, los programas universitarios para personas mayores están lejos de impartirse a los mayores del mundo rural. En el momento actual cabe afirmar que sólo tienen acceso a este tipo de programas, de modo generalizado, ciertos grupos de personas que habitan en ciudades o en núcleos rurales con gran número de habitantes, o que disponen de recursos que garantizan su movilidad. Para los demás, el acceso a estos programas educativos, que autores como Soto y Bravo (2003) configuran como un auténtico derecho, está lejos aún de ser efectivo. Por ello, diversos expertos han reclamado la necesidad de una apertura de los programas universitarios para mayores al mundo rural, modificando la organización de los programas ya existentes (Fernández Fernández, 2003; Rodríguez Martínez, Mayán Santos, Antelo Martelo, 2003). La apertura de la universidad al mundo rural puede ser una respuesta cultural a la transformación de este medio y un acicate a su desarrollo, además de contribuir a la igualdad de oportunidades real entre los habitantes del campo y los de la ciudad.

Relacionado con este tema está la distinta naturaleza de los programas universitarios para personas mayores en la ciudad y en el campo. La consolidada distinción entre tres o incluso cuatro generaciones de programas universitarios para mayores, que ubica mayoritariamente los actuales dentro de la tercera y cuarta generación, quiebra en el caso de los programas para mayores a desarrollar en el medio rural. Los programas de “primera generación” se conciben como programas culturales de tiempo libre, cuyo objetivo es entretener y favorecer las relaciones sociales entre personas mayores. Los programas de “segunda generación” se caracterizan por actividades educativas para la participación y la mejora de los conocimientos de los mayores con el fin de que intervengan en la resolución de los problemas sociales existentes. Los programas “de tercera y cuarta generación” son programas educativos reglados, con todas las características formales de la enseñanza de nivel superior, hasta niveles que incorporan a los alumnos a equipos de investigación y redes internacionales vinculadas a proyectos de innovación educativa (Bru Ronda, 2006). A la vista de estas definiciones, las peculiaridades del entorno rural, ya esbozadas, así como la casi total falta de implantación de los PUPMs en el medio rural determinan que se sitúen todavía en los primeros estadios de este particular proceso evolutivo. Su finalidad fundamental radica aún, primordialmente, en la oferta cultural, el fomento de la interrelación, la mejora en la calidad de vida, el fomento de la autonomía personal y la participación activa de los mayores en su entorno.

Por otra parte, se ha insistido en la necesidad de que los conocimientos culturales sean impartidos a los mayores del ámbito rural mediante programas universitarios y no dejar que sean coto exclusivo de otro tipo de organizaciones (otras administraciones públicas o entidades privadas). Así, autores como Fernández Fernández (2003) insisten en que, sin olvidar los beneficios de los proyectos nacidos de estas iniciativas, lo cierto es que, mayoritariamente, suelen ser concebidos casi como una ayuda social, estando destinados más a la distracción y el entretenimiento que a la formación cultural y un mayor desarrollo personal.

Es frecuente reclamar el empleo de las nuevas tecnologías como herramientas posibilitadoras de la implantación de los programas universitarios para personas mayores en las zonas rurales, en las que no es posible, por la escasez y dispersión de la población, establecer sedes físicas (Rodríguez Martínez et al., 2003). Efectivamente, las TICs ofrecen gran número de posibilidades a este respecto, que sólo tropiezan con la dificultad de crear infraestructuras suficientes y de familiarizar previamente a los mayores del medio rural con unas herramientas tecnológicas que desconocen y hacia las que tienen grandes prejuicios (“soy demasiado mayor para aprender esto”, “es cosa de jóvenes”, etc.).

El programa “UNED Senior de A Coruña”

La UNED Senior de A Coruña nació, en el marco general del programa “UNED Senior” desarrollado por la UNED, con la finalidad de implantar un PUPM que se desarrollara en el medio rural. Con ello se pretendía atender la demanda planteada expresamente por el Consello de Ancianos de Xestoso (municipio de Monfero), el primero legalizado en España, que reclamaba un acercamiento de la Universidad al medio rural, en general y en concreto, la implantación de un programa universitario para mayores de este entorno.

El programa inició su andadura en el curso 2008-2009, en el mismo momento en que la UNED puso en marcha su programa Senior. La iniciativa se instrumentalizó a través de un convenio con el Consello de Ancianos de Xestoso. Desde el principio se planteó que el programa debería desarrollarse presencialmente, en espacios que no supusieran gran desplazamiento para los alumnos (cedidos por el propio Consello de Ancianos o por el Ayuntamiento de Monfero, implicado desde el primer momento en el proyecto). Esta concepción netamente presencial se mantuvo por varias razones:

- La carencia de una infraestructura de TICs adecuada (en aquel momento ni siquiera existía cobertura de internet en esa área geográfica). Vinculado a ello, la carencia de conocimientos previos de los mayores.
- El factor psicológico constituido por la importancia que para los mayores de la zona tenía un acercamiento real y “físico” de la Universidad al medio rural como una forma de valoración de su aportación (tanto actual como potencial) a la sociedad.
- El sentimiento de que la implantación física de la universidad en su zona serviría para revitalizar su entorno y propiciar el aprovechamiento racional y eficiente de las infraestructuras y servicios ya existentes; y de acicate para conseguir mejoras necesarias. Así, desde el primer momento se trabajó por rehabilitar y adecuar para el programa instalaciones ya existentes pero en situación de semiabandono (casas rectorales, escuelas unitarias); y por ampliar y generar sinergias entre el programa y la oferta cultural ya existente en Centros de

Mayores, telecentros, polideportivos, etc., que muchas veces era infrautilizada por ser desconocida o resultar escasamente atractiva.

El éxito de la iniciativa fue inmediato, hasta el punto de que, ya en ese primer curso, se pasó de una oferta inicial de cuatro materias a una final de seis. Este cambio obedeció, fundamentalmente, a los intereses de los potenciales alumnos, destacando especialmente las materias relacionadas con la salud, el patrimonio histórico, y nociones jurídicas básicas. El número de matriculados fue de 106, en el primer cuatrimestre, y de 115, en el segundo. Otro dato importante es que del planteamiento inicial de una sola sede física se pasó al establecimiento de tres sedes en tres municipios diferentes (Monfero, Paderne y Guitiriz) para poder atender a la demanda de los alumnos y a su exigencia de descentralización.

Transcurridos cuatro cursos desde su implantación, la UNED Senior de A Coruña ha contado con 1.082 alumnos, con la siguiente distribución por cursos y cuatrimestres:

	1º Cuatrimestre	2º cuatrimestre
2008-2009	106	115
2009-2010	147	122
2010-2011	131	161
2011-2012	157	142

Los alumnos se han matriculado de una media de 3 materias anuales, aunque se ha pasado a impartir una media de 5 asignaturas por cuatrimestre. En el curso 2011-12 se ha ampliado el número de sedes, alcanzando en la actualidad un total de cinco.

Actualmente el programa ha extendido su ámbito geográfico de influencia, desarrollándose en un área que abarca los municipios de Aranga, Irixoa, Guitiriz, Monfero, Paderne y Xermade (todos ellos caracterizados por una amplia extensión, una población escasa, dispersa y envejecida y una red de comunicaciones marcada por la orografía típicamente gallega). Se cuenta con la implicación activa de todos estos Ayuntamientos, de los Consejos de Mayores de Xestoso, Paderne, Momán y Labrada, y con una amplia representación del tejido asociativo del entorno. Gracias a esta iniciativa se ha contribuido a la rehabilitación de diferentes infraestructuras (casas rectorales, escuelas unitarias) y a un uso más eficiente de las mismas, que además fomenta el encuentro intergeneracional (escuelas utilizadas también por los mayores; centros de mayores con aulas tecnológicas aprovechadas por los jóvenes, etc.).

Hasta la fecha, 56 alumnos han superado un total de 30 créditos, lo que les da derecho a la obtención de un diploma "Senior", expedido por el Rectorado de la UNED. Y casi un 94 % de los alumnos se matriculan en cursos sucesivos; de hecho, incluso los que ya han obtenido el diploma "Senior" desean mantenerse en el programa.

En cuanto al perfil del alumnado, responde a las siguientes características:

- Distribución de alumnos por sexo:
 - 57,63 % mujeres / 42,37 % hombres.
- Distribución por tramos de edad:
 - 55-65 años: 37,65 % / 66-70 años: 26,54 %
 - 71-80 años: 30,31 % / Más de 80 años: 5,5 %
- Distribución según nivel de estudios:
 - Sin estudios: 5 %
 - Estudios primarios: 65 %
 - Estudios secundarios: 5,62%
 - Formación Profesional: 3,11 %
 - Estudios universitarios sin finalizar: 0 %
 - Estudios universitarios finalizados: 5,15 %

- No sabe/No contesta: 16,12 %
- Motivación para iniciar los estudios:
 - 100 % de los alumnos buscan ampliar conocimientos.
 - Un 70 % plantea como segunda motivación el mantenerse activo y ampliar su red social.
 - Un 14 % añade, como tercera motivación, el realizar un sueño imposible hasta el momento.
- Participación del alumnado en asociaciones de diversa índole:

Aproximadamente un 85% de los alumnos participan en asociaciones de diversa índole, destacando los Consejos de Ancianos (Xestoso-Cambás y Paderne), y las de índole religiosa y deportiva.

De estos y otros datos puede deducirse el siguiente perfil del alumno de la UNED-Senior del Centro Asociado de A Coruña:

- Se trata de un alumnado con una edad media cercana a los 70 años, superior a la habitual en otros programas universitarios para mayores y superior también a la media del programa UNED Senior a nivel nacional.
- Son alumnos procedentes del medio rural, mayoritariamente habitantes de núcleos de menos de 2.000 habitantes y geográficamente dispersos, lo cual dificulta, a priori, la socialización.
- Sin embargo, son alumnos con un elevado índice de participación en asociaciones y actividades diversas, fundamentalmente en Consejos de Ancianos y de Mayores (partiendo del propio Consello de Ancianos de Xestoso-Cambás, que, no debe olvidarse, lleva años intentando romper con la tradicional concepción pasiva y sumisa del mayor).
- El alumnado está muy motivado a aprender, pero rechaza un papel pasivo en la enseñanza y desea que sus conocimientos y experiencia previa sean reconocidos y utilizados como punto de partida de la misma.

- Predominan los alumnos que sólo han cursado estudios primarios, si bien, en términos generales, se aprecia una gran heterogeneidad en los niveles educativos y culturales, factor a tener muy en cuenta a la hora de diseñar los contenidos educativos y aplicar las metodologías docentes. De hecho, en los últimos cursos se aprecia un incremento del número de alumnos con estudios secundarios o, incluso, universitarios. La razón estriba en que aumenta el número de personas mayores que, tras su jubilación, regresan a sus localidades de origen.

A la vista del perfil del alumnado, se ha considerado oportuno adoptar las siguientes medidas metodológicas:

- Adaptación de los contenidos docentes propuestos en las guías didácticas elaboradas por la sede central de la UNED a las particularidades de los grupos de alumnos (edad, nivel de estudios previos, intereses, experiencias previas...)
- Optar por una metodología que favorezca partir de los conocimientos previos de los alumnos, el intercambio de opiniones y la aplicación a la vida diaria de los conocimientos adquiridos.
- Favorecer el contacto interpersonal y el conocimiento de otras realidades para paliar el aislamiento propio del medio rural. De ahí que las clases teóricas en los locales habilitados inicialmente se hayan complementado con numerosas actividades culturales directamente vinculadas al contenido de las materias pero que se realizaban fuera de las aulas. En línea con lo anterior, si bien corresponde a uno o dos tutores la atención y seguimiento de cada materia, se ha procurado que los alumnos vean complementada la exposición de los contenidos docentes con monográficos impartidos por expertos en la materia que, en muchos casos, se realizaban en lugares distintos del aula. Se considera prioritario vincular los contenidos docentes de las materias con actividades y/o medidas que se estén viviendo en el entorno geográfico y social de los alumnos, favoreciendo la reversión de los conocimientos adquiridos a la sociedad. En este sentido, se ha generado una dinámica de diálogo y retroalimentación con los Ayuntamientos y otras entidades que también desarrollan acciones relacionadas con las materias impartidas en la UNED-Senior.

En cuanto a la evaluación del programa, se ha prestado especial importancia a la misma. Anualmente se pasa a todos los alumnos, tutores y coordinadores del programa cuestionarios de satisfacción, que suelen ser cumplimentados por más de un 70 % de los alumnos, lo que determina una muestra altamente representativa. Los cuestionarios demuestran unos elevados niveles de satisfacción, tanto en alumnos (una media de 8,5 sobre 10) como entre los tutores y coordinadores (un 8 sobre 10). Por otra parte, se han observado niveles muy bajos de

absentismo en los alumnos, siendo la asistencia prácticamente del 95 %.

En cuanto a las asignaturas ofertadas y a la acogida de las mismas, puede verse en el gráfico inferior, en el que se aprecia claramente un interés recurrente hacia las materias que abordan cuestiones relacionadas con la salud y con el patrimonio histórico, artístico y cultural.

CURSO	MATERIAS
2008-2009	- Prevención de la salud. Medicina natural. - Prevención del deterioro cognitivo. Estimulación mental y de la memoria. - Recursos y servicios de salud y bienestar social. - Aspectos jurídicos. Sucesiones. Derechos del mayor. - Problemas científicos de actualidad: medio ambiente y cambio climático. - Historia del arte y patrimonio histórico, artístico y cultural.
2009-2010	- Inglés I. - Informática: internet, correo electrónico y tratamiento de la imagen. - Primeros auxilios. - Cuidados de mayores dependientes. - Historia de Galicia. - Género. - Voluntariado.
2010-2011	- Actividad física. Incidencia en la salud. - Informática: internet, correo electrónico y tratamiento de la imagen. - Prevención de riesgos en la vida cotidiana. - Literatura: tertulias literarias. - Música. - Instituciones y organizaciones al servicio del mayor. - Nutrición y dietética. - Historia de Galicia.
2011-2012	- Patrimonio de Galicia I. - Patrimonio de Galicia II. - Actividad física. Incidencia en la salud. - Informática: internet, correo electrónico y tratamiento de la imagen. - Informática de usuario y acceso a internet. - Literatura: tertulias literarias. - Cine y teatro. - Música. - Problemas científicos actuales: cuestiones médicas de actualidad. - Prevención del deterioro cognitivo.

2012/2013 (sólo 1s)	- Talleres teórico-prácticos de medicina de familia. - Actividad física. Incidencia en la salud. - Iniciación a la informática: Windows y google. - Historia de Galicia. - Literatura: tertulias literarias. - Música.
---------------------	---

Conclusiones: análisis de viabilidad de un PUPM en el medio rural.

El programa Senior de la UNED de A Coruña es un ejemplo de viabilidad de un PUPM en el entorno rural, sobre la base de los siguientes principios de actuación:

- Implicación activa de propios mayores, canalizada a través del movimiento asociativo (asociaciones de Mayores, de amas de casa, etc.). En el caso de la UNED Senior de A Coruña, ésta se produjo desde el inicio del proyecto que, de hecho, nació por su iniciativa. Pero debe traducirse en el establecimiento de mecanismos participativos tanto en la metodología a seguir en las clases como en la organización (oferta formativa diseñada teniendo en cuenta sus demandas e intereses; importancia de su opinión manifestada en cuestionarios de satisfacción de cara a detectar y resolver incidencias o deficiencias, etc.).
- Aprovechamiento de infraestructuras e instalaciones y su concepción como polivalentes. Dado que uno de los mayores problemas del medio rural es la falta de infraestructuras y servicios adecuados, en unos casos, y la infrautilización y consiguiente abandono de otros, por otra, resulta fundamental un previo análisis de los recursos disponibles y una planificación a corto y medio plazo de las posibilidades de rehabilitación, reciclaje y uso compartido, para optimizar recursos (máxime en el actual contexto de crisis económica).
- Creación de sinergias, aprovechando personal, recursos, proyectos y experiencias de intervención social precedentes. Por las mismas razones expresadas en el punto precedente (racionalización de recursos, sostenibilidad) es fundamental:
 - Apoyarse en experiencias de intervención previas que puedan generar retroalimentación de interés (p. ej., sobre su éxito o fracaso y los motivos subyacentes).
 - Seleccionar, en lo posible, al personal docente entre personas de reconocida formación y prestigio del entorno, para afianzar el sentimiento de participación y orgullo.
 - Vincular las enseñanzas con la vida cotidiana, los conocimientos previos y las acciones desarrolladas por las entidades públicas y privadas del entorno, etc.
- Colaboración e implicación institucional: fundamental para la sostenibilidad del programa, y a diversos niveles: financiación, cesión de instalaciones y recursos, difusión, implicaciones en comisiones de seguimiento... Es esencial que las instituciones públicas y privadas del entorno sientan el programa como “algo suyo”, como una herramienta de dinamización y desarrollo de su área.
- Flexibilidad, rehuendo la implantación mimética de fórmulas y formatos ensayados en otros ámbitos que no se adaptan a la idiosincrasia del medio rural. Esta flexibilidad es especialmente importante en la adaptación de los contenidos y la metodología. En el medio rural, las características de los alumnos (bajos niveles formativos, ausencia generalizada de conocimientos de TICs, sentimiento de inferioridad y sensación de “no ser capaz”, etc.) aconsejan una adaptación de los contenidos que a veces exige la creación de niveles dentro de una misma materia.
- Especial cuidado en la selección del personal docente y coordinador. Es fundamental que a su formación y capacitación como docente una cierta experiencia en la educación de personas mayores. Es, además, aconsejable, que tengan vínculo con el entorno en el que se desarrolla el programa.
- Apuesta, al menos inicialmente, por la presencialidad, para ir incorporando el empleo de nuevas tecnologías paulatinamente, y siempre potenciando las herramientas de educación a distancia como un complemento y no como el núcleo fundamental y condicionante de la implantación de estos programas en el medio rural. P. ej., se puede habilitar la matrícula por internet, pero manteniendo también un proceso tradicional de matriculación;

o se puede fomentar la participación de los alumnos en foros, facilitarles documentación complementaria a través de espacios virtuales, etc., pero manteniendo siempre las clases presenciales. Si bien son innegables las potencialidades de las TICs de cara a la participación de los mayores del medio rural en los programas universitarios diseñados para ellos, lo cierto es que, aplicado como primera y exclusiva opción tropezaría con serias dificultades:

- No existe en la actualidad, al menos en Galicia, una infraestructura material de calidad y cantidad suficientes para asegurar el adecuado desarrollo de estos programas. La llegada de internet a ciertos núcleos rurales aún presenta problemas (cobertura y ancho de banda erráticos), no siempre tienen los mayores fácil acceso a equipamiento informático (a pesar de la amplia red de telecentros) y apenas existen instalaciones de videoconferencia.
 - No hay aún en los mayores una adecuada receptividad derivada de la implantación y uso generalizado de estos medios. Esto deriva del factor recién expuesto y de la falta de una formación de cierto calado que permita a los mayores del medio rural familiarizarse con las TICs y emplearlas con normalidad y confianza en su vida cotidiana, en general, y como herramienta educativa, en particular.
 - La apuesta generalizada por los programas universitarios para mayores “a distancia” mediante el uso de las TIC impediría a éstos alcanzar una de sus finalidades fundamentales: el abrir espacios de interrelación y participación de los mayores, algo especialmente importante en un ámbito, como el rural, en el que la dispersión geográfica determina una interacción entre individuos relativamente escasa (Rodríguez Martínez et al., 2003).
- Orientación del proyecto hacia una mejora de la calidad de vida de las personas mayores o familias cuidadoras que habitan en zonas rurales, visible en los siguientes aspectos:
 - En la selección de las materias impartidas. Muchas de ellas (dietética y nutrición, cuidados de mayores dependientes, etc.) inciden directamente sobre la salud y el bienestar de los mayores y de las personas a su cuidado (no olvidemos que en rural gallego es frecuente que los mayores cuiden, a su vez, de sus mayores). Otras (voluntariado, género, informática, nociones jurídicas básicas...) se orientan a mejorar sus condiciones de vida o a tratar temas que les afectan directamente, ofreciéndoles una información valiosa para su vida cotidiana. Por último, un tercer grupo de asignaturas (historia de Galicia, literatura gallega, inglés), tienen un claro objetivo cultural y de ocio.
 - Por buscar el acercamiento presencial de las clases al entorno rural, pero conjugándolo también con la necesidad de mostrar a los mayores otras realidades, a través de visitas culturales, viajes de estudios, etc.
 - La presencia en los medios de comunicación conseguida por las actividades desarrolladas por la UNED-Senior de A Coruña ha sido muy notable, contribuyendo a la visibilización de un colectivo que aparece poco en los medios de comunicación y que, cuando aparece, suele hacerlo bajo un prisma estereotipado y deformado, poco real. Se contribuye así a romper con el perfil normalmente utilizado del mayor del ámbito rural gallego, que les atribuye un rol pasivo, conservador y un tanto abúlico que no refleja la realidad actual de este colectivo.

Creemos que la experiencia puede ser generalizada a otros lugares con relativa facilidad siempre que exista un interés e implicación claros por parte de los Consellos de Ancianos o Mayores, el tejido asociativo y las instituciones de esas otras zonas. El modelo está estandarizado, por lo que permite su fácil reproducción, pero a la vez está planteado de un modo flexible, para adaptarse a las circunstancias y características de otras zonas.

En cuanto a los aspectos a mejorar, son, fundamentalmente, los siguientes:

- Afianzar el programa y hacer más efectivo su desarrollo, para lo cual debe insistirse en articular fórmulas que aseguren su financiación estable.
- Mejorar la difusión del programa, intentando su expansión a otros municipios.
- Sacar el máximo rendimiento posible de las nuevas tecnologías, que la UNED, como Universidad a distancia, tanto tiempo lleva utilizando y en las que siempre ha sido pionera. Resulta fundamental hacerlo, en primer lugar, porque son muchos los estudios que constatan que los alumnos de los programas universitarios para mayores utilizan cada vez más los distintos recursos tecnológicos (móvil, informática, Internet). En su gran mayoría, los consideran un medio de enriquecimiento personal y cultural, que ayudan a evitar el aislamiento social. En segundo lugar, porque las nuevas tecnologías pueden permitir nuevos diseños metodológicos que pueden ayudar a la extensión en el medio rural de los programas universitarios para personas mayores. El obstáculo

principal para conseguir este objetivo se debe a las dificultades de acceso a Internet en el ámbito rural gallego.

- Aumentar la adaptación de los contenidos de las materias y las guías didácticas a las peculiaridades del alumnado, con la dificultad añadida de la heterogeneidad de este, fundamentalmente en edad y formación previa.
- Realizar un estudio pormenorizado del impacto real de la implantación de este programa universitario para mayores en su entorno, analizando factores como:
 - ¿Se traduce en una menor visita a servicios médicos?
 - ¿Se traduce en una mayor participación efectiva de los mayores? ¿En una mayor presencia en los movimientos asociativos, en la vida política y social?
 - ¿Se traduce en una mayor utilización de nuevas tecnologías?
 - ¿Se traduce en una mejor relación con su entorno, sobre todo abriendo nuevos cauces de diálogo intergeneracional?

Pero tal vez la mayor inquietud (y también el mayor reto) del Programa UNED Senior del Centro Asociado de A Coruña pasa por seguir trabajando en la optimización del empleo de los recursos, máxime en la situación actual, en la que la crisis económica y los recortes presupuestarios obligan a una apuesta por la eficiencia. En este sentido, la UNED Senior tiene un claro compromiso por el máximo aprovechamiento de instalaciones infrautilizadas en el medio rural (escuelas, institutos, polideportivos) fomentando su uso polivalente e integrado (p. ej., escuelas que también constituyan centros de día o de mayores; aulas tecnológicas de los centros de mayores que acojan cursos específicos orientados a los más jóvenes) y la generación de espacios de convivencia intergeneracional.

Conclusiones

- Ingente participación de los mayores, muy por encima de las expectativas iniciales.
- Algo compromiso de los alumnos (bajos niveles de absentismo).
- Alto nivel de participación en actividades complementarias.
- Influencia del programa en la dinamización del entorno rural y del fomento de la participación de sus mayores.
- Mejora de la salud y la calidad de vida de los participantes, percibida especialmente en los alumnos de asignaturas relativas a la salud y servicios sociales han propiciado directamente una mejora de la calidad de vida de estas personas.

Viabilidad de los programas universitarios para personas mayores en el entorno rural.

Bibliografía

- Bru, C. (2006) La dimensión internacional de los programas universitarios para mayores". En Orte, C. y Gambús, M., El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas Universitarios para Mayores (pp. 215-261). Palma de Mallorca: Dikynson.
- Bru, C. (2012). Los programas educativos para mayores en la Universidad española. En Gaviria, J.L., Palmero, M. C. y Alonso, P. (comps.), Entre generaciones: educación, herencia y promesas. Actas del XV Congreso Nacional y V Iberoamericano de Pedagogía (pp. 93-112). Madrid: Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación / Sociedad Española de Pedagogía.
- Fernández, A. M. (2003). Apertura de la Universidad al mundo rural. En VIII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para personas mayores. Una apuesta por el aprendizaje a lo largo de toda la vida (pp.279-283). Madrid: IMSERSO.
- Jiménez, A. (2011). Educación a lo largo de la vida y construcción del Espacio Europeo de Educación Superior; una nueva oportunidad para la regulación jurídica de los programas universitarios para mayores. En V Congreso de Universidades para Mayores. CIUUMM 2011, tomo II (pp. 511-523), Alicante: AEPUM
- Memorias del programa UNED SENIOR-A CORUÑA (2009, 2010, 2011). A Coruña: Centro Asociado UNED-A Coruña.

- Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, Secretaría de Estado de Servicios Sociales (2007). Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, A., Mayán, J. M. y Antelo, M. (2003). Programas Universitarios de mayores, mundo rural y sociedad de la información. Cuestiones estratégicas para su expansión. En VIII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para personas mayores. Una apuesta por el aprendizaje a lo largo de toda la vida (pp.301-305). Madrid: IMSERSO.
- Soto, R. y Bravo, M.E.L., La educación del adulto mayor más allá de una responsabilidad social: un derecho (2003). En Gaviria, J.L., Palmero, M. C. y Alonso, P. (comps.), Entre generaciones: educación, herencia y promesas. Actas del XV Congreso Nacional y V Iberoamericano de Pedagogía (pp. 529-535). Madrid: Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación / Sociedad Española de Pedagogía..
- Vilaplana, C. (2011). Relación entre los Programas Universitarios para Mayores, la satisfacción durante la jubilación y la calidad de vida. En IV Congreso de Universidades para Mayores. CIUUMM 2011, tomo II (pp.875-985). Alicante: AEPUM.

Proyectos de Fomento del envejecimiento activo en pacientes en tratamiento de hemodiálisis

José Luis Santos-Ascarza Bacariza

Concepción Pereira Feijoo

Araceli Rossignoli Recio

María Eugenia Martínez Maestro

Susana Fernández León

Centros de diálisis FRIAT Galicia.

1 Presentación: Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT)

Es una entidad sin ánimo de lucro que se constituyó el día 15 de febrero de 1982 en el segundo aniversario del fallecimiento de Íñigo Álvarez de Toledo, paciente renal en hemodiálisis durante los últimos cinco años de su vida, en los que se dedicó intensamente a la lucha contra las enfermedades renales. Su objetivo prioritario es proporcionar al paciente el tratamiento clínico de la mejor calidad y el apoyo psicológico y social necesario para el óptimo desarrollo personal en el marco de la enfermedad crónica. Además, realiza actividades en favor de la donación de órganos y el trasplante, así como dedica todos los medios económicos y humanos a su alcance en favor de la investigación.

Para conseguir su objetivo desarrolla una importante labor en diversas áreas como son:

- Área asistencial: a través de los 11 centros de diálisis que gestiona, atendiendo a una media mensual de 847 pacientes (Memoria 2011). Cuenta con centros en las comunidades de Madrid, Castilla-León y Galicia.
- Área científica: mediante el fomento de la investigación para la prevención y curación de las enfermedades del riñón y colaborar en la formación de profesionales sanitarios.
- Área de cooperación internacional: desarrollando programas de cooperación internacional y de ayuda a países en vías de desarrollo.
- Área de inserción laboral: actualmente cuenta con un centro especial de empleo en Madrid que da trabajo a personas en diálisis o que han recibido un trasplante.
- Área de apoyo al paciente: es una de las señas de identidad de la Fundación Renal y su función es la de complementar la labor asistencial de los centros de diálisis. En esta área se incluye el departamento de apoyo al paciente, desde el cual se realizan los proyectos sociales de apoyo al envejecimiento activo.

En Galicia la FRIAT cuenta con 4 centros de diálisis, que atienden a una media mensual de 210 pacientes, con una media de edad de 67 años. Estos centros se sitúan en Ourense, Verín, Barco de Valdeorras y Vigo.

2 Introducción a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

2.1 Aspectos clínicos.

Los riñones son órganos excretores con forma de judía o haba. En el ser humano cada uno tiene aproximadamente el tamaño de su puño cerrado y filtran cada día cerca de 190 litros de sangre.

Algunas funciones de los riñones son:

- Fabricar orina.
- Filtrar la sangre para eliminar residuos y productos tóxicos.
- Mantener la presión arterial mediante la eliminación de agua y secreción de hormonas.
- Producir componentes de la sangre que evitan la anemia (glóbulos rojos).

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) consiste en una reducción irreversible del funcionamiento de ambos riñones. Para sustituir esta función vital, es preciso realizar un tratamiento de diálisis o un trasplante, que permitirá a la persona afectada seguir viviendo.

Algunas causas que pueden provocar IRC son:

- Infecciones
- Lesiones
- Enfermedades renales
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Ateroesclerosis

Las modalidades de diálisis que con mayor frecuencia se realizan en España son la Hemodiálisis Hospitalaria y la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. De acuerdo con el último Informe de Diálisis y Trasplante 2011 presentado por la Sociedad Española de Nefrología, la Hemodiálisis sigue siendo con diferencia el tratamiento más empleado con un 82,18%, le sigue la Diálisis Peritoneal con un 15,12% y finalmente el trasplante con un 2,69%. En las conclusiones del Informe indican un descenso paulatino de la incidencia de la IRC. La Diabetes Mellitus sigue aumentando como causa más frecuente (24,97%) de IRC. Por primera vez aumenta la diálisis peritoneal como opción terapéutica. Y en relación al trasplante, en 2011 se ha producido un aumento notable, en especial en los trasplantes de vivo, que ya suponen un 12,5%.

2.2 Aspectos psicológicos y sociales.

A la hora de pensar en los pacientes en hemodiálisis hay que tener presente que se trata de una enfermedad crónica, que genera una discapacidad, incertidumbre y en parte reduce la esperanza de vida. Todo esto conlleva a que en general, manifiesten un nivel de estrés superior al de la población normal. Algunas de las fuentes de estrés más citadas en estudios son las siguientes: (Smith et al, 1982).

- Restricciones: líquidos, dieta, disponibilidad de tiempo y actividades físicas.
- Síntomas: calambres musculares, fatiga, picores, náuseas, parada de la fístula, problemas sexuales o trastornos del sueño.
- Aspecto físico: cambios en la apariencia física, presencia del catéter, fístula muy dilatada.
- Sociales: Situación económica, interferencias en el trabajo, limitaciones para ir de vacaciones, dependencia de los profesionales sanitarios y reducción de las relaciones sociales (aislamiento social).
- Familiares: Cambios en las responsabilidades familiares y en el papel con la pareja, problemas de comunicación.
- Otras: Incertidumbre sobre el futuro, supervivencia, frecuencia de ingresos hospitalarios y transporte al centro de diálisis.

Otra variable a tener presente es la depresión, que junto a la ansiedad parece ser una de las psicopatologías más frecuentes en los enfermos renales.

Algunos estudios hablan de que tienen unos niveles de depresión similares a otros enfermos crónicos e inferiores a los pacientes psiquiátricos.

No obstante también se alerta de que este diagnóstico pueda estar sobreestimado por confundirse con síntomas físicos propios de la IRC.

Los factores que contribuyen a modular la depresión en este colectivo suelen ser la percepción de indefensión, la reducción de actividades, la gravedad de la enfermedad, el apoyo social y las expectativas de futuro.

Finalmente los estudios sobre calidad de vida del paciente con IRC han sido bastante clarificadores a la hora de proponer proyectos de intervención psicosocial dirigidos a este colectivo. (Evans, 1990)

3 Proyectos de fomento del Envejecimiento Activo en pacientes en tratamiento hemodiálisis. 2011-2012

3.1 Fundamentación:

Los proyectos de intervención social constituyen una herramienta fundamental en la atención al colectivo de personas con discapacidad, como es el caso del paciente en hemodiálisis. Las características que presentan estos proyectos se recogen en el cuaderno de selección de criterios de perfeccionamiento de los servicios sociales en España, elaborado por el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (Siposo) en 2009, y éstas son: Proactividad, Enfoque Comunitario, Desarrollo Personal y Universalidad.

La OMS define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».

El envejecimiento activo no ha de verse como algo ajeno a la población con patologías crónicas, si bien en algunos aspectos referidos al ejercicio físico se puedan ver en parte limitados. Otros aspectos alusivos a la participación social efectiva deben ser desarrollados con el objetivo de normalizar algunas situaciones y aumentar las posibilidades de recibir un apoyo social positivo y reparador de las limitaciones anteriormente citadas.

Las personas que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis presentan algunas limitaciones físicas originadas por los síntomas propios de la IRC, lo que no implica que no puedan realizar ejercicio físico adaptado a su situación. Prueba de ello son algunas experiencias exitosas realizadas en España, y más concretamente en la provincia de A Coruña, con el programa Bule con Alcer, organizado desde hace años por la asociación ALCER Coruña.

Con el objetivo de fomentar el envejecimiento activo a través de la participación social, con nuestros usuarios de los centros de diálisis de Galicia, iniciamos en el año 2008 la puesta en marcha de una serie de proyectos dirigidos no sólo a ellos (pacientes=usuarios) sino también a sus familiares, pues consideramos que desde el área psicosocial la unidad central de atención no debe restringirse sólo al paciente, sino que se debe ampliar a la unidad familiar del mismo.

3.2 Los proyectos:

3.2.1 Jornadas Cuidados en Salud Renal

Estas jornadas tienen una duración variable 3-4 horas dependiendo de las necesidades informativas del grupo al que se dirigen y de otros aspectos organizativos. Contaron con el reconocimiento de interés sanitario por la Xunta de Galicia.

Objetivos

- Informar a pacientes/familiares sobre los aspectos básicos de la IRC y su tratamiento.
- Mejorar la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente.
- Reforzar un modelo de gestión socialmente responsable mediante una acción educativa dentro del ámbito sanitario.

Metodología

A través de comunicaciones breves sobre aspectos sociales, sanitarios y experiencia personales enriquecedoras.

Impartidas por profesionales sanitarios y sociales expertos en la materia. En total participaron 20 profesionales.

Resultados

JORNADA	ASISTENTES
VIGO (2011)	90
OURENSE (2011)	50
BARCO DE VALDEORRAS (2012)	29
VERÍN (2012)	45
Total 4 jornadas: 12 horas	214

Tabla1: Asistentes a las 4 jornadas 2011-2012

Esta actividad se gestionó teniendo en cuenta las expectativas de los distintos grupos de interés que afectan a la FRIAT. Así los pacientes y sus familias, empleados, colaboradores, comunidad local y patronato mostraron una alta satisfacción con estas cuatro iniciativas. Es necesario destacar la implicación voluntaria de todos los profesionales que impartieron las charlas, así como la cesión gratuita de las salas en las que tuvieron lugar las jornadas.

3.2.2 Taller Salud y Bienestar

Este taller tiene una duración de 10 horas, repartidas en 5 sesiones de 2 horas cada una. Las sesiones tienen una frecuencia semanal, de manera que el taller dura aproximadamente un mes. Ambos talleres (2011-12) contaron con el reconocimiento de interés sanitario por la Xunta de Galicia.

Objetivos:

- Promover la autonomía personal del paciente.
- Formar a los pacientes y a sus familiares sobre los aspectos esenciales de su cuidado.
- Fomentar la participación social del paciente en hemodiálisis.

Metodología:

Sesiones formativas con un contenido teórico-práctico, y trabajo en grupos.

Impartidas por personal de enfermería del centro de diálisis Os Carballos (Vigo). En total participaron 6 profesionales de enfermería y un psicólogo.

Resultados:

SESION	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	MEDIAS
Paciente	5	6	6	5	2	5
Pac + Fam.	5+5	4+4	2+2	3+3	4+4	7
Familiar	1	1	2	2	1	1
TOTAL	16	15	12	14	11	13

Tabla 2: Datos de asistencia taller Salud y Bienestar 2011. Vigo

SESION	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	MEDIAS
Paciente	4	3	2	3	3	3
Pac + Fam.	8+8	7+7	5+5	4+4	5+5	6+6
Familiar	1	3	4	4	4	3
TOTAL	21	20	16	15	17	18

Tabla 3: Datos de asistencia taller Salud y Bienestar 2012. Vigo

En 2012 organizamos la quinta edición del taller, lo que supuso alcanzar en total una asistencia de 140 personas (pacientes y familiares) desde nuestro inicio en el año 2008.

En este taller también valoramos los conocimientos previos y posteriores a realizar el taller (cuestionario propio), la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) y la satisfacción con haber participado en el taller. Viendo las tablas de asistencia 2 y 3 puede observarse cómo hemos mejorado la asistencia en el 2012 respecto al 2011, gracias a tomar algunas medidas preventivas, como fue facilitar el desplazamiento de algunas personas que no podían desplazarse por sus propios medios.

3.2.3 Taller de recetas de cocina saludable

Este taller se organiza en sesiones de 2 horas de duración. En cada sesión el personal que participa, son 3 auxiliares de enfermería y un psicólogo.

Objetivos:

- Aprender recetas de cocina adecuadas a la dieta del paciente renal.
- Fomentar la participación social.
- Ampliar la red de apoyo social.

Metodología:

La sesión se organiza en tres grupos que corresponden a primer plato, segundo plato y postre. Cada grupo es dirigido por una auxiliar de enfermería que va explicando la receta al tiempo que los asistentes van elaborándola. Se trata de que todos participen haciendo alguna parte de la receta. Al final una persona de cada grupo explica la receta y todos la prueban.

Resultados:

SESIÓN	ASISTENTES	TIPO ASISTENTES
Primera sesión	10	7 pacientes + 3 familiares
Segunda sesión	10	8 pacientes + 2 familiares
Tercera sesión	19	11 pacientes + 8 familiares
TOTAL	39	26 pacientes + 13 familiares

Tabla 4: Datos de asistencia al taller de recetas de cocina saludables 2012.Vigo

Los asistentes muestran una elevada satisfacción con este proyecto, valorada con una encuesta de satisfacción.

3.2.4 Visita socio-cultural

La visita socio-cultural se realiza en domingo, ya que así posibilita que puedan asistir pacientes que se dializan en los turnos del sábado.

Objetivos:

- Promover el ejercicio físico moderado.
- Fomentar la participación social.
- Ampliar la red de apoyo social.

Metodología:

Salida de una jornada de 10 horas con desplazamiento a una zona próxima a la de residencia de los asistentes. Visitas a los lugares de interés turístico, comida de grupo y paseo por zona verde de la localidad. En este proyecto colaboran personal de enfermería, auxiliares de enfermería y un psicólogo.

Resultados:

DESTINO	DURACIÓN	ASISTENTES		
		Paciente	Familiares	Personal
A Coruña	10 horas	13	11	7
TOTAL		31		

Tabla 5: Datos asistencia a salida socio-cultural 2011. Vigo

4 Conclusiones

- 1) La participación social como objetivo del envejecimiento activo, en las personas afectadas de IRC y en tratamiento de hemodiálisis, es posible y un ejemplo de esfuerzo por parte de este colectivo. Prueba de ello son los datos que remitimos.

Entre los años 2011 y 2012 un total aproximado de 315 afectados (pacientes y familiares) han participado en las actividades de los cuatro proyectos desarrollados. Implicándose de manera voluntaria un total aproximado de 39 profesionales del ámbito sanitario y social.

- 2) Los asistentes amplían su red de apoyo social y de manera particular se organizan para hacer actividades de ocio. Ellos mismos toman la iniciativa para participar en un curso de informática, una salida cultural o ir a pasear.
- 3) Los proyectos se han ido consolidando y gestionando en base a unos indicadores de calidad, lo que ha supuesto notables mejorías en su desarrollo.
- 4) La participación voluntaria del personal de los centros es un valor añadido que es fundamental para poder llevar a cabo los proyectos. Su trato cotidiano con los pacientes les genera confianza y seguridad.

5 Agradecimientos

A los Servicios de Nefrología de: Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Hospital Comarcal de Valdeorras, Hospital de Verín, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, POVISA.

A Participación Ciudadá del Concello de Vigo por cedernos gratuitamente las aulas del Centro Cívico de Teis (Vigo) donde realizamos los talleres.

A todo el personal de los centros de diálisis de la Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (Ourense, Vigo, Verín y Barco de Valdeorras).

A Cruz Roja Española, SHIRE, Asociación de Vecino de Teis, Asociación Alcer y demás personas que nos ayudan desinteresadamente.

6 Bibliografía

- BENGÓA, R., "Curar y cuidar", en BENGÓA, R y NUÑO, R., Curar y cuidar: Innovación en la gestión de enfermedades crónicas, Elsevier. Masson, Barcelona.2009, pp.17-27.
- CASADO, D., (2004) " La dependencia funcional y sus abordajes", en CASADO, D. (dir.). Respuestas a la dependencia, Madrid. Editorial CCS,
- Evans,R.W. (1990). Quality of life assessment and the treatment of end-stage renal disease.Transplantation Reviews, 4(1), 28-51
- Cuadernos del SIPOSO: Selección de criterios y propuestas para el perfeccionamiento de los servicios sociales en España, Polibea, S.L. Madrid.2009
- Informe de diálisis y trasplante 2011. Sociedad Española de Nefrología.
- Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011). IMSERSO. Madrid. Minsiterio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- López-Cabanas,M ; Chacón, F (2003): Intervención psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo. Madrid. Síntesis
- Magaz Lago, Ángela (2003).Tesis doctoral: Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal Crónica: Diferencias en función de los tratamientos médicos. Universidad de Deusto.
- Memoria FRIAT (2011).
- Navarro, J. (2004). Enfermedad y familia: Manual de intervención psicosocial. Barcelona. Paidós.
- Rodríguez-Cabrero, G (1997). Participación social de las personas mayores. IMSERSO. Madrid. Ministerio

de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Rodríguez-Marín, J (2011). Psicología social de la salud. Madrid. Síntesis.
- Smith, K., Pelletier, S. y Powers, M.J. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on haemodialysis. Nursing Research, 31 (2). 107-112

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Proyectos de Fomento del envejecimiento activo en pacientes en tratamiento de hemodiálisis](#)



Proyectos de fomento del Envejecimiento Activo (E.A) en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. 2011-2012

Congreso Envejecimiento + Activo “Preparando nuestro futuro”
A Coruña 15-16 Noviembre 2012

José Luis Santos-Ascarza Bacariza
Psicólogo. Coordinador Servicios Sociales
Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Galicia

1



Diapositiva 1

Proyectos de fomento del Envejecimiento Activo (E.A) en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. 2011-2012

Congreso Envejecimiento + Activo "Preparando nuestro futuro"
A Coruña 15-16 Noviembre 2012

José Luis Santos-Ascarza Bacariza
Psicólogo, Coordinador Servicios Sociales
Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo, Galicia

Diapositiva 2



ÍNDICE

- 1- Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo
- 2- Fundamentación de la intervención.
- 3- Proyectos de apoyo a pacientes y familiares.
- 4- Conclusiones.

Diapositiva 3



1- La Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo (FRIAT)

Labor asistencial

Labor científica

Cooperación Internacional

Mejorar la calidad de vida y expectativas de futuro de los pacientes con insuficiencia renal crónica que requieran tratamiento sustitutivo con diálisis o trasplante.

Insertión laboral

Apoyo psicológico y social

Diapositiva 4



2- Fundamentación

"Un número creciente de familias está haciendo frente a afecciones crónicas por un periodo cada vez más largo del ciclo vital". Rolland, 2003.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

EL TRATAMIENTO

Mínimo tres sesiones por semana en (L,M,V) ó (M,J,S) durante 4 horas.
Traslados en ambulancia 3-4 horas por sesión.
JORNADA DE 8 HORAS POR SESIÓN

ALGUNAS REPERCUSIONES

Ocasiona una discapacidad importante (65%).
Incapacidad laboral absoluta (100%).
Dependencia en base a ABVD (Comorbilidad).
Estudios sobre calidad de vida, depresión y ansiedad.
Tendencia al aislamiento social.

Diapositiva 5



3- Proyectos : A quién va dirigido

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1- SALUD Y BIENESTAR : | Pacientes y familiares. |
| 2- CUIDADOS EN SALUD RENAL: | Pacientes, familiares, y profesionales salud y sociales. |
| 3- RECETAS DE COCINA: | Pacientes y familiares. |
| 4- EXCURSIONES: | Pacientes y familiares. |

Diapositiva 6

TALLER 2012 SALUD Y BIENESTAR



SALUD Y BIENESTAR

Es un taller de prevención y promoción de la salud que pretende ofrecer una información sencilla y comprensible acerca de los aspectos esenciales relacionados con la salud.

Puede asistir sólo o acompañado de una persona, e igualmente si usted no puede acudir por alguna de su familia o al que más le interese, podrá hacerlo sin ningún problema.

Las sesiones son limitadas y por ello, si tiene interés en asistir podrá solicitar el compromiso de acudir a todas las sesiones e inscribirse en la lista de espera.

FECHAS Y TEMAS

- 30 de mayo: Insuficiencia renal crónica.
- 04 de junio: La alimentación (1ª parte).
- 13 de junio: La alimentación (2ª parte).
- 20 de junio: La medicación.
- 27 de junio: Calidad de vida. Evaluación.

HORARIO

17:00 h. a 19:30 h.
Se recoge que los asistentes sean puntuales.

Si finaliza el programa se hará entrega de un diploma a todos aquellos personas que hayan participado.

LUGAR

Las sesiones informativas tendrán lugar en el Centro Clínico de Iñigo Álvarez de Toledo que está situado en la calle C/ Emilia Martínez, 2.

Mapa de situación



Diapositiva 7

Objetivos

- 1) FORMAR a los pacientes en diálisis, y a su familiar o cuidador de referencia sobre los aspectos esenciales de su cuidado.
- 2) FOMENTAR la participación social del paciente en diálisis.
- 3) PREVENCIÓN de la dependencia y PROMOCIÓN de la autonomía personal del paciente.

5 sesiones didácticas/2 horas de duración

MATERIALES:

- Carpeta archivadora
- Tema: Contenido + ejercicios para casa

SESION TIPO
17:00-19:00 horas

EVALUACIÓN:

- Inicial
- Continua
- Final

17:00 Exposición teórica del tema, usando Power point.
17:45 Dinámica en grupos de 5-6 personas.
18:15 Resolución de casos y debate.
18:45 Conclusiones, entrega del tema y fin de la sesión.

Diapositiva 8

Resultados de asistencia
2011. Vigo

SESION	1	2	3	4	5	MEDIAS
Paciente	5	6	6	5	2	5
Pac + Fam.	5+5	4+4	2+2	3+3	4+4	7
Familiar	1	1	1+1	1+1	1	1
TOTAL	16	15	12	14	11	13

2012. Vigo

SESION	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	MEDIAS
Paciente	4	3	2	3	3	3
Pac + Fam.	8+8	7+7	5+5	4+4	5+5	6+6
Familiar	1	3	4	4	4	3,2
TOTAL	21	20	16	15	17	18

Diapositiva 9

Jornadas de educación para la salud:
Cuidados en Salud Renal



Diapositiva 10

Resultados 4 jornadas
2011 y 2012

JORNADA	ASISTENTES
VIGO 2011	90
OURENSE 2011	50
BARCO DE VALDEORRAS 2012	29
VERIN 2012	45

Diapositiva 11



Taller recetas de cocina saludable.
2012.Vigo

Asistencia media 2012:
12 personas

Elaboración de menús saludables y fomento de la participación social.

Diapositiva 12

Resultados
2012. Vigo

SESIÓN	ASISTENTES	TIPO ASISTENTES
Primera sesión 2 horas	10	7 pacientes 3 familiares
Segunda sesión 2 horas	10	8 pacientes 2 familiares
Tercera sesión 2 horas	18	11 pacientes 8 familiares

Diapositiva 13

FUNDACIÓN RENAL
ÍÑIGO ÁLVAREZ DE TOLEDO

Visita socio-cultural. 2011.Vigo

Asistencia media 2011:
30 personas

Visita de un día a zonas
próximas de interés
turístico.

Diapositiva 14

Resultado 2011. Vigo

DESTINO	DURACIÓN	ASISTENTES		
		Paciente	Familiares	Personal
A Coruña	10 horas	13	11	7
TOTAL		31		

Diapositiva 15

2011-2012

PARTICIPACIÓN SOCIAL :

315 PACIENTES Y FAMILIARES

30 PROFESIONALES

Diapositiva 16

4- Conclusiones

1- Aumenta la participación social de paciente/familia.

315 personas (pacientes y familiares)

2- Ampliación de la red de apoyo social.

Otras actividades de manera autónoma

3- Reflejo del compromiso social de la organización.

Implicación voluntaria del personal laboral.

4- Mayor presencia en las comunidades locales.

Diapositiva 17

GRACIAS

Arteriarte. Programa interxeracional de integración social a través da arte

María Belén Pereiro Rozas

María Isabel Otero Fernández-Aperribay

Sergio Platas Casal

SARquavitae Concepción Arenal

Proxecto que se desenvolve entre o Centro Residencial de Maiores Concepción Arenal e a Escola de Arte Pablo Picasso, ambos os dous localizados na cidade da Coruña.

Orixe do proxecto

O proxecto xurde nos talleres de pintura e manualidades deste Centro Residencial de Maiores onde 180 persoas asistidas viven e conviven no día a día e fan do seu tempo libre unha actividade gratificante e viva. Unha actividade relacionada coa arte e a pintura e que en todos os espazos da residencia se respira. Ese traballo e esa dedicación fai do noso centro un centro vivo e que ama a pintura e o que ela nos proporciona.

Moitos dos nosos maiores non tiveron a oportunidade de ir á escola e iso dificulta o labor pero finalmente non é impedimento xa que a ilusión se contaxia e, aínda con moitas dificultades, se superan todas as barreiras.

Unha vez perdido o medo, a vea artística forece e todos a un gozan da actividade.

Namentres, xorde a idea de compartir a nosa ilusión e o noso traballo con xente que nos poida achegar enerxía, técnica, ilusión, xuventude, creatividade,... pero á que tamén lle poidamos dar quizais cousas diferentes, ou non, como experiencia de vida, loita, traballo...

O porqué da interxeracionalidade do proxecto. Beneficios do intercambio interxeracional

Para as persoas maiores:

- Cambios no humor, aumento da vitalidade
- Mellora da capacidade para facer fronte á enfermidade física e mental
- Incremento no sentimento de valía persoal
- Oportunidades de aprender
- Fuxida do illamento
- Renovado aprecio polas propias experiencias da vida pasada

- Reintegración na familia e na vida comunitaria
- Desenvolvemento da amizade con xente nova
- Recepción de axuda práctica en actividades, como compras ou transporte
- Dedicar tempo á xente moza e combater os sentimentos de illamento
- Incremento da autoestima e da motivación
- Compartir experiencias e ter unha audiencia que aprecia os logros
- Respeto, honor e recoñecemento da súa contribución á comunidade.
- Aprender da xente nova: xeitos de vivir, costumes...
- Desenvolvemento de habilidades e, en particular, de habilidades sociais e emprego de novas tecnoloxías
- Transmitir tradicións, cultura e lingua
- Pasalo ben e implicarse en actividades físicas
- Expoñerse á diferenza
- Axudar a fortalecerse fronte á adversidade

Fonte: MacCallum et al. (2006).

Beneficios do intercambio interxeracional

Para nenos e mozos:

- Incremento do sentimento de valía, autoestima e confianza nun mesmo
- Menor soidade e illamento
- Ter acceso ao apoio de adultos durante momentos de dificultade
- Aumento do sentimento de responsabilidade social
- Percepción máis positiva das persoas maiores
- Maior coñecemento da heteroxeneidade das persoas maiores
- Proverse de habilidades prácticas
- Mellora dos resultados na escola
- Mellora das habilidades lectoras
- Menor implicación en actos violentos e do emprego de drogas
- Estar máis saudable
- Aumento do optimismo
- Fortalecerse fronte á adversidade
- Incremento do sentido cívico e da responsabilidade cara á comunidade
- Aprender sobre a historia e sobre as historias doutros
- Construír a propia historia de vida
- Gozo e ledicia
- Gañar respecto polos logros dos adultos
- Recibir apoio na construción da propia carreira laboral
- Actividades de ocio alternativo fronte aos problemas, particularmente drogas, violencia e conduta antisocial

Fonte: MacCallum et al. (2004).

Poboación diana

O proxecto desenvolverase indistintamente nas instalacións de calquera dos dous centros pero tentando que ambos os dous grupos coñezan e se familiaricen co que descoñecen.

No proxecto participarán 7 maiores da residencia nas sesións que se realicen fóra do seu centro; xa que nas sesións que se desenvolvan no centro residencial poderán participar un maior número de maiores e outros tantos alumnos da Escola de Arte Pablo Picasso que non deberían superar a decena para maior compenetración de ambos os dous grupos. Os alumnos que participen preferiblemente cursan grao relacionado coas artes pictóricas.

Tamén se involucran nos proxectos outros residentes que non participan directamente nel.

Duración do proxecto e ámbito temporal

O proxecto comezará no mes de xaneiro de 2012 e desenvolverase en 6 sesións, máis a de fin de festa, que poderán ser distribuídas polos centros, segundo a dispoñibilidade. Cada sesión terá unha duración aproximada de 3 horas e levarase a cabo en horario de mañá.

Obxectivos do proxecto

- Fomentar o sentimento de identidade e de valía en ambos os dous grupos.
- Mellorar as aspiracións de ambos os dous grupos mellorando a súa autoestima.
- Favorecer a socialización de ambos os dous grupos.
- Ruptura de estereotipos con respecto ao outro colectivo.
- Convivir en harmonía xerando vínculos afectivos entre dous grupos xeracionais.
- Axudar, experimentar e aprender xuntos favorecendo o apoio mutuo.
- Compartir experiencias.
- Enriquecemento mutuo a través do intercambio.

Liñas de actuación do proxecto

Proxecto de convivencia interxeracional e integración social con vocación estimulativa e pedagóxica de dinamización social, cultural e integradora.

A metodoloxía do proxecto estará caracterizada por traballar dende a dimensión:

- INTERXERACIONAL
- SOCIAL
- INDUTIVA
- INTEGRADORA
- SOLIDARIA
- LÚDICA
- COOPERATIVA
- FLEXIBLE
- PARTICIPATIVA
- ACTIVA
- CREATIVA
- ACTIVIDADES CONCRETAS

Toda as sesións estarán relacionadas coas artes plásticas, principalmente coa pintura.

- 1) Convivencia de presentación. Desenvolverase nas instalacións do centro residencial. Os 10 alumnos elixidos para participar no proxecto acoden ao centro para coñecer os residentes que participarán no proxecto e que lles farán unha presentación do centro e lles explicarán o seu día a día. A convivencia rematará coa elaboración compartida dun debuxo en lenzo que plasme a vivencia nesa mañá e que será colgado nun lugar visible do centro coas sinaturas de todos e o nome do proxecto.
- 2) Convivencia de presentación. Desenvolverase na Escola de Arte Pablo Picasso. Os 7 maiores elixidos para participar no proxecto acoden á escola onde os mozos lles farán unha presentación da escola e lles explicarán o día a día. A convivencia rematará coa elaboración compartida dun debuxo en lenzo que plasme a vivencia nesa mañá e que será colgado nun lugar visible do centro coas sinaturas de todos e o nome do proxecto.
- 3) Convivencia e pintura mural. Desenvolverase no centro residencial. Os dous grupos reuniranse para debater unha serie de propostas para realizar un mural entre todos nunha parede da residencia. O dito mural representará simbolicamente o valor deste proxecto, desta convivencia.
- 4) Convivencia e pintura mural. Desenvolverase na residencia. Os dous colaborarán na pintura do mural.
- 5) Convivencia e pintura mural. Desenvolverase na Escola de Arte Pablo Picasso. Os dous grupos reuniranse para debater unha serie de propostas para realizar un mural entre todos nunha parede da escola de arte. O dito mural representará simbolicamente o valor deste proxecto, desta convivencia. O mural preferiblemente será o mesmo que o do centro residencial.
- 6) Festa convivencia no centro residencial de maiores.

RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A animadora sociocultural da residencia -educadora social- será a encargada de coordinar o proxecto entre ambos os dous centros pero dúas docentes de ilustración e un docente de cerámica colaborarán man a man neste.

Os recursos materiais serán basicamente achegados pola Residencia de Maiores excepto naquelas sesións en que así se concrete coa escola de arte

INDICADORES DE AVALIACIÓN

- Nivel de socialización dos grupos.
- Expectativas ante a nova sesión.
- Nivel de satisfacción dos participantes.
- Modificación de estereotipos con respecto ao outro grupo.
- Mellora de autoestima.
- Creación de vínculos afectivos.
- Gusto polas artes.
- Coñecemento dos integrantes do grupo
- Interese dos integrantes polas persoas do outro grupo
- Mellora do carácter, do ánimo e da saúde.
- Coñecemento do centro alleo.
- Aplicación das técnicas artísticas nos traballos desenvolvidos.
- Lembranza das sesións.

Reflexións finais

ARTERARTE cumpriu os principios de eficacia para a programación de proxectos interxeracionais programando con claridade e secuencialidade, reunindo as entidades apropiadas e implicando os participantes na planificación e posta en marcha, sintonizando, en todo caso, necesidades e aspiracións e deseñando actividades

de interese para ambos os grupos, concluíndo pois, mediante a análise por observación e enquisas, que os obxectivos foron acadados xa que mellorou o nivel de socialización dos grupos, de satisfacción dos participantes, modifícanse estereotipos con respecto ao outro grupo, mellorou a autoestima, creáronse vínculos afectivos polas artes e o proxecto tivo repercusión de cara á comunidade.

Como reflexión derradeira, podemos dicir que o mundo dos maiores e os centros nos que eles viven son os grandes descoñecidos nesta sociedade. Debemos loitar dende as nosas parcelas profesionais para que os maiores sexan parte activa e produtiva nesta sociedade e dese xeito coñecidos e recoñecidos e, por suma, se coñezan tamén e se recoñezan na comunidade os centros de maiores como centros abertos e sociais, apoiándonos para iso nesta dimensión interxeracional ampla en valores e obxectivos.

➔ [Enlace pdf coa presentación:](#)

[Arteriarte. Programa interxeracional de integración social a través da arte](#)



Residencia de maiores Concepción Arenal

Arteriarte

Proxecto interxeracional de integración social a través da arte

Belén Pereiro Rozas
Educadora social
Responsable departamento de ASC

Persoas que coidan as persoas

A Coruña, a 16 de novembro de 2012



Diapositiva 1

Residencia de maiores Concepción Arenal

Arteriarte

Proxecto interxeracional de integración social a través da arte

Belén Pereiro Rozas
Educadora social
Responsable departamento de ASC

Persoas que coidan as persoas

A Círculo, a 16 de decembro de 2012

Diapositiva 2



Antecedentes

Definición de proxecto interxeracional

"Fomenta a interacción, a cooperación e o intercambio entre persoas de diferentes xeracións que comparten recursos, talentos e apoio mutuo promovendo relacións de beneficio para o grupo e a comunidade"

Definición de "Generations United"
entidade estadounidense que engloba diversas asociacións de contido interxeracional

Diapositiva 3



¿Que é Arteriarte?

Plan de Integración Social a través da Arte entre un grupo de residentes e usuarios da Residencia de Maiores e Centro de día Concepción Arenal e un grupo de alumnos de ilustración da Escola de Arte Pablo Picasso

Xira arredor dunha habilidade de interese reconhecida e coñecida para ambos grupos:

A pintura

pero inmersa nunha dimensión social e interxeracional de grande afectación para o proxecto e os seus obxectivos.

Diapositiva 4



Metodoloxía



Diapositiva 5



O desenvolvemento do proxecto comezou...



Diapositiva 6



A preparación de...



Diapositiva 7



Comeza a práctica artística e... SOCIAL



Diapositiva 8



UN traballo- UN equipo



Diapositiva 9



VITAL- SOCIAL- LÚDICO- INTER



Diapositiva 10



Isto non remata aquí...



Diapositiva 11



Florececeron froitos



Diapositiva 12



Creamos un mar de posibilidades



Diapositiva 13

SAR QUAVITAE Desfrutamos co éxito

Diapositiva 14

SAR QUAVITAE Reflexións finais

Programando con claridade e secuencialidade, reunindo as entidades apropiadas e implicando os participantes na planificación, acadáronse os obxectivos formulados

O mundo dos maiores e os centros nos que eles viven son os grandes descoñecidos nesta sociedade e debemos conseguir dende as nosas parcelas profesionais que OS MAIORES SEXAN PARTE VIVA, ACTIVA E PRODUTIVA NESTA SOCIEDADE e, por suma, se coñezan e recoñezan os centros de maiores como CENTROS ABERTOS E SOCIAIS, apoiándonos para iso nesta DIMENSIÓN INTERXERACINOAL rica en valores e obxectivos.

Diapositiva 15

SAR QUAVITAE Arteriarie

"O mantemento da solidariedade interxeracional é un factor importante nun enfoque moderno de envellecemento... O envellecemento activo é interxeracional: refírese ao futuro de todos e non só ó das persoas maiores"

(Walker, 2008: 85)

Allan Walker é profesor de política social e xerontoloxía social da Universidade Británica de Sheffield

Diapositiva 16

SAR QUAVITAE

GRAZAS POLA SÚA ATENCIÓN

www.sarquavitae.es

Nuevas personas mayores, nuevas propuestas de participación y compromiso social

Penélope Castejón Villarejo

Fundación Pilares

Pilar Rodríguez Rodríguez

Gregorio Rodríguez Cabrero

Enrique Morán Aláez

Daniel Prieto Sancho

Diego Herranz Andújar

Introducción

La línea de investigación llevada a cabo por la Fundación Pilares para la autonomía personal a lo largo de todo este año 2012 -declarado Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional por el Parlamento y Consejo de Europa- fue desarrollada con el propósito de aportar conocimiento sobre el potencial de participación social de personas comprendidas entre los 50 y 69 años de edad en España y las vías que se sugieren para ampliarla.

Según la definición enunciada por la OMS en 2002, envejecimiento activo se refiere al «proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Los trabajos de investigación que aquí exponemos, se centran en uno de los tres pilares sobre los que se erige este paradigma; el pilar de la participación social, por ser el que permite crear cohesión social intergeneracional, empoderar a las generaciones que se acercan o van entrando en la jubilación y contribuir a la creación de capital social o nuevas formas de desarrollo cívico desde el reconocimiento de la diversidad de los diferentes grupos sociales que forman el colectivo de personas a medida que envejecen.

La población seleccionada tiene, como decíamos, entre 50 y 69 años; está próxima o en edad de jubilación, pero no ha entrado globalmente en el proceso de vejez. Se enfrenta, o lo hará próximamente, a un proceso de reajuste de los tiempos cotidianos y de los roles a desempeñar, adaptación que trae consigo la entrada a los escenarios y la cultura del envejecimiento, especialmente (pero no sólo) anunciada por la ruptura del eje articulador del trabajo remunerado. Se partió de la hipótesis de que las características de las nuevas cohortes que llegan a esta etapa vital difieren en gran medida de las anteriores, lo que plantea la necesidad de reformular la oferta de respuestas que la sociedad les ofrece hoy en este ámbito de la participación y, especialmente, en el campo del voluntariado y de las relaciones intergeneracionales, sin descuidar otras facetas como las jubilaciones parciales, el mayor protagonismo y presencia cívica o el acceso generalizado a las TIC y a la formación.

Objetivos

Objetivo general:

- 1) Incrementar el conocimiento en el ámbito de la participación social de las personas que se encuentran en las cohortes de 50 a 70 años de edad, desde la óptica del envejecimiento activo y desde las diferentes posiciones que ocupan en relación con la actividad laboral.

Objetivos específicos:

- Conocer la autopercepción de la muestra sobre el período vital en el que se encuentran -mediana edad como tránsito a la vejez-, tanto desde el plano individual como de los roles sociales.
- Obtener información sobre las actitudes ante la salida del mercado laboral y recoger opiniones sobre posibilidades como mantener diferentes tipos de vinculación al trabajo más allá de la edad reglamentaria de jubilación, compatibles o no con la pensión.
- Conocer el lugar que ocupan las tareas de cuidado y apoyo informal.
- Conocer el tipo de actividades (fuera del ámbito familiar y laboral) que realiza, que no realiza pero le gustaría, y que tiene pensado realizar en el futuro.
- Averiguar en cada caso, las motivaciones y beneficios de su práctica, los obstáculos que le impiden su realización y los cambios necesarios que facilitarían su dedicación.
- Recoger opiniones valorativas respecto a la función que cumplen los centros sociales para personas mayores, su oferta de servicios y actividades, las condiciones de acceso, así como sobre los cambios a introducir para resultar más atractivos a sus potenciales destinatarios.
- Obtener valoraciones con respecto a las diferentes formas que conocen de voluntariado e implicación social, así como sus expectativas (actuales o futuras) de dedicación a las mismas.
- Realizar un listado de propuestas y recomendaciones, deducidas de la investigación desarrollada, dirigidas a diferentes instancias (Administraciones Públicas, Organizaciones Empresariales y Sindicales, Movimientos Asociativos, ONGs, medios de comunicación), para mejorar y ampliar la oferta de actividades de participación social de las personas mayores de 50 años.

Metodología

Siguiendo un enfoque de complementariedad metodológica se realizó:

- a) Revisión bibliográfica y recogida y re-análisis de resultados de investigación de fuentes secundarias, tanto de encuestas como de estudios.
- b) Una primera aproximación al objeto de estudio llevada a cabo en colaboración con la editorial Bayard y que consistió en la realización de una encuesta online a personas usuarias de la página web www.plusesmas.com realizada durante febrero de 2012, en la que participaron 1.256 personas de 50 y más años, y que recogía opiniones sobre la oferta de actividades destinadas a este grupo de edad, sus intereses y aptitudes para el voluntariado y actividades de participación ciudadana. Esta encuesta recaba información sobre un segmento específico de población dentro del grupo de 50 y más años; el que responde a un perfil socio-educativo en general superior que la media para estas cohortes y utiliza de forma habitual las TIC; características que serán cada vez más frecuentes entre las generaciones que en un futuro alcancen estas edades.
- c) El núcleo central del proyecto, que radica en una encuesta estadística aplicada a una muestra representativa de la población española no institucionalizada, con edades comprendidas entre 50 y 70 años. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado según criterios de Comunidad Autónoma y hábitat, con un error aproximado del $\pm 3.3\%$ a un nivel de confianza del 95% e hipótesis de variables con dos categorías igualmente distribuidas ($P=Q=50\%$), lográndose un N final de 1.001 individuos. Se ha considerado clave en el estudio, y por tanto en la muestra, la relación con la actividad económica. Tanto en esta variable como en las de sexo, estado civil, edad y estudios los porcentajes de las principales categorías son muy similares a los de la Encuesta de la EPA del 2º trimestre de 2012. El trabajo de campo fue realizado en los meses de mayo y junio de 2012 por la empresa

Demométrica mediante entrevista telefónica asistida por ordenador.

Esta investigación está financiada por la Obra social La Caixa y actualmente trabajamos en el informe de resultados, de los que se ofrecerá aquí un avance en calidad de datos provisionales.

- d) Pero este análisis se completa, con un estudio diseñado mediante técnicas cualitativas de investigación social, en base a grupos de discusión y entrevistas en profundidad cuyo universo está formado por la generación que en la actualidad se encuentra en el tramo de edad de entre 50 y 70 años y que trata de analizar cómo este grupo de población da sentido a su vida y participa en la sociedad tras haber abandonado el mercado de trabajo. Se realizaron 20 entrevistas en profundidad y 4 grupos de discusión, llevados a cabo en el período marzo-mayo de 2012. En el diseño de los perfiles se tuvieron en cuenta las variables: edad, sexo, hábitat, clase social, situación frente a la actividad económica e implicación en actividades de participación ciudadana. Para la distribución geográfica se seleccionaron las Comunidades Autónomas de Madrid, Andalucía y Cataluña, abarcando así distintas casuísticas que definen situaciones específicas del territorio nacional. Se optó por la metodología cualitativa porque permite acceder al substrato de discurso, experiencias biográficas e imágenes involucradas en el entramado social que pretendemos estudiar.

Resultados:

Primera aproximación: El potencial de participación social de las personas mayores de 50 años que utilizan TIC. Encuesta online, a usuarios de plusesmas.com, sobre intereses, actividades y voluntariado 2012. Los resultados obtenidos revelan una demanda de mayor información sobre voluntariado y participación social y un marcado interés por tomar parte en iniciativas que les permitan poner a disposición de otras personas sus conocimientos, tanto profesionales como relacionados con aficiones o hobbies.

La oferta de actividades específicas para este grupo de población no parece adecuarse a las necesidades o preferencias de muchas de las personas que lo integran, y así lo ponen de manifiesto el que de las 1.256 personas que participaron en esta encuesta un 42,8% que dicen estar poco o nada de acuerdo con la afirmación "la oferta de actividades de formación y/o de ocio para personas como yo es amplia y variada"; el 52,5% que se posiciona muy o bastante de acuerdo con "me gustaría realizar algún tipo de actividad pero no encuentro nada que se ajuste a mis intereses", o el 47,8% que conviene en que les gustaría realizar algún tipo de actividad pero no saben dónde informarse.

Núcleo central de la línea de investigación: Participación, Envejecimiento Activo y Capital Social. En base a la encuesta representativa de la población de 50 a 69 años.

Se está trabajando en el informe de resultados de esta encuesta, financiada por la Obra social La Caixa, por lo que se ofrecerá aquí un avance de algunos de los resultados en calidad de datos provisionales.

Este apartado se estructura en cuatro apartados que recogen las principales temáticas planteadas en los objetivos.

1 Trabajo y jubilación. Percepciones sobre la nueva etapa vital

La jubilación es una oportunidad para organizar libremente el tiempo, para dedicarse a lo que uno quiere; así responde buena parte de la población encuestada. Sólo una minoría la contempla como una etapa difícil.

En general se rechaza la extensión de la vida laboral.

En cuanto a la etapa vital, destacaremos algunos aspectos como que este grupo está en general bastante o muy satisfechos con la vida; y más de la mitad perciben su salud como buena o muy buena. Otorgan significados variados al hecho de tener la edad que tienen; por un lado, afirman que sus años les proveen de experiencia, pero también los señalan como la razón de no poder hacer cosas que se hacían de joven; se dispone de más tiempo por la liberación de la jornada de trabajo, pero a veces, y paradójicamente, se percibe que les falta tiempo.

2 Cuidados y otros apoyos informales

El cuestionario abordaba tres tipos de apoyo informal: el cuidado de personas enfermas, con discapacidad o en situación de dependencia, el cuidado de nietos/as mientras los padres trabajan y las ayudas económicas.

Según los resultados de nuestra investigación, un cuarto de las personas entrevistadas prestan el primer tipo de los apoyos citados. Esta tarea concierne en mayor medida a las mujeres, y a personas de edades inferiores a

60 años. La persona destinataria de estos cuidados es mayormente la madre, y a bastante distancia aparecen la figura del padre, pareja y otros familiares.

Los datos apuntan que esta carga de cuidados se refleja en la salud de quien los presta y también en su grado de satisfacción con la vida.

Otro tipo de apoyo recurrente en este grupo de edad y central para nuestra sociedad tal y como se organiza hoy día, es el cuidado de nietos. Algo menos de la mitad de nuestra muestra ha declarado tener nietos; y dentro de este grupo, buena parte cuida de ellos cuando los padres trabajan.

Pero además de los cuidados, este grupo de población también ayuda económicamente a sus familiares, bien sea prestando dinero o acogiéndolos en el domicilio. En ambos casos, los principales receptores de esta ayuda son hijos o hijas mayores de 25 años.

3 El tiempo social de las personas mayores

La ocupación del tiempo, sobre todo después de la jubilación, es una de las vertientes de la investigación social del envejecimiento más analizadas. Se avanzan en este apartado algunas cuestiones sobre cómo valoran la oferta de actividades existentes así como el interés que genera la participación en diferentes actividades de ocio, cultura, voluntariado, etc.

Los programas que más interés suscitan son los de ocio o cultura con personas a fines, en tanto que casi la mitad se interesa por recibir una formación que les permita organizar su actividad y su tiempo durante la época de la jubilación e, incluso, para iniciarse en tareas de voluntariado y participación social.

Las mujeres expresan tener un mayor interés en los programas de ocio y cultura que los hombres, pero apenas si existen diferencias entre los distintos grupos de edad.

Es relevante la opinión mayoritaria de un grupo de población que podemos considerar diáspora a favor de cursos de preparación para la jubilación con el fin de ayudar a planificar u orientar la vida en la etapa posterior a la misma. Ésta es ciertamente cada vez más larga, pues, gracias al incremento progresivo que estamos obteniendo en esperanza de vida.

4 Participación social y voluntariado

Una primera aproximación a la participación social organizada nos ofrece como resultado un notable nivel de pertenencia y/o colaboración con distintos tipos de organizaciones sugeridas, de entre las que destacan las ONG, las asociaciones culturales o de ocio y la Iglesia u organizaciones religiosas.

Existe una buena disposición por parte de la población estudiada de cara a participar en actividades solidarias, como lo demuestra el hecho de que una cuarta parte ya lo haya hecho en los últimos 12 meses o con anterioridad, y cerca de un tercio adicional manifieste su voluntad de hacerlo en el futuro. Si nos detenemos en estas personas a las que les gustaría realizar voluntariado -un potencial latente de más de 3 de cada 10 personas que tienen entre 50 y 69 años.

Estudio cualitativo: Participación, envejecimiento y capital social. Las nuevas generaciones en los límites de la edad laboral y su potencial de participación social. A falta aún de haber concluido el informe de resultados de este estudio, puede sin embargo, anticiparse que se observa la existencia de un periodo de readaptación, que acontece tras la jubilación y que trae consigo una serie de tensiones propias de haber dejado de realizar una actividad que ocupaba mucho tiempo en las agendas diarias. Estas tensiones son de varios tipos: las que tienen que ver con el paso de un tiempo pautado a un tiempo amorfo; la búsqueda de actividad y necesidad de encontrar nuevos quehaceres y la búsqueda de grupos de afinidad nuevos que compensen la caída de la sociabilidad por abandono del trabajo.

Las personas jubiladas tienden a desplazar su energía de actividad desde el ámbito del trabajo abandonado, hacia el doméstico y el del ocio. Sólo algunas redirigen sus actividades hacia el voluntariado o los movimientos sociales; y en general son personas que ya las practicaban antes.

Actividades que generalmente se entendían como personales o familiares, tales como el cuidado de nietos o de personas dependientes, se convierten en participación social en el sentido de contribución a la sociedad, y en muchos casos se viven como elementos de satisfacción personal.

La percepción que este grupo tiene del voluntariado es en general positiva. Sin embargo manifiestan una serie de obstáculos tales como la falta de tiempo, una serie de imágenes negativas que funcionan en torno a las ONG o

la falta de información sobre las opciones reales de este tipo de actividad. Formulan a la vez una serie de demandas que pueden sintetizarse en: requieren de instituciones serias, con prestigio, con proyectos de largo alcance y donde poder volcar la experiencia laboral y personal.

Conclusiones

Este conjunto de investigaciones aborda el tema de la participación social de este segmento de población (las personas mayores de mañana), entendida ésta en un sentido amplio, y por tanto refiriéndonos a aspectos que competen la realización personal (nuevos aprendizajes, cultivo de aficiones, viajes...), el de apoyo familiar, y por supuesto, el ofrecer parte de la energía, esfuerzo, ideas y experiencia a la comunidad ya sea bajo fórmulas de voluntariado, asociacionismo, participación cívica, relaciones intergeneracionales, como fórmulas diversas de incrementar nuestro capital social.

Se ha visto que las aportaciones que este grupo realiza a la sociedad resultan imprescindibles vistas desde el prisma de la solidaridad familiar y del apoyo informal; que tiene también una considerable presencia en otras formulas de participación más de tipo comunitario, pero sobre todo que existe un importante potencial latente de participación al que conviene estimular y dar respuesta para aprovechar así los beneficios que este genera: tanto en el bienestar de las propias personas mayores, como en el refuerzo de la solidaridad entre generaciones y contribución a la construcción de una sociedad integrada y solidaria.

En base a estos resultados se formulan aquí una serie de propuestas que pueden contribuir al desarrollo de medidas que aprovechen y den salida a este potencial participativo:

- La interdependencia y la solidaridad intergeneracional son principios esenciales del envejecimiento activo que deben ser comprendidos y aceptados por la sociedad mediante campañas informativas, porque este enfoque condicionará la forma en que nosotros, nuestros hijos y nuestros nietos, experimentaremos la vida en los años posteriores.
- Las acciones tendentes al reconocimiento social de las personas de 50-69 años en relación a su rol como cuidadoras y prestadoras de ayudas económicas a sus familias, debe realzarse la intensidad (excesiva) de los apoyos que prestan a favor de padres, madres, hijos y nietos. Esta contribución, además de traducirse en bienestar para las familias, también consiste en trabajo no retribuido dentro de la economía del sector informal.
- Que el grado de intensidad detectado por esta generación en el suministro de cuidados se salda con grandes sacrificios, renunciaciones y efectos negativos sobre la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras, en especial de las mujeres, por lo que los apoyos que deben proveerse han de tener en cuenta la perspectiva de género para lograr un mejor reparto entre hombres y mujeres de estas labores.
- La incorporación del paradigma del envejecimiento activo no debe asumirse solo por las personas mayores ni es privativo de las asociaciones que las representan. Por tanto, se recomienda desarrollar actuaciones y proyectos relacionados con el envejecimiento en centros escolares, universidades, asociaciones culturales, de vecinos, de mujeres, etc. desde la perspectiva de ciclo vital y haciendo efectivo su enfoque intergeneracional.
- Muchas personas necesitan aliento y estímulo para decidirse a formar parte de acciones voluntarias, por lo que se recomienda realizar campañas informativas y actividades de formación personalizada que muestren la variedad de formas de voluntariado existente, así como de otras alternativas que se podrían elaborar, a partir de las preferencias de las propias personas interesadas y según sus contextos comunitarios.

Bibliografía:

- ABAYS ANALISTAS, S. L (2008): La participación social de las personas mayores. Madrid: IMSERSO
- AYMERICH M., M. PLANES y M.E. GRAS (2010): «La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo», Anales de Psicología, vol. 26, nº 1, 80-88.
- BARRIO (del) E. (2007): «Uso del tiempo entre las personas mayores» Boletín Perfiles y tendencias Nº 27. Madrid: IMSERSO.
- BÖRSCH-SUPAN, A., A. BRUGIAVINI, H. JÜRGES, A. KAPTEYN, J. MACKENBACH, J. SIEGRIST and G. WEBER. (2008): Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007). Starting the longitudinal dimension.

Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

- COLECTIVO IOÉ (1995): «El proyecto +60 de Prosperidad (Madrid): Una intervención de voluntarios basada en la IAP» en Rodríguez, P y Colectivo IOÉ: Voluntariado y personas mayores. Madrid: IMSERSO.
- COMISIÓN EUROPEA (2011): Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de septiembre de 2011 sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012) Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea.
- CONSEJO ESTATAL DE LAS PERSONAS MAYORES (2009): Ponencia Envejecimiento y participación. Madrid: IMSERSO.
- DURÁN, M^a.A. (2012): El trabajo no remunerado en la economía global. Bilbao: Fundación BBVA.
- EUROSTAT (2011): Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- IMSERSO (2011): Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002): «Envejecimiento activo: un marco político» Revista Española de Geriatria y Gerontología 2002;37(S2):74-105.
- PÉREZ DÍAZ, V. y J.C. RODRÍGUEZ (2007): La generación de la transición: entre el trabajo y la jubilación. Barcelona: Fundación la Caixa.
- PÉREZ ORTIZ, L. (2007): Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- PLATAFORMA DE VOLUNTARIADO DE ESPAÑA (2011): Diagnóstico de la situación del voluntariado de Acción Social en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- PUTNAM, R. (1993): Making Democracy Work. Civic traditions in Modern Italy. Princeton, Princeton University Press, 1993.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011) «Economía del envejecimiento» en VV.AA (2011): Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.
- — (1997) Participación social de las personas mayores. Madrid: IMSERSO.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006): «Las mujeres mayores y las oportunidades de la edad», en A. CALVO, M. GARCÍA, T. SUSINOS: Mujeres en la periferia. Debates sobre género y exclusión social. Barcelona: Icaria.
- — (2005): «El apoyo informal en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía» Revista Española de Geriatria y Gerontología, 40 (supl.3): 5-15.
- — (1992): «La preparación a la jubilación, asignatura pendiente en España» en VV.AA., Preparación a la jubilación, Madrid: UDP.
- RODRÍGUEZ, P y COLECTIVO IOÉ (1995), Voluntariado y personas mayores. Madrid: IMSERSO
- SUBIRATS HUMET, J.; y M. PÉREZ SALANOV A, (2011): «Diversidad y participación de las personas mayores» en VV.AA (2011): Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.
- SUBIRATS, J. (1992): La vejez como oportunidad: un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor. Madrid: IMSERSO.
- ZURDO, A (2011): «Voluntariado y procesos democráticos en la sociedad contemporánea» Revista del Tercer Sector, 18.

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Nuevas personas mayores, nuevas propuestas de participación y compromiso social](#)



PATRONATO

Presidenta: Pilar Rodríguez Rodríguez

Secretario: Gonzalo Berzosa Zaballos

Vocales: Carlos Fernández Elípe

Gabriel Gallardo Reyes

Clarisa Ramos Feijóo

Gregorio Rodríguez Cabrero

Cristina Rodríguez Porrero

Julián Soriano Flores de Lemus

Antoni Vilà Mancebo



Diapositiva 1

Diapositiva 2



PATRONATO

Presidenta: Pilar Rodríguez Rodríguez
Secretario: Gonzalo Berzosa Zaballos
Vocales: Carlos Fernández Elípe
Gabriel Gallardo Reyes
Clarisa Ramos Feijóo
Gregorio Rodríguez Cabrero
Cristina Rodríguez Porrero
Julián Soriano Flores de Lemus
Antoni Vilà Mancebo

FUNDACIÓN PILARES

PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL

MISIÓN

La defensa de la igualdad de todas las personas y de la dignidad de la vida humana a lo largo de todo el ciclo vital mediante la promoción de la **autonomía personal**, la **participación social**, el **ejercicio de derechos**, la **calidad de la atención** cuando ésta se requiere y el **incremento de la calidad de vida** de personas y grupos que se encuentren en riesgo o en situaciones de discriminación, carencia, fragilidad, discapacidad, dependencia, marginalidad, o conflictos personales.

Diapositiva 3

Diapositiva 4

NUEVAS PERSONAS MAYORES, NUEVAS PROPUESTAS DE PARTICIPACIÓN Y COMPROMISO SOCIAL



*Congreso internacional sobre
envejecimiento activo "Preparando
nuestro futuro"*

La línea de investigación de la Fundación
Pilares para la autonomía personal sobre
participación social



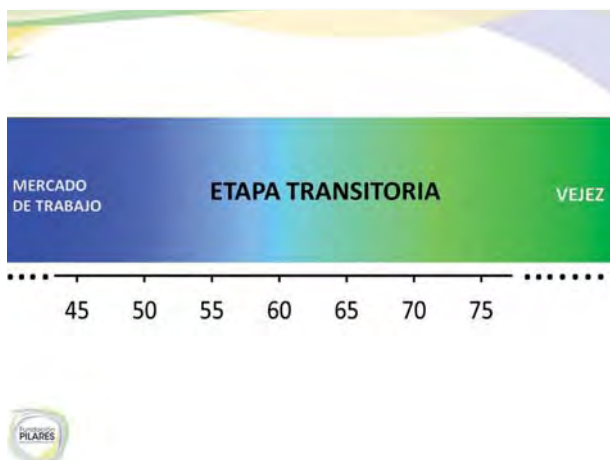
OBJETIVO GENERAL

Incrementar el conocimiento en el ámbito de la participación social de las personas que se encuentran en las cohortes de 50 a 70 años de edad, desde la óptica del envejecimiento activo y desde las diferentes posiciones que ocupan en relación con la actividad laboral, con el fin de describir sus percepciones, actitudes, demandas, necesidades y expectativas para el momento actual y para el futuro en relación con las diversas manifestaciones de dicha participación.



Diapositiva 5

Diapositiva 6



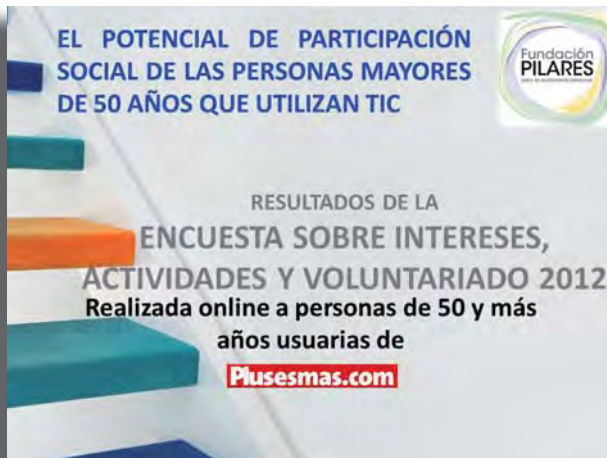
METODOLOGÍA

Complementariedad metodológica:

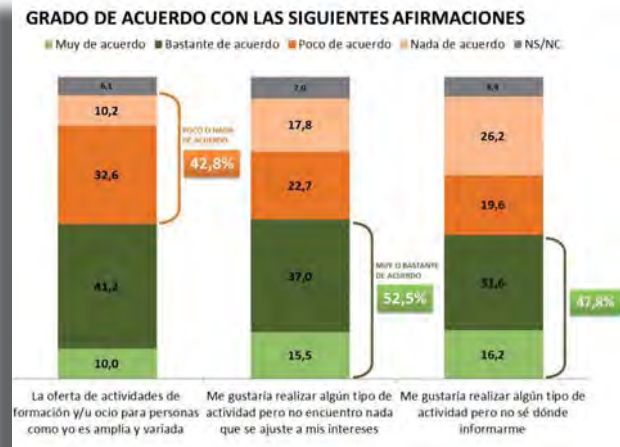
- Revisión bibliográfica y explotación de fuentes secundarias
- Encuesta online a personas de 50 y más años usuarios de plusesmas.com
- Estudio cualitativo a personas de entre 50 y 69
- Encuesta estadística a una muestra representativa a nivel nacional de personas entre 50 y 69 años



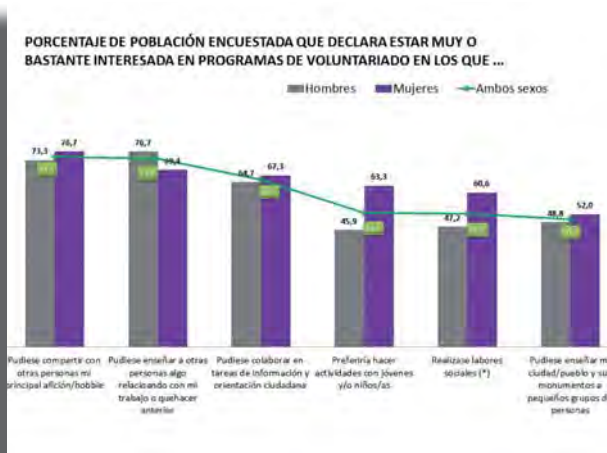
Diapositiva 7



Diapositiva 8



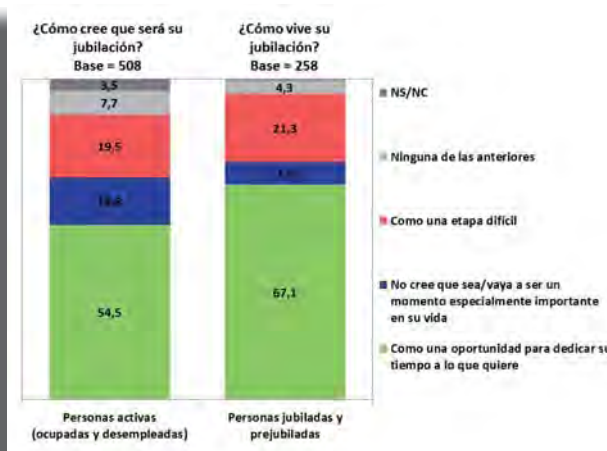
Diapositiva 9



Diapositiva 10



Diapositiva 11



Diapositiva 12



Diapositiva 13



Diapositiva 14

Fundación PILARES

PRIMERAS CONCLUSIONES

ESTUDIO CUALITATIVO
NUEVOS ESCENARIOS SOCIALES EN LOS LÍMITES DE LA VIDA LABORAL
 Una exploración de los estilos de vida y la participación social tras el fin del periodo laboral de la persona

DANIEL PRIETO SANCHO
 DIEGO HERRANZ ANDÚJAR

Diapositiva 15



Diapositiva 16



Diapositiva 17

SE CONCEBE EL VOLUNTARIADO DE MANERA POSITIVA EN GENERAL, SIN EMBARGO:

OBSTÁCULOS:

- MUCHOS NO ENCUENTRAN TIEMPO (PROBLEMA DE TIEMPO SUBJETIVO)
- IMÁGENES NEGATIVAS: VOLUNTARIADO MISERABILISTA, E IDEAS SOBRE LA CORRUPCIÓN DE ONGS
- FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE LA OFERTA DE VOLUNTARIADO

QUÉ ELEMENTOS FUNCIONARON COMO PROPICIADORES EN EL CASO DE LAS PERSONAS QUE EJERCEN VOLUNTARIADO:

- ALGUIEN CERCANO LES INICIÓ

DEMANDAS:

- SE DEMANDA INSTITUCIONES SERIAS, CON PRESTIGIO, CON PROYECTOS DE LARGO ALCANCE Y DONDE PODER VOLCAR LA EXPERIENCIA LABORAL Y PERSONAL

Fundación PILARES

Diapositiva 18

CV y necesidades percibidas: Muestra (5)

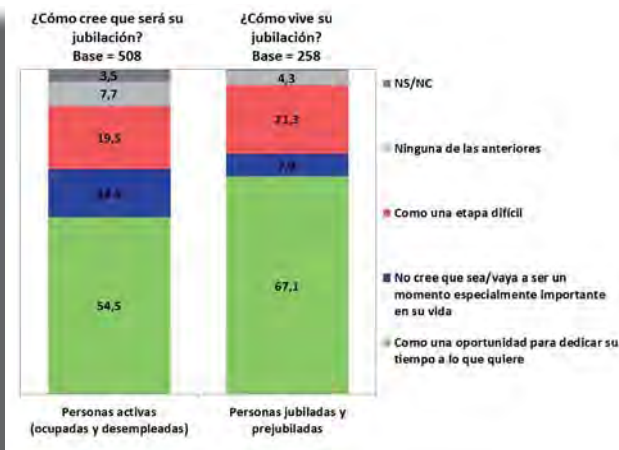
Otras variables:

- ✓ La mitad, 52,9%, solteros; 30,5%, casados; 11,2%, viudos; 5,3%, otras situaciones;
- ✓ Nivel cultural bajo, en el 86,2%;
- ✓ 52,6%, pensionistas; 13,6%, jubilados; 12,9% amas de casa; en activo, 14,5%; en paro, 6,3%;
- ✓ 13,0%, salario; 46,2%, pensión no contributiva; 25,2%, pensión contributiva; 0,5%, otras situaciones; 1,0%, sin ingresos fijos; 5,0%, sin ingresos.

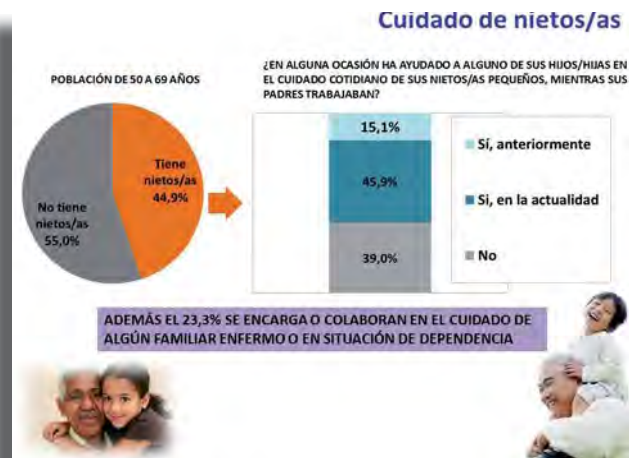
5,0% SIN INGRESOS (129 PcD).
 Investigación sobre discapacidad y envejecimiento

18

Diapositiva 19



Diapositiva 20



Diapositiva 21



Diapositiva 22

CONCLUSIONES

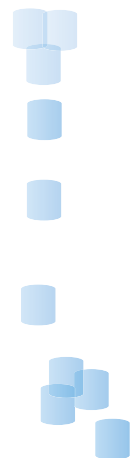
- Tender puentes desde los ámbitos de desarrollo personal a lo colectivo
- Favorecer la implicación social desde antes de la jubilación
- Canalizar el valor de la experiencia al ámbito de lo social

Diapositiva 23

MUCHAS GRACIAS

penelopecastejon@fundaciónpilares.org

www.fundacionpilares.org



Vivir en una Residencia sin ataduras. Sistemas alternativos a la sujeción en personas mayores

Rosa Santiago Calviño

Caser residencial A Zapateira. A Coruña

Seiscientos cincuenta millones de personas en el mundo viven con una discapacidad. Es la mayor minoría: 10% de la población mundial.

En los países donde la esperanza de vida es mayor de 70 años, en promedio alrededor de 8 años, el 1,5% de la vida de un individuo, transcurre con discapacidades.

La convención de Naciones Unidas sobre derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD) fue aprobada el 16 de diciembre de 2.006 y ratificada por España el 30 de marzo de 2.007. Entrando en vigor el 12 de mayo de 2.008.

En la Convención se definieron conceptos referentes a la discapacidad tales como:

- Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Art. 1 CNUDPD.
- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas. Art. 3-A) CNUDPD
- Tiene como obligación proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo. Art. 4-h) CNUDPD.

Otros derechos contemplados en la CNUDPD

- Art. 14. Derecho a la libertad.
- Art. 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- Art. 18. Libertad de desplazamiento.
- Art. 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.
- Art. 20. Movilidad personal. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:
 - Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen.
 - Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad

- Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad

En España no existe legislación común específica sobre sujeciones.

Muy poca regulación autonómica: Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

En Galicia existe un "Protocolo da Inspección de Servizos Sociais sobre os centros de maiores, discapacidade e dependencia da Comunidade Autónoma de Galicia" y "Guía de Atención Coordinada contra el maltrato de personas mayores o con discapacidad de la Xunta de Galicia". En dicha guía se hace referencia al que el uso indebido de sujeciones o el mal uso de las mismas, constituye una forma de maltrato hacia la persona mayor.

El uso de contenciones físicas se incluye como segundo factor de riesgo de sufrir malos tratos en las instituciones.

La demencia es el principal motivo de institucionalización por la incapacidad funcional y los trastornos de conducta que con elevada frecuencia aparecen a lo largo de la enfermedad y es la patología por la cual se utilizan mayor número de sujeciones.

Una restricción física es toda limitación intencionada de la expresión espontánea o el comportamiento de una persona, de la libertad de movimientos, de su actividad física o del normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella del que no pueda liberarse con facilidad y no sea considerado como una ayuda técnica para promover su autonomía

España el país con mayor uso de restricciones del mundo occidental con 40% .

El uso de restricciones trae como consecuencia

- Úlceras por Presión.
- Infecciones.
- Incontinencias (urinaria y fecal).
- Disminución del apetito.
- Estreñimiento.
- Pérdida del tono muscular
- Atrofia y debilidad. Miedo / Pánico.
- Vergüenza
- Ira / Agresividad.
- Depresión.
- Aislamiento Social.
- Retiro/ Apatía.

El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir lograr el máximo grado de independencia física y mental o capacidad funcional, y la mejor calidad de vida posible.

Existen alternativas a las restricciones como la utilización de elementos alternativos a las sujeciones tradicionales, que no restrinjan los movimientos del usuario, para lograr implementarlas es importante concienciar a familiares y personal de cuidadores de la necesidad de eliminación de sujeciones.

Desde el inicio de la revisión y eliminación de las restricciones físicas se ha apreciado una disminución del número total de caídas y de las lesiones producidas por ellas con altos índices de satisfacción de usuarios y familiares.

Bibliografía

- 1.- Convención de Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad (CNUDPD)
- 2.- Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.
- 3.- Protocolo da Inspección de Servizos Sociais sobre os centros de maiores, discapacidade e dependencia da Comunidade Autónoma de Galicia.
- 4.- Guía de atención coordinada contra el maltrato de personas mayores o con discapacidad (Xunta de Galicia)
- 5.- Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. CEOMA Organización de Mayores.

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

[Vivir en una residencia sin ataduras](#)



Diapositiva 1



Vivir en una Residencia sin
ataduras. Caser Residencial

A Zapateira – Coruña




Ponente:
Rosa Santiago Calvino
Médico Caser Residencial
A Zapateira

Diapositiva 2



OJEADA AL MUNDO

SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PERSONAS en el mundo viven con una discapacidad.

Es la mayor minoría: 10 % de la población mundial.

Diapositiva 3



El porcentaje **aumenta** debido al crecimiento de la población, los avances de la medicina y el proceso de envejecimiento (OMS).

En los países donde la esperanza de vida es mayor de 70 años, en promedio **alrededor de 8 años, o el 11,5% de la vida de un individuo, transcurre con incapacidades.**

Diapositiva 4



CONVENCIÓN DE NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CNUDPD)

- Aprobada el 16 de diciembre de 2.006.
- Ratificada por España el 30 de marzo de 2.007.
- Entrada en vigor: 12 de mayo de 2.008.
- Derecho interno. Art. 96 CC.

Diapositiva 5

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, **al interactuar con diversas barreras**, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. **Art. 1 CNUDPD.**

Diapositiva 6

Principios

El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.

Art. 3-A) CNUDPD.



Diapositiva 7



Regulación en España

No existe legislación común específica sobre sujeciones. Indirectamente: art. 762 o 763 LEC; arts. 158 en relación con el art. 216 CC.

Muy poca regulación autonómica: Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

Diapositiva 8



Protocolos en las administraciones

Galicia: Protocolo da Inspección de Servizos Sociais sobre os centros de maiores, discapacidade e dependencia da Comunidade Autónoma de Galicia.

Diapositiva 9



Guía de Atención Coordinada contra el maltrato de personas mayores o con discapacidad

(Xunta de Galicia)

El uso indebido de sujeciones o el mal uso de las mismas constituye una forma de maltrato hacia la persona mayor.

El uso de contenciones físicas se incluye como segundo factor de riesgo de sufrir malos tratos en las instituciones.

Diapositiva 10



Demencia, patología común

La demencia, en su conjunto afecta a cerca del 5% de las personas de 65 años, incrementándose de forma exponencial según avanza la edad, hasta alcanzar cifras de alrededor del 30% a los 85 años.

Diapositiva 11



Demencia, patología común

La demencia es el principal motivo de institucionalización por la incapacidad funcional y los trastornos de conducta que con elevada frecuencia aparecen a lo largo de la enfermedad

Diapositiva 12



SÍNTOMAS

- PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO
- DEAMBULACIÓN
- VAGABUNDEO
- AGITACIÓN
- AGRESIVIDAD



Diapositiva 13

Tipos de restricciones

Restricciones físicas



Restricciones químicas



Diapositiva 14

¿Qué es una restricción física?

La limitación intencionada de la expresión espontánea o el comportamiento de una persona, de la libertad de movimientos, de su actividad física o del normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella del que no pueda liberarse con facilidad y no sea considerado como una ayuda técnica para promover su autonomía

Diapositiva 15

¿Qué es una restricción química?

Utilización de aquellos fármacos que fundamentalmente actúan a nivel del Sistema Nervioso Central

Limitando la capacidad funcional de la persona, tales como psicotrópicos y tranquilizantes cuando no sean utilizados con fines terapéuticos sino

Con la única finalidad de anular su conducta

Diapositiva 16

PREVALENCIA

Dinamarca	Francia	Islandia	Italia
2.20%	17.10%	8.50%	16.60%
Japón	España	Suecia	EEUU
4.50%	39.60%	15.20%	16.50%

COMPARACION DEL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN 8 PAISES (Ljunggren, 1997)

Diapositiva 17

PREVALENCIA

España el país con mayor uso de restricciones del mundo occidental



Diapositiva 18

FACTORES DE RIESGO SUJECCION EN RESIDENCIAS

- Deterioro funcional físico.
- Ser mujer.
- Deterioro cognitivo.
- Edad avanzada.
- Conducta inapropiada.
- Necesidad de cuidados médicos instrumentales.
- Riesgo de caídas.
- Uso de drogas psicotrópicas.
- Localización geográfica del centro de cuidados.
- Pobreza.
- Desarraigo familiar.
- Déficit de formación de los cuidadores

Diapositiva 19



EFFECTOS ADVERSOS FÍSICOS

- Úlceras por Presión.
- Infecciones.
- Incontinencias (urinaria y fecal).
- Disminución del apetito.
- Estreñimiento.
- Pérdida del tono muscular
- Atrofia y debilidad.



Diapositiva 20



EFFECTOS ADVERSOS PSICOLÓGICOS

- Miedo / Pánico.
- Vergüenza
- Ira / Agresividad.
- Depresión.
- Aislamiento Social.
- Retiro/ Apatía.



Diapositiva 21



EFFECTOS ADVERSOS RIESGO DE LESIONES DIRECTAS

- En plexos nerviosos (chalecos y muñequeras Conjuntos)
- Isquemia en manos y pelvis después de 24h
- Lesiones en piel: laceraciones, hematomas
- Dolor
- Asfixia al enredarse con la sujeción
- Muerte súbita tras periodo prolongado de agitación y forcejeo



Diapositiva 22



EFFECTOS ADVERSOS RIESGO DE LESIONES DIRECTAS

ASFIXIA / ESTRANGULAMIENTO POSICIONAL



Restraint Free and Fall Proof Environments. Holly L. Brown. Bell Hodgson Woodruff School of Nursing



Diapositiva 23



EFFECTOS ADVERSOS RIESGO DE LESIONES DIRECTAS



Restraint Free and Fall Proof Environments. Holly L. Brown. Bell Hodgson Woodruff School of Nursing
E. Fariña-López / Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2011;46(1):36-42.



Diapositiva 24



NO USAR

- 1) Como castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona.
- 2) Por conveniencia o comodidad del personal o de otros residentes, como sustitutivo de vigilancia.
- 3) En el momento del ingreso, para evitar la realización de una valoración geriátrica que revise su indicación.
- 4) Evitar caídas.
- 5) Manejo de comportamientos disruptivos.



Diapositiva 25



ES FALSO QUE:

- El uso de sujeciones previene de caídas y lesiones resultantes.
- Las sujeciones corrigen la postura.
- Las sujeciones previenen la deambulación con riesgo.
- Las sujeciones previenen la interferencia con el tratamiento médico.
- La falta de personal idóneo hace necesario el uso de sujeciones.
- Atender a las personas es más fácil y se realiza de forma más eficiente mediante el uso de sujeciones.
- Los centros que utilizan sujeciones son menos vulnerables a las sanciones legales.



Diapositiva 26



...

En el pasado, las sujeciones físicas se consideraban como medidas que garantizaban la seguridad. Pero diferentes estudios han ofrecido evidencias de lo contrario: Utilizando sujeciones no se reduce el riesgo de caídas y las lesiones relacionadas con ellas. Eliminar las sujeciones no incrementa el riesgo de caídas y de lesiones. Tinetti et al, encontraron que las personas con sujeciones presentaban un riesgo tres veces superior a sufrir lesiones a consecuencia de caídas, que aquellas personas sin sujeciones.



Diapositiva 27



Resultados de la Experiencia en Torrezuri

- 1) Disminución nº total de caídas.
- 2) Mejora equilibrio (Prueba de Tinetti Simplificada).
- 3) Disminución nº de caídas con consecuencias graves.
- 4) Disminución Burn Out de las personas de atención directa.
- 5) Altos índices de Satisfacción de Usuarios y Familiares.



Diapositiva 28



ALTERNATIVAS






Diapositiva 29



ALTERNATIVAS




Diapositiva 30



ALTERNATIVAS



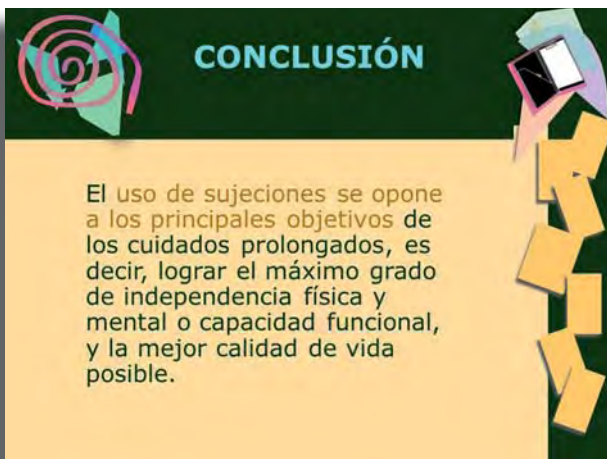

Diapositiva 31



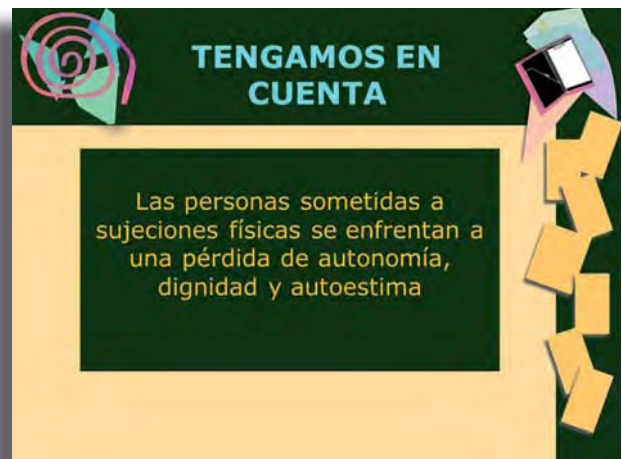
Diapositiva 32



Diapositiva 33



Diapositiva 34



Diapositiva 35



Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

| Preparando nuestro futuro



Moito ^{por} vivir
_{por} disfrutar

Talleres



Taller:

Taller práctico: el arte y la ciencia del cuidador eficaz

Alfredo Gómez Pedra

Maria José Lozano Lorenzo

Según datos estadísticos, el Cuidador Principal (CP) de Personas Dependientes (PD), tiende a “olvidarse” de sus propias necesidades de atención y focaliza todo su tiempo en la persona o personas objeto de su ayuda. A veces, llegando a situaciones extremas de identificación con los enfermos y/o incapacitados. Esto tiene consecuencias nefastas, ya que la falta de perspectiva y objetividad, puede desembocar muchas veces en tragedias. Pero sin llegar a estos extremos, el CP de manera “natural” deja de mirar su vida y a los suyos (su propia familia o a los miembros no dependientes, que también quieren disfrutar de su compañía), generando un círculo vicioso bajo lemas como “ella o él me necesita más”, “es más importante”, “están enfermos o incapacitados”, etc. El caso es que cuando “no se está” con la PD, aparecen sentimientos de culpa y se prefiere seguir a su lado todo el día. Esta manera de hacer, típica del CP, acaba con su salud y por otra parte, la calidad del cuidado a la PD, mina hasta que se acaba.

Esta dinámica es paralela a otras que podemos encontrar en los cuidadores profesionales. No ser consciente de las consecuencias que comporta la “relación de ayuda” puede ser fuente de trastornos, de incomodidades, de frustraciones en el ejercicio de la profesión. Por eso se hace indispensable una reflexión para ir allá donde el cuidador puede descubrir recursos que le permitan gestionar las emociones y el estrés que comporta la “relación de ayuda”

Así pues, hay diferentes formas de dar ayuda: la de los familiares, los profesionales de la salud, las personas voluntarias y otros. En todos los casos, se hace imprescindible SABER CUIDARSE PARA CUIDAR MEJOR. Proponemos un taller de prevención y cuidado para facilitar a los cuidadores formales y no formales, de PD, herramientas adecuadas para mantener e incrementar su salud mientras realizan su trabajo: el arte y la ciencia del cuidador eficaz.

Este entrenamiento, sobre lo esencial, se enmarca en el descubrimiento y aprendizaje de los elementos de “Cualidad Humana” (expresión empleada para anotar la necesidad de la presencia de valores en personas, empresas e instituciones), que aporta importantes beneficios en el ámbito de la motivación y la comunicación. Podríamos también enmarcar este entrenamiento, en referencia a los cuidadores profesionales, dentro del ámbito de los intangibles empresariales o institucionales (ver también los aportes de la Responsabilidad Social Corporativa o Business Ethics)

La motivación, la gestión del estrés, el saber tratar a las PD, la capacidad de trabajo en equipo,... no son exclusivamente objeto de responsabilidad única de la institución. El profesional de ayuda es responsable de cómo él es, de cómo él se conoce y de cómo él ensambla su crecimiento personal con su crecimiento profesional. Paralelamente, podemos afirmar lo mismo de los cuidadores principales: el correcto desarrollo personal, siendo consciente de sus limitaciones y de sus recursos influye decisivamente en una buena atención a la PD, y una mejor armonía con el equipo profesional

Así, el profesional y el cuidador se confrontan ante estos hechos: su propia motivación, su propia capacidad de gestionar el estrés, su capacidad de relación, ... y se da cuenta de que sobrellevar estos temas va más allá de sus conocimientos teóricos, o de su vinculación familiar con la PD. Ciertamente existen aprendizajes en técnicas de comunicación y de gestión de intangibles. La especificidad de este entrenamiento es dirigir la atención no sobre un listado de contenidos o actitudes a conseguir, sino centrarse en el mismo profesional/cuidador, y en sí mismo

como sustento de todo contenido y actitud.

La maduración profesional, en la profesión de ayuda, no está alejada de la personal, ni está alejada de integrar las grandes cuestiones existenciales y éticas en un paquete de aptitudes que acompañan la preparación técnica.

La profesión de ayuda o el cuidar, como ninguna otra actividad, exige una complicidad con el mundo interior del profesional/cuidador, mucho más exigente que en otros ámbitos. Y la razón es clara: la base del trabajo es la relación, y la confrontación con las situaciones límites del ser humano: sufrimiento, dependencia y muerte. Este entrenamiento es un acercamiento a este mundo interior, que no es ni mucho menos una reducción psicologista, sino el cultivo comprobable y patente del fondo esencial de cada persona.

El acceso a lo interior es situarnos en un momento previo a la reflexión ética, diferente de un enfoque psicoterapéutico, y apartado del discurso racional-especulativo. Desde este lugar interior la experiencia propia, es percibida como un valor real, y vivida con la misma fuerza que el aprendizaje técnico.

¿Por qué realizar este acercamiento desde el mundo profesional? Se justifica por las duras exigencias de la sociedad actual: las cada día más duras leyes del mercado económico, por la crisis que nos envuelve, la duda constante sobre todas las instituciones,... Estas condiciones acentúan la dicotomía existente entre unas exigencias empresariales impuestas a las empresas e instituciones de servicios, exigencias que se transmiten a los empleados, y unas expectativas de los propios empleados que se acogen a experiencias y motivaciones de orden existencial.

¿Por qué realizar este acercamiento desde el lugar del cuidador informal, el familiar? El aumento de la esperanza de vida, los largos periodos de dependencia antes de la muerte, la caída de la familia extensiva hacia un modelo totalmente nuclear e incluso desestructurado, los imperativos económicos de los propios cuidadores,... Son suficientes causas sociológicas que se reflejan en nuevas perspectivas existenciales, para el cuidador, con sus luces y sus sombras.

Por tanto, las expectativas que ha de cumplir el profesional o el cuidador son tan ambiciosas que no permiten la aplicación general de unas normas comunes. Todo se convierte en un camino particular en el que cada profesional o cuidador, desde sí mismo, podrá encontrar su respuesta, una respuesta, que en su originalidad, no son palabras, sino la percepción de lo esencial. En esa percepción radicará su fuerza, y a posteriori, radicará su discurso ético y motivacional, que le permitirán estar al profesional en su profesión y en su trabajo, y al cuidador en su relación, con la persona que quiere y ayuda, con plena autenticidad.

Este entrenamiento permite mostrar las herramientas y las señales para que cada profesional/cuidador pueda encontrar ese camino hacia sí mismo. En él se muestran indicadores, pequeñas luces, señales,... Acceder al propio mundo interior es una aventura sin límite, que permite ir desplegando aptitudes, nuevos planteamientos, nuevas intuiciones, nuevos sentidos, que iluminan la vida profesional y personal.

Un camino que no concluye con este entrenamiento. La continuidad de este trabajo signifi ca profundizar en este camino iniciado, prevista en la metodología expuesta.

Objetivos

- Conseguir una mayor comprensión del proceso de ayuda
- Prevenir “el síndrome del cuidador” en familiares y cuidadores
- Prevenir “el burn-out” profesional.

Contenido

- El proceso de ayuda en las fases del ciclo vital.
- Diferentes perspectivas de dar ayuda: la familiar, la profesional y la del cuidador no formal.
- Dinámicas para el autocuidado.
- Técnicas de manejo de emociones y estrés del que presta ayuda.

Metodología

Modelado Conductual Evolutivo (DBM®) de John McWhirter

Programación Neurolingüística – Técnicas grupales -

Hipnosis Ericksoniana, Coaching Transpersonal y la Terapia Sistémica de Bert Hellinger, entre otros.

Bibliografía

- Hellinger, Bert. (2006) Los órdenes de la ayuda. Buenos Aires. Alma Lépik.
- Ituarte A. (1992). Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico. Madrid. Siglo XXI
- Jeffrey S. Applegate, Janet R & Shapiro. (2005). Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practise. Boston. W.W.
- McWhirter J. (2005). Development Behaviour Modelling (DBM®). Disponible en www.sensorysystems.co.uk, rescatado el día 7 de noviembre de 2008.
- Northen H. Clinical Social Work. (1995). Knowledge and Skills. New York. Columbia University .
- Petzold, H. (1985) Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, psychotherapie, soziotherapie. München. Pfeiffer Verlag
- Corbí, M. (2012) Reflexiones sobre la cualidad humana en una época de cambios. Barcelona. Verloc

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

Taller práctico: el arte y la ciencia del cuidador eficaz

**CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO
PREPARANDO NUESTRO FUTURO**
A Coruña, 15 y 16 noviembre 2012

EL ARTE Y LA CIENCIA DEL CUIDADOR EFICAZ

Ponentes:

*Alfredo Gómez Pedra. Consultor/Formador de gestión gerontológica y sociosanitaria
María José Lozano Lorenzo. Trabajadora Social y Coach*



CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO
PREPARANDO NUESTRO FUTURO
A Coruña, 15 y 16 noviembre 2012

EL ARTE Y LA CIENCIA DEL CUIDADOR EFICAZ

Ponentes:
Alfredo Gómez Pedra, Consultor/Formador de gestión gerontológica y sociosanitaria
María José Lozano Lorenzo, Trabajadora Social y Coach

Diapositiva 1

Diapositiva 2

- *¿cómo trabajar cada día sin perder la ilusión, sin depender del personal, del dinero y de mis problemas?*
- *¿Se puede ayudar realmente, sin hacerme daño, cuando se ha perdido la ilusión, la fuerza, o estamos agobiados con problemas?*

Diapositiva 3

Diapositiva 4

¿CÓMO VIVIMOS EL CUIDADO / LA PROFESIÓN?

- Existe una exigencia latente en esta ocupación/profesión "Debemos ser buenos", "no podemos fallar"
Esta exigencia crea una tensión entre lo real (lo que soy) y lo irreal (lo que debería ser y no soy)
Esta tensión nos lleva a "llevarnos" el trabajo (mentalmente) a casa, a tener siempre la sensación de no hacer las cosas del todo bien, a que siempre "falte algo". En definitiva se convierte en una fuente de malestares psicosomáticos que nos limitan la vida.
- "Sin implicarse" Cuando se ha vivido la experiencia frustrante de "intentar ser bueno, ser perfecto", queda la alternativa de "no implicarse"
El hecho es que este método produce un rompimiento interior. La profesión de ayuda, el cuidado, es "pura" comunicación (con métodos y técnicas diversas) entre humanos, y en esta comunicación siempre se entrega algo de uno mismo, aunque no se quiera entregar, y viceversa, siempre se recibe algo del otro: esté como esté, sea quien sea: niño, anciano o enfermo.

• "Daría lo que fuera para que..."

El síndrome de codependencia, síndrome de ayuda. Extremo del peligro de la relación de ayuda. La necesidad de ayudar como patología. El olvidarse de uno mismo. Ya no es un condicionante social, es algo mucho más interno: una carencia en la personalidad.

No es lo mismo ser cuidador formal (profesional) en el que puedo romper la relación y el familiar en el que la relación no se puede romper.

Diapositiva 5

Diapositiva 6

- Esto es un dibujo amplio y simplificado. Nadie está al cien por cien en uno o en otro. Todos nos movemos en la ambivalencia, y dependiendo de nuestra situación personal ponemos o quitamos de uno u otro.

¿HAY UNA MANERA DE VIVIR EL CUIDADO / LA PROFESIÓN DIFERENTE?

- Que su rutina no me produzca aburrimiento, sino que disfrute.
- Que pueda sentir un profundo respeto ante el niño/anciano/enfermo que está frente a mí.
- Que no tenga que "esforzarme" en ser amable, que sea connatural a mí.
- Que no tenga que "esforzarme" en ser "bueno".
- Que sepa poner límites para tener mi propia vida.
- Que me afecte poco el que haya poco/mucho personal, es decir que afecte solo a lo cuantitativo (a la cantidad).
- Que no me hundan las críticas o comentarios sobre mi manera de hacer.
- Que no proyecte mis problemas personales.
- Que no esté enganchado en el trabajo cuando estoy en casa.
- Que me sienta "bien" al realizarla.
- Que...

Diapositiva 7

- Esa manera de vivir la atención / la profesión está en cada uno, no está fuera, no se aprende fuera, no es una técnica nueva: está dentro de cada uno. Por tanto el acceso a ella es gratis y siempre accesible.

Diapositiva 8

- "Bucear" en nosotros no es fácil. Estamos acostumbrados a hacer el ejercicio contrario: *"ir más allá de nosotros"*. Toda nuestra vida nos la pasamos de un lugar a otro recogiendo "cosas" para nosotros.
 - Desde nuestra infancia nos dan información, nos dicen qué tenemos que hacer, cómo nos tenemos que comportar, dónde tenemos que ir,...
- No queda espacio para hacer el camino contrario, se da por supuesto que no tenemos nada, cuando este es el error: estamos llenos, estamos completos.
- Confundimos los "contenidos" que necesitamos para realizar una función determinada, con lo "esencial" de nosotros mismos, que necesitamos para mantener la ilusión, la fuerza, la iniciativa,...**

Diapositiva 9

HERRAMIENTAS PARA LLEGAR A UNO MISMO

- Las herramientas para llegar a uno mismo, solo pueden ser de uno mismo. Nuestro objetivo es llegar a "la hoja en blanco" de nosotros mismo. Al lugar en que nuestra vida no se mueve, no cambia, pase lo que pase.

Diapositiva 10

La confianza

- La confianza proviene, se adquiere:

Diapositiva 11

En la infancia: la confianza básica del niño en quien le cuida



Diapositiva 12

En la adolescencia: El adolescente esconde su confianza original y se entrega al "mundo"



Diapositiva 19

- **La confianza es lo contrario al miedo**, y el miedo es una emoción (buena y necesaria) que abre la puerta a la agresión, la ira, el egoísmo.
- Al experimentar la confianza en nosotros mismos, y más allá de nosotros mismos, se abre una nueva manera de relación con nosotros mismo, con los demás, y con el resto del mundo que nos envuelve.

Diapositiva 20

- La confianza básica (hoy así llamada) no es propiedad de nadie, es de cada uno, y está en cada uno.

Diapositiva 21

El silencio

- El silencio no es no-hablar.
- El silencio no es falta de ruido.
- El silencio es cuando somos capaces de callar nuestra mente, nuestras emociones.
- En el silencio vivimos el presente, el instante, con la mayor intensidad.

Diapositiva 22

- El silencio empieza siendo un método que relaja y tranquiliza, y nos lleva a lo esencial de nosotros mismos.
- Es un camino largo y laborioso.
- Es un camino que nos muestra nuestra "página en blanco"

Diapositiva 23

- Cuando hacemos silencio en nuestra mente y en nuestras emociones.
- Cuando realmente el pasado y el futuro ya no están, y estamos realmente en el ahora,
- entramos en una sensación muy sutil de paz, de tranquilidad, y en esa sensación se percibe la confianza.
- Y con la confianza, el asentir a todo, y con ello la bondad y la compasión.

Diapositiva 24

- El silencio empieza siendo una técnica, y en la perseverancia de la técnica termina como actitud fundamental.
- El silencio acaba por acompañar siempre a la persona, independientemente del ruido exterior.
- El silencio es la conciencia de conocer lo esencial y lo no esencial de uno mismo.

Moito ^{por} vivir
^{por} disfrutar

Taller:

Alteraciones del equilibrio en los ancianos y riesgo de caídas: métodos de detección y estrategias de prevención mediante el empleo de la rehabilitación vestibular

Andrés Soto Varela

Sofía Santos Pérez

Ana Faraldo García

Caídas en los ancianos y sus repercusiones.

Las sociedades occidentales están sufriendo un envejecimiento progresivo de la población, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la fecundidad. En la población española, el 16.61% de las personas son mayores de 65 años, alcanzando un 21.57% en Galicia. Se estima que en el año 2050 España contará con 16.4 millones de personas mayores de 65 años (más del 30% de la población).

Los cambios producidos en la senectud conllevan una disminución de los mecanismos de control del equilibrio y corrección postural. Esto supone un incremento de la dificultad para mantener el equilibrio, aumentando así el riesgo de caída. Los trastornos del equilibrio en edad avanzada que requieren atención médica, tratamiento médico o limitan actividad, se estiman entre un 4 y 29%. Las caídas se están convirtiendo en un grave problema de salud, por las lesiones que producen (sobre todo, fracturas de cadera) y por las complicaciones que frecuentemente se presentan: inmovilidad, tromboflebitis, síndrome postcaída (dependencia por el miedo a caer de nuevo, el 16% de los ancianos refiere que la caída ha cambiado su vida y en muchos casos las dependencias que generan determinan el ingreso en un centro residencial),... Las caídas son la principal causa de muerte por accidente (la mortalidad durante el ingreso en el hospital es del 20% y en los dos años siguientes a la caída del 35%). La tercera parte de los mayores de 65 años caen al menos una vez al año y el porcentaje asciende al 50% en mayores de 85 años. En la mitad de los casos sufren caídas de repetición. Más de la mitad suceden dentro del domicilio (52%), siendo el lugar más peligroso de la casa el baño (un 46% de las caídas en domicilio suceden en él). Se producen fracturas en aproximadamente un 6% de las caídas, pero en los mayores de 75 años la cifra se dispara hasta superar el 25%. Las más frecuentes son las fracturas de cadera, pero también se producen fracturas vertebrales, pélvicas, costales, del codo, de la muñeca,... Esto supone un grave problema socio-sanitario, dado que el gasto sanitario directo en España derivado de las fracturas es de 250.000.000 €/año, a lo que habría que sumar los gastos indirectos asociados (cuidadores, modificaciones arquitectónicas a posteriori, material de ayuda para deambular...).

Evaluación del equilibrio en ancianos

Métodos objetivos

En la actualidad disponemos de instrumentos eficaces que nos permiten realizar una evaluación completa del equilibrio de los pacientes. En último término, más allá de informarnos de los mecanismos fisiopatológicos que ocasionan el desequilibrio en un paciente concreto, nos ayudarán a identificar a los individuos con un riesgo más elevado de caídas; lo que nos permitirá diseñar estrategias preventivas (clínicas, rehabilitadoras, arquitectónicas,...) a fin de reducir la incidencia de eventos traumáticos y la morbi-mortalidad subsiguiente.

Algunos de estos instrumentos de medida (como la posturografía dinámica) aportan valores precisos y cuantificables, pero tienen como limitación que reproducen tan sólo situaciones de inmovilidad en la bipedestación. Otros (como el test de "timed up and go") permiten realizar análisis dinámicos (durante la marcha), aunque la valoración depende en gran medida de la subjetividad del examinador. Por último, existen otros (el sistema Sway Star o el Vertiguard) que combina las ventajas de ambos (cuantificación precisa no subjetiva y registros en situaciones de

movilidad), pero cuya eficacia y reproductibilidad no está aún completamente validada.

1. **Test de Timed up and Go (TUG):** es una de las pruebas funcionales más extendidas para determinar el equilibrio dinámico de un paciente. Se utiliza habitualmente en adultos y, de forma preferente, en ancianos, estudiándose con ella principalmente su movilidad y capacidad locomotora. Está basado en la prueba de get up and go. En ella, el paciente se incorpora desde una silla, camina tres metros en línea recta, gira, vuelve y se sienta. Se evalúa por medio de una escala del 1 al 5, en función de la normalidad (1) o anormalidad (5) de la prueba. La limitación de esta prueba radica en la definición de “normalidad” por parte del observador. Con el fin de objetivar el resultado, se introduce el tiempo de duración como parámetro no subjetivo de evaluación y fácilmente reproducible; esta variación de la prueba original es conocida como “Timed-up-and-go” (TUG). Además del tiempo, también se mide el número de pasos y el número de apoyos que el paciente utiliza durante la realización de la prueba. El tiempo alargado es un factor predictivo de riesgo de caídas.

2. **Posturografía dinámica computerizada:** se trata de una plataforma posturográfica que permite analizar el reflejo vestibulo-espinal, cuantificando el control postural estático y dinámico, así como la contribución de cada uno de los sistemas (visual, somatosensorial y vestibular) al mantenimiento del equilibrio global.

La prueba más extendida y estandarizada es el test de organización sensorial (SOT) en la que se puede determinar la aportación individual y combinada que cada sistema sensorial tiene en el mantenimiento del equilibrio. Se analizan 6 condiciones sensoriales (condición 1: ojos abiertos, entorno visual fijo y plataforma fija; condición 2: ojos cerrados y plataforma fija; condición 3: ojos abiertos, entorno visual móvil y plataforma fija; condición 4: ojos abiertos y plataforma móvil, entorno visual fijo; condición 5: ojos cerrados y plataforma móvil; y condición 6: ojos abiertos, entorno visual móvil y plataforma móvil). De esta forma, en la condición 1 se emplean todos los receptores sensoriales (visión, laberinto y propiocepción) para mantener el equilibrio. En la 2 y 3, el equilibrio depende de las aferencias vestibulares y somatosensoriales. En la condición 4 se minimiza el estímulo somatosensorial, por lo que la visión y el laberinto serán los encargados del mantenimiento de la postura. Por último, en las condiciones 5 y 6 se inhibe tanto la información visual como somatosensorial, de modo que el laberinto es la única aferencia sensorial que recibe el sistema nervioso central para mantener el equilibrio. Cada una de las seis condiciones se repite tres veces, con el fin de promediar los resultados obtenidos. El tiempo de ejecución de cada condición son 20 segundos. En este test se analiza: el porcentaje de equilibrio, el análisis sensorial (participación de cada sistema sensorial en el correcto mantenimiento del equilibrio), el análisis de estrategia (cantidad relativa de movimientos de tobillo o de cadera que utiliza el paciente para mantener el equilibrio) y la estabilidad estática (alineación del centro de gravedad del paciente en posición de Romberg).

También suele realizarse un estudio de los límites de estabilidad (LOS). Estos límites no son fijos y cambian de acuerdo a las condiciones de actividad del sujeto, situación del aparato locomotor, estados emocionales y aspectos relacionados con el entorno. El análisis de los límites de estabilidad cuantifica la habilidad del paciente para desplazar el centro de gravedad a ocho posiciones del espacio diferentes, representadas en el posturografo. Se analiza: el tiempo de reacción, la velocidad media del movimiento, el recorrido y el control direccional.

3. **Sistema Sway Star:** es un sistema posturográfico portátil. Es un giroscopio a nivel lumbar que permite un análisis y cuantificación del control postural estático, dinámico y durante la marcha, así como de la contribución de cada uno de los sistemas (visual, somatosensorial y vestibular) al equilibrio global. Teniendo en cuenta el hecho de que los individuos con inestabilidad tienden a caerse en varias direcciones, este sistema proporciona un análisis tanto del desplazamiento látero-lateral (balanceo del tronco) como del desplazamiento en el plano antero-posterior (inclinación del tronco).

Para conseguir las distintas situaciones de conflicto sensorial se emplea un equipo auxiliar: superficie de espuma (foam), unas escaleras y unas barreras. Con este dispositivo realizamos, por una parte, pruebas estáticas: manteniendo todas las aferencias, suprimiendo los estímulos visuales (ojos cerrados), modificando la estabilidad de apoyo (con una sola pierna o con superficie de apoyo de espuma)... También podemos realizar el análisis durante la marcha: con los ojos cerrados, girando la cabeza horizontalmente, hacia arriba y hacia abajo, sobrepasando un conjunto de barreras, en tándem, subiendo y bajando escalones..., pruebas de cambio de posición de sedestación a bipedestación, pruebas de alcances... Este dispositivo proporciona una gran cantidad de datos y una opción de un análisis resumido (resumen del control del balance, BCS); éste, al igual que la posturografía, proporciona un análisis sensorial.

4. **Vertiguard:** es otro sistema posturográfico, de características muy similares a las del Sway Star, que además se acompaña de un sistema de estimulación vibrotáctil que permite la realización de rehabilitación vestibular.

Métodos subjetivos

La terminología de métodos subjetivos la empleamos para aquellos datos que nos aporta el paciente, tanto la percepción que tiene de su situación como su respuesta a distintos cuestionarios.

Los cuestionarios que más se emplean en la práctica clínica, son el Dizziness Handicap Inventory (DHI) que evalúa la repercusión de las alteraciones del equilibrio sobre tres ámbitos de la vida diaria, en una escala funcional, física y emocional, y el Short Falls Efficacy Scale-International, que evalúa la preocupación que le genera al paciente la realización de actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, levantarse, subir escaleras, coger algo del suelo o salir a eventos sociales.

Prevención de caídas.

Con el fin de reducir las caídas en las personas mayores, es imprescindible identificar a los sujetos que presentan riesgo de caerse y en este grupo plantear una serie de estrategias para prevenir estas caídas.

Con este fin haremos una propuesta de criterios para establecer cuáles son aquellos ancianos que potencialmente tienen riesgo de sufrir caídas y una vez realizada esta identificación estableceremos unas pautas para tratar de reducirlas.

1.- Identificación de sujetos con riesgo de caídas: propuesta de criterios para decidir que ancianos potencialmente tienen riesgo de caerse.

Los criterios que proponemos derivan fundamentalmente del interrogatorio y la exploración del anciano. Así, es necesario conocer:

- Antecedentes de caídas: es preciso conocer este dato clínico, ya que su presencia nos va a dar información sobre la dificultad para mantener estable su centro de gravedad.
- Historial clínico del enfermo, sobre todo indagando en la presencia de enfermedades que dificulten la coordinación, así como la precisión en la realización de movimientos, como puede ser la enfermedad de Parkinson.

En cuanto a la exploración clínica valoraremos:

- El test de "timed up and go"
- Las cifras de equilibrio medio global obtenidas mediante el test de organización sensorial de la posturografía dinámica.
- El hecho de haber sufrido caídas en la realización de esta última prueba

Así, basándonos en lo expuesto anteriormente, proponemos los siguientes criterios para establecer el riesgo de caída de un anciano:

- Haber sufrido al menos una caída en los últimos seis meses.
- Emplear al menos 16 segundos o precisar algún apoyo en la realización del test de "timed up and go".
- Porcentaje de equilibrio medio en el test de organización sensorial de la posturografía dinámica < 68 %.
- Haber sufrido al menos una caída en alguna de las condiciones de la posturografía dinámica.

La presencia de uno de estos criterios es suficiente para considerar que el anciano tiene potencialmente riesgo de caerse.

2.- Estrategias de prevención:

Tenemos que actuar desde varios puntos de vista:

- Medidas generales:** tanto extrínsecas (arquitectónicas, apoyos...) como intrínsecas (tratando de ayudar, en lo posible, a solventar déficits sensoriales presentes, así como detectar alteraciones del equilibrio asociadas).
- Vestibulares:** mediante la realización de rehabilitación vestibular, tanto a nivel domiciliario como hospitalario (empleando aparatos específicos).

Las medidas generales de prevención extrínsecas están orientadas a mejorar el entorno inmediato de la persona, fundamentalmente desde el punto de vista arquitectónico, evitando obstáculos y mejorando la visión. Por ejemplo:

- Interruptores accesibles o automáticos. Buena iluminación.
- Evitar suelos resbaladizos en interior y exterior de las casas. No encerar.
- Evitar alfombras, sobre todo si están arrugadas o perforadas.
- Retirar obstáculos del suelo.
- Existencia de pasamanos en escaleras.
- No más de diez peldaños seguidos, sin descanso, en las escaleras.
- Utilización de sillas con reposabrazos y respaldo.
- Inodoro a la altura adecuada a la persona.
- Asideros en inodoro, lavabo y ducha.
- Zapatos firmes, con tacón bajo.
- Evitar zapatos de suela lisa; mejor de goma y rugosa.

Es necesario también hacer un planteamiento global de la rehabilitación y aconsejar al anciano sobre el estilo de vida más adecuado para él, evitando situaciones de riesgo y teniendo especial cuidado en la realización de actividades cotidianas rutinarias (subir y bajar escaleras, levantarse de cama, ir al aseo...). Se le animará a asistir y participar en actos sociales, a fin de que se encuentre integrado como uno más de la comunidad.

En este contexto de medidas extrínsecas, es básico revisar el uso de fármacos que consume el anciano; a veces están duplicados, con las dosis mal ajustadas y muchos de ellos con efecto depresor del sistema nervioso central (originando, por tanto, una menor capacidad para el mantenimiento del equilibrio). Es de gran importancia llevar a cabo una racionalización en el uso de los mismos.

En relación a la prevención intrínseca, ésta va fundamentalmente encaminada al control de tres aspectos de gran relevancia para el mantenimiento del equilibrio:

- Corrección de déficits sensoriales:
 - Empleo de gafas. Si fuese necesario, realizar cirugía de cataratas.
 - Valorar la utilidad del uso de audífonos.
 - Ayudas para caminar: bastón, andador,...
 - Control de enfermedades superpuestas: enfermedad de Parkinson, cardiopatías, diabetes,...
- Descartar la presencia de otras enfermedades vestibulares asociadas y, en caso de existir, tratarlas. A modo de ejemplo, es relativamente frecuente en los ancianos la presencia de vértigo posicional paroxístico benigno. No es inhabitual que este diagnóstico pase desapercibido, enmascarado en las alteraciones del equilibrio propias de las personas de edad avanzada. Es importante detectarlo cuando existe, ya que disponemos de una terapia muy efectiva (con las maniobras de reubicación de las otoconias).

Prevención de caídas mediante la rehabilitación vestibular.

Podemos definir la rehabilitación vestibular como el conjunto de procedimientos que intentan conseguir la mejora del equilibrio en pacientes con inestabilidad. Esto se consigue mediante la puesta en marcha de tres mecanismos de compensación:

- Habitación: reduciendo la respuesta a estímulos repetidos.
- Compensación: equilibrando la actividad tónica entre los núcleos vestibulares.
- Sustitución: sustituyendo las informaciones que sean deficitarias en el mantenimiento del equilibrio.

Existen varios sistemas de rehabilitación vestibular, todos ellos encaminados a mejorar el equilibrio. En líneas generales, consideraremos ejercicios para realizar en domicilio y rehabilitación personalizada en centros

especializados (mediante aparatos, como generador de estímulo optocinético, posturógrafo dinámico y sistema vertiguard®).

La rehabilitación domiciliaria tiene como objetivo fortalecer la musculatura y estabilizar la mirada. Se recomienda la realización de una de las tablas de ejercicios que ya existen estandarizadas para tal efecto y además, diariamente:

- Caminar acompañado por superficies irregulares como el campo o la playa.
- Ejercicios de estabilización de la mirada (tratar de leer realizando movimientos horizontales de la cabeza).
- Ejercicios de control voluntario de los desplazamientos corporales.

La rehabilitación a nivel hospitalario permite el diseño de técnicas ad-hoc para cada paciente, con indicaciones precisas. Se realiza habitualmente con tres aparatos:

- a) Rehabilitación mediante estímulo optocinético.
- b) Rehabilitación en el posturógrafo dinámico.
- c) Ejercicios con estímulo vibrotáctil (Vertiguard®)

En el primer caso se trata de exponer al anciano a un estímulo visual optocinético, lo que se consigue mediante un generador de luces en los planos horizontal, vertical y torsional (horario y antihorario). Se realizan cinco sesiones, a lo largo de las cuales van aumentando la complejidad del estímulo y la duración a la exposición del mismo.

Mediante el posturógrafo dinámico diseñamos ejercicios en función de los déficits sensoriales de cada enfermo; se realiza una sesión diaria, durante diez días. Estos ejercicios van encaminados a conseguir:

- La correcta estabilización del centro de gravedad.
- Una buena utilización de las estrategias.
- El control del balanceo durante la marcha.
- La mejoría en los límites de estabilidad.

El sistema Vertiguard® es un dispositivo muy ligero colocado en un cinturón en la cintura del paciente, que mide mediante girómetros los balanceos del centro de masas. En el cinturón van sujetos cuatro dispositivos vibrotáctiles (situados a nivel anterior, posterior, derecha e izquierda), que producen un estímulo vibratorio cuando el sujeto se desplaza excesivamente en los diferentes planos. Se programa la rehabilitación tras realizar un total de 13 pruebas estáticas y dinámicas. De ellas, se eligen las 5 en las que obtuvo peor puntuación, repitiéndolas 5 veces al día, 10 días.

3.- Evaluación de los efectos de la rehabilitación vestibular.

Para poder evaluar si la rehabilitación vestibular ha sido eficaz en una persona con desequilibrio, disponemos de varios instrumentos de medida, de dos tipos diferentes:

a) subjetivos, que dependen de la respuesta del individuo:

- Percepción del paciente: independientemente de las puntuaciones que obtengamos en los diferentes tests, es fundamental la percepción que el sujeto tiene sobre su equilibrio (estabilidad, seguridad,...) y sobre si la rehabilitación vestibular ha supuesto una mejoría en su calidad de vida.
- Cuestionarios que permiten medir diversos aspectos relacionados con el desequilibrio (DHI, Short FES-I, Escala funcional modificada de la AAO,...). Comparando las puntuaciones obtenidas antes y después de la rehabilitación, podremos analizar si existe mejoría en la percepción de discapacidad, en el miedo a caerse al hacer actividades cotidianas y en el nivel de afectación funcional.

b) "objetivos", que son independientes de la opinión del paciente:

- Número de caídas: junto con la percepción subjetiva del paciente, es el elemento clave de evaluación. Tiene sentido tratar el desequilibrio de las personas mayores, fundamentalmente, porque tienen riesgo de caerse. Si somos capaces de reducir las caídas, el esfuerzo habrá merecido la pena.
- Test de "Timed up and go": permite cuantificar la capacidad de desplazarse de una forma rápida y sencilla.

Si, tras la rehabilitación, disminuimos el tiempo y/o los apoyos necesarios para realizar la prueba, habremos ganado seguridad en los desplazamientos y reducido el riesgo de caídas.

- Posturografía dinámica y sistemas Sway Star y Vertiguard: ya explicados previamente. La comparación de las puntuaciones obtenidas antes y después de la rehabilitación nos permitirá analizar la mejoría obtenida.

Una segunda cuestión es el momento en que se debe realizar esta evaluación. Los resultados deben medirse de forma inmediata tras la realización de la rehabilitación vestibular pero es importante saber si la mejoría (si se obtiene) perdura en el tiempo. Por ello, debe realizarse una evaluación en al menos tres momentos diferentes: tras finalizar la rehabilitación vestibular (a las tres-cuatro semanas), a medio plazo (entre seis meses y un año) y a largo plazo (una vez transcurrido un año).

En pacientes más jóvenes, es esencial la evaluación a largo plazo; si los efectos beneficiosos de la rehabilitación no se mantienen a lo largo del tiempo, no estaremos mejorando su calidad de vida. En los ancianos, el horizonte temporal es diferente, por lo que los objetivos deben ser más cercanos en el tiempo. Es más importante, por ello, conseguir una mejoría inmediata y a medio plazo, ya que el largo plazo podría bien no existir, bien estar condicionado por enfermedades intercurrentes.

Nuestro grupo de investigación está desarrollando un estudio prospectivo, comparando diversos sistemas de rehabilitación vestibular en pacientes mayores de 65 años, cuya única causa de desequilibrio sea la edad. En los resultados preliminares, sobre 27 pacientes, se han encontrado lo siguiente:

- Mejoría en el equilibrio medio del test de organización sensorial de la posturografía dinámica (de 53 a 58) y, especialmente, en el uso de las informaciones visual (de 66 a 75) y vestibular (de 19 a 46). Figura nº 1.
- Incremento en la velocidad de desplazamiento del centro de gravedad, en los límites de estabilidad de la posturografía: de 2,21 a 2,64.
- Disminución en el tiempo necesario para realizar el test "timed up and go": de 21 segundos a 19.
- Disminución en la percepción de discapacidad medida con el DHI (de 63 a 60) y en el miedo a caerse medido con el short FES-I (de 10 a 8)

En cualquier caso, los efectos beneficiosos de la rehabilitación vestibular en los ancianos han sido recogidos ya en la literatura científica. Además de los sistemas que hemos expuesto ya en este texto, existe constatación de la utilidad de otros tipos diferentes de rehabilitación vestibular en personas mayores. He aquí algunos de estos:

- Sistemas de realidad virtual, que permiten colocar al sujeto en situaciones que simulan las de su vida cotidiana (caminar por centros comerciales, supermercados, calles con mucha gente,...), de tal modo que pueda entrenar su equilibrio en situaciones similares a las de la vida real.
- Plantillas con un reborde sobreelevado en todo su perímetro, para colocar dentro del calzado. Sirven como feedback propioceptivo (similar a las bandas rugosas de los bordes de las carreteras): si la persona se inclina hacia un lado, apoyará más el pie en el reborde; al notarlo sobreelevado, corregirá la posición de su centro de gravedad.
- Tai Chi. Su realización ha demostrado ser útil para mejorar la estabilidad de las personas mayores. Exige desplazamientos lentos que obligan a potenciar el control de los movimientos corporales y de la posición del centro de gravedad.
- Sistemas comerciales tipo Wii Fit. Tecnológicamente, son similares a los posturógrafos; permiten la realización de ejercicios de entrenamiento del equilibrio. La persona que los realiza debe estar siempre acompañada, para reducir el riesgo de caídas durante la realización de los mismos.

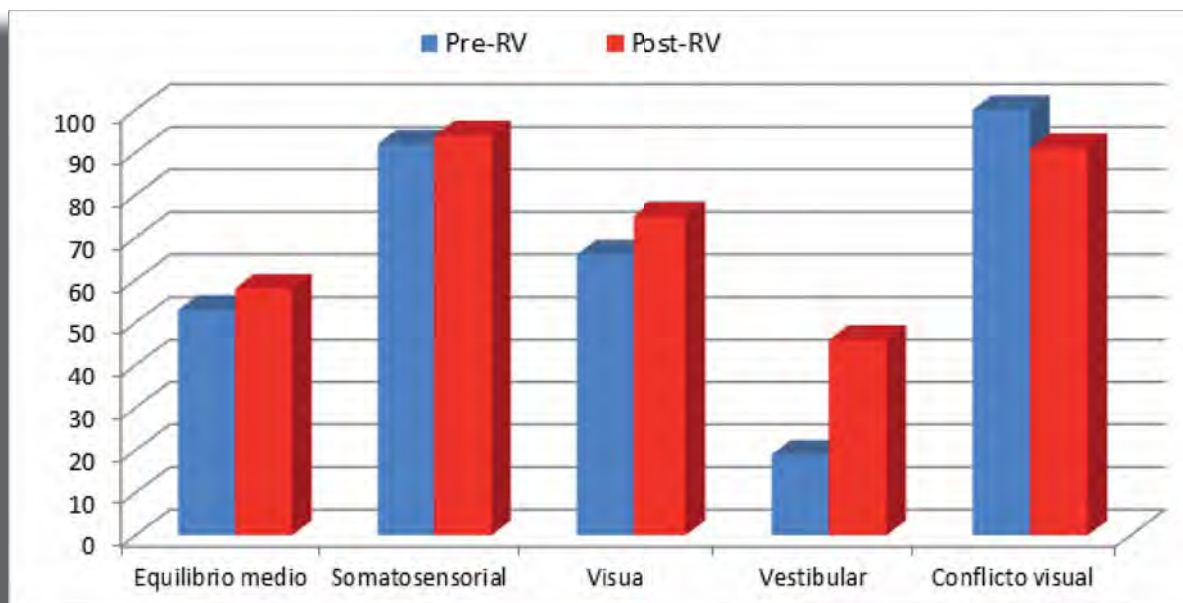
A modo de conclusión, podríamos afirmar que el equilibrio de los ancianos parece mejorar con programas de rehabilitación vestibular, aumentando la capacidad de desplazamiento y reduciendo el riesgo de caídas. Está todavía por demostrar:

- Cuál es en estos pacientes la mejor técnica de rehabilitación vestibular.
- Si la mejoría en las puntuaciones alcanzadas perdura en el tiempo.
- Si todo esto, en la práctica, supone o no una mejoría en la calidad de vida, percibida por el sujeto.

Bibliografía recomendada.

- "Evaluación del paciente con trastornos del equilibrio y de la marcha. Presbivértigo y caída en el anciano". Autores: A. Faraldo, E. San Román y A. Soto. En: "Libro virtual de formación en ORL", capítulo 38, ps. 1-21, 2008. ISBN 978-84-692-5637-4. Dirección web: http://www.seorl.net/seorl/images/stories/Libro_virtual/38clv.pdf
- "Tratamiento rehabilitador de los trastornos del equilibrio. Diseño de un protocolo general con la posturografía dinámica computerizada". Autores: S. Santos, A. Soto, M. Rossi, W. Elhendi y T. Labella. Anales ORL Iber-Amer XXXIV (5), 465-484, 2007.
- "Interventions for preventing falls in older people living in the community". Autores: LD. Gillespie, MC. Robertson WJ. Gillespie, SE. Lamb, S. Gates, RG. Cumming, BH. Rowe. Cochrane Database Syst Rev 2009;15(2): CD007146.
- "Evaluating the Cost-Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall-Related Hip Fractures in Older Adults". Autores: KD. Frick, JY. Kung, JM. Parrish y MJ. Narret. J Am Geriatr. 2010;58:136-41.
- "Vestibular Rehabilitation of Older Adults with Dizziness". Autores: M. Alrwayly y SL. Whitney. Otolaryngol Clin North Am. 2011 Apr;44(2):473-96.
- "The effects of Tai Chi on the balance control of elderly persons with visual impairment: a randomised clinical trial". Autores: EW. Chen, AS. Fu, KM. Chan y WW. Tsang. Age Ageing. 2012 Mar;41(2):254-9.

Figura nº 1. Test de organización sensorial de la posturografía dinámica, antes y después de la rehabilitación vestibular



➔ Enlace pdf con la presentación:

Alteraciones del equilibrio en los ancianos y riesgo de caídas: métodos de detección y estrategias de prevención mediante el empleo de la rehabilitación vestibular

"Preparando o noso futuro" | Congreso internacional sobre envejecimiento activo
15 e 16 de Novembro

Obradoiro

Alteraciones del equilibrio en los ancianos
y riesgo de caídas: estrategias de
detección y prevención por medio de la
rehabilitación vestibular

Andrés Soto
Sofía Santos
Ana Faraldo



Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago

Diapositiva 1

"Preparando o noso futuro" | Congreso internacional sobre envejecimiento activo
15 e 16 de Novembro

Obradoiro

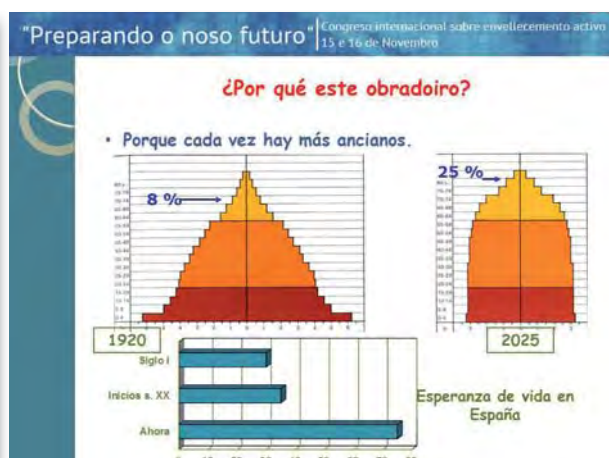
Alteraciones del equilibrio en los ancianos
y riesgo de caídas: estrategias de
detección y prevención por medio de la
rehabilitación vestibular

Andrés Soto
Sofía Santos
Ana Faraldo



Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago

Diapositiva 2



Diapositiva 3

Diapositiva 4

"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envellecemento activo 15 e 16 de Novembro

¿Por qué este obradoiro?

- Porque cada vez hay más ancianos.
- Porque los ancianos se caen con frecuencia.



"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envellecemento activo 15 e 16 de Novembro

¿Por qué este obradoiro?

- Porque cada vez hay más ancianos.
- Porque los ancianos se caen con frecuencia.
- Porque cuando un anciano se cae, las consecuencias pueden ser graves.
- Porque los otorrinolaringólogos disponemos de recursos para:
 - Evaluar el riesgo de caídas (pruebas equilibrométricas).
 - Reducir la probabilidad de caerse (rehabilitación vestibular).

Diapositiva 5

Diapositiva 6

"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envellecemento activo 15 e 16 de Novembro

¿Por qué este obradoiro?

RESULTADO EXPEDIENTE PE11/01320

Centro Solicitante: FUNDACIÓN IDICHUS
Centro Realizador: COMPLEJO HOSPIT. UNIVERSITARIO DE SANTIAGO
Título: Reducción de las caídas en ancianos a través de la mejora del equilibrio mediante el empleo de la rehabilitación vestibular.

RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE CONCESIÓN

Estado de Resolución Definitiva de Concesión: CONCEDIDO

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Nombre	Apellidos 1	Apellidos 2	Título	Función
SOFIA MARIA DE LA SOLEDAD	SANTOS	PEREZ	Colaborador	COMPARTIDA
ANDRÉS	SOTO	YARBEA	IR	UNICA
MARCOS	ROSOL	ECHEVERRIDO	Colaborador	COMPARTIDA
ÁLBA	FARALDO	GARCÍA	Colaborador	COMPARTIDA
ANTONIO GUSTAVO	URDOLA	DELGADO	Colaborador	COMPARTIDA

"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envellecemento activo 15 e 16 de Novembro

Distribución

- Ana Faraldo:
 - Epidemiología e importancia de las caídas en ancianos.
 - Peculiaridades de las alteraciones del equilibrio en ancianos y pruebas para evaluarlo.
- Sofía Santos:
 - Criterios de sospecha de alto riesgo de caída en ancianos.
 - Estrategias de prevención de caídas: adaptaciones en el domicilio y rehabilitación vestibular.
- Andrés Soto:
 - Resultados de la rehabilitación vestibular en los ancianos.
 - ¿Qué dice la literatura sobre este tema?
 - Conclusiones del curso.
- Preguntas y comentarios.

Diapositiva 7

Diapositiva 8

envellecemento + activo

Importancia de las caídas en los ancianos



Fractura de la cadera

Importancia de las caídas en los ancianos

Envejecimiento sociedades occidentales.

- aumento esperanza vida
- disminución fecundidad

Población España > 65 años: 16.61%
Galicia > 65 años: 21.57%

Estimación España en 2050 > 30% (16.4 millones de personas)



Diapositiva 9

Importancia de las caídas en los ancianos

Estimaciones:

- Trastornos de equilibrio en edad avanzada que requieren atención médica, tratamiento médico o limitan actividad: 4-29%
(Hale 1986, Boulton 1991, Harrison 2012)
- Prevalencia general: 37-61%
(Arellano 1991, Neuhauser 2005)



Diapositiva 10

Importancia de las caídas en los ancianos

- 1/3 > 65 años sufren caídas al año (50% en mayores de 85 años)
- Morbimortalidad muy elevada
- 25% caídas en mayores de 65 años: fractura de cadera
(Padilla 1998)



Fractura de la cadera

Diapositiva 11

Importancia de las caídas en los ancianos

- Principal causa muerte accidental > 65 años.
- 20% pacientes ingresados por caídas fallecen durante el ingreso.
- 52% caídas se producen en el propio domicilio (baño)



Diapositiva 12

Importancia de las caídas en los ancianos



```

graph TD
    A[Pérdida de flexibilidad, movilidad y fuerza] --> B[Miedo a caerse]
    B --> C[Reducción de actividad]
    C --> A
  
```

Diapositiva 13

Importancia de las caídas en los ancianos

Gasto sanitario directo en España de las fracturas: 250.000.000 €/año

Gastos indirectos:

- Cuidadores
- Modificaciones arquitectónicas a posteriori
- Material de ayuda para deambular



Diapositiva 14

Evaluación del equilibrio en ancianos

- Métodos objetivos
 - Test de Timed up and go
 - Posturografía dinámica computerizada
 - Sistema Sway Star
 - Vertiguard
- Métodos subjetivos
 - Percepción del paciente
 - DHI (dizziness handicap inventory)
 - Short-FES (short falls efficacy scale)



Diapositiva 15

Evaluación del equilibrio en ancianos

1. Test de timed up and go



Tiempo alargado es un factor predictivo de riesgo de caídas
(Shumway-Cook 2000, Arnold 2007)

Diapositiva 16

Evaluación del equilibrio en ancianos

2. Posturografía dinámica computerizada



Diapositiva 17

Evaluación del equilibrio en ancianos

Test de organización sensorial (SOT)



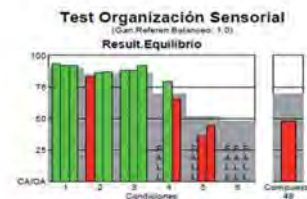
Registro de los desplazamientos del centro de gravedad, en seis situaciones:

- ojos abiertos/cerrados.
- entorno visual fijo/móvil.
- superficie fija/móvil.

Diapositiva 18

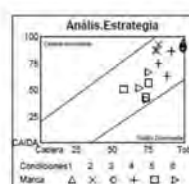
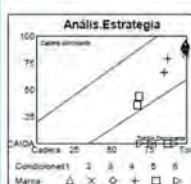
Evaluación del equilibrio en ancianos

- Método eficaz para medir el riesgo de caídas en la población anciana. (Girardi 2001, Lázaro 2005, Ghulyan 2005)
- La condición 6 del SOT es la más sensible para detectar a los pacientes de edad avanzada con alto riesgo de caídas (Buatois, 2006)



Diapositiva 19

Evaluación del equilibrio en ancianos

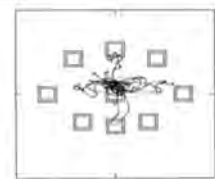


Diapositiva 20

Evaluación del equilibrio en ancianos

Límites de estabilidad

Habilidad de desplazar el centro de gravedad a ocho posiciones del espacio



Límites de estabilidad reducidos:

RIESGO DE CAÍDAS

(Girardi 2001)

Diapositiva 21

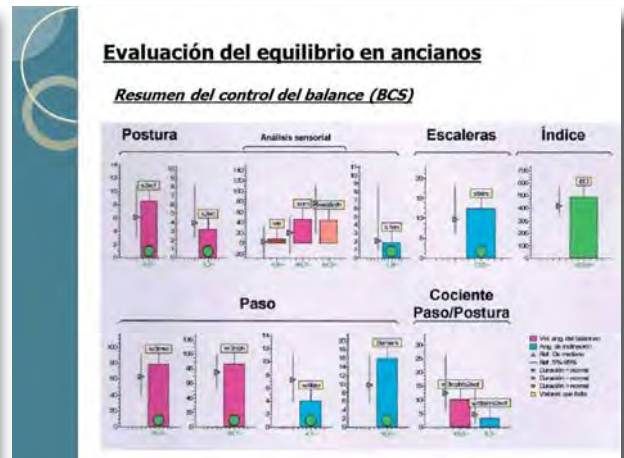
Evaluación del equilibrio en ancianos

3. Sway Star:

- Sensores de velocidad angular:
- Inclinación
- Balanceo
- Cinturón.
- Ordenador portátil.
- Equipo auxiliar:
 - Superficie normal.
 - Superficie de espuma.
 - Escaleras.
 - Barreras.



Diapositiva 22



Diapositiva 23

Evaluación del equilibrio en ancianos

4. Vertiguard




Diapositiva 24



Diapositiva 25



Diapositiva 26

Evaluación del equilibrio en ancianos

Dizziness Handicap Inventory

ESCALA EMOCIONAL

E2) ¿Se siente frustrado por su problema?

E9) A causa de su problema ¿tiene miedo a salir de casa sin que alguien le acompañe?

E10) A causa de su problema ¿ha sentido vergüenza delante de otros?

E15) A causa de su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que está ebrio?

E18) A causa de su problema ¿le resulta difícil concentrarse?

E20) A causa de su problema ¿tiene miedo a quedarse sólo en casa?

E21) A causa de su problema ¿se siente incapacitado?

E22) ¿Su problema ha dificultado las relaciones con sus familiares o amigos?

E23) A causa de su problema ¿se siente deprimido?

F24) Influye negativamente su problema en sus responsabilidades domésticas o laborales?

Jacobson 1990, Pérez 2003

Diapositiva 27

Evaluación del equilibrio en ancianos*Short Falls Efficacy Scale-International*

	No le preocupa nada	Le preocupa algo	Le preocupa bastante	Le preocupa mucho
Vestirse / Desvestirse				
Bañarse o ducharse				
Levantarse de una silla				
Subir / Bajar escalera				
Coger algo del suelo				
Subir / bajar una pendiente				
Salir a eventos sociales				

Kempen 2008, Lomas Vega 2012

Diapositiva 28

**Curso de instrucción**

Alteraciones del equilibrio en los ancianos y riesgo de caídas: estrategias de detección y prevención por medio de la rehabilitación vestibular.



Sofía Santos Pérez
La Coruña, 16 Noviembre 2012

Diapositiva 29

ESTRUCTURA

1.- **Identificación de sujetos con riesgo de caídas:** propuesta de criterios para decidir que ancianos potencialmente tienen riesgo de caerse.

2.- **Estrategias de prevención:**

- Generales: intrínsecas, extrínsecas: arquitectónicas, apoyos...
- Vestibulares: rehabilitación vestibular.
 - Entrenamiento domiciliario del equilibrio: actividades orientadas a fortalecer la musculatura y estabilizar la mirada.
 - Rehabilitación vestibular instrumental:
 - Con estímulo optocinético.
 - Ejercicios de rehabilitación en el posturografo dinámico.
 - Ejercicios de rehabilitación con el sistema Vertiguard.

Diapositiva 30

1.-Identificación de sujetos con riesgo de caídas

Diapositiva 31

Identificación de sujetos con riesgo de caídas

- Antecedentes de caídas (pacientes con dificultad para mantener estable su CG).
- Enfermedades conocidas que dificulten la coordinación y precisión de movimientos (enfermedad de Parkinson).
- Exploración clínica detallada con sistemas de registro y análisis del equilibrio:
 - Análisis de la marcha (test de "timed up and go" (TUG)).
 - Estudio del equilibrio: Posturografía Dinámica.

Diapositiva 32

Criterios para establecer el riesgo de caída de un anciano

¿Qué consideramos ancianos con alto riesgo?

- Haber sufrido al menos una caída en los últimos 12 meses.



Diapositiva 33

Criterios para establecer el riesgo de caída de un anciano

Se consideran ancianos con alto riesgo:

• Emplear más de 15 sg o precisar apoyos para realizar el test de "timed up and go"



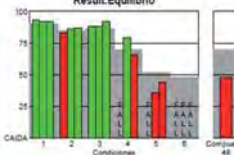

Diapositiva 34

Criterios para establecer el riesgo de caída de un anciano

Se consideran ancianos con alto riesgo:

• Porcentaje de equilibrio medio en el SOT de la PD <68%.

Test Organización Sensorial
(San Rafael Balance: 1.0)



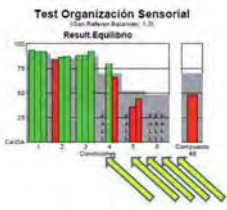

SOT: Registro de los desplazamientos del centro de gravedad, en seis situaciones

Diapositiva 35

Criterios para establecer el riesgo de caída de un anciano

Se consideran ancianos con alto riesgo:

• Al menos una caída en alguna de las condiciones del SOT.



Diapositiva 36

PROPUESTA DE CRITERIOS PARA DECIDIR EL RIESGO DE CAIDA DE UN ANCIANO

Se consideran ancianos con alto riesgo de caerse los que cumplan al menos uno de los siguientes requisitos:

1. Haber sufrido al menos una caída en los últimos 12 meses.
2. Emplear más de 15 sg o precisar apoyos para realizar el test de "timed up and go"
3. Porcentaje de equilibrio medio en el test de organización sensorial de la posturografía dinámica <68%.
4. Haber sufrido al menos una caída durante la realización del SOT en la PD.

Diapositiva 37

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CAIDAS

2.- Estrategias de prevención:

- Generales: Extrínsecas e intrínsecas
- Vestibulares: rehabilitación vestibular.

Diapositiva 38

TRAS IDENTIFICACIÓN DE MAYOR RIESGO DE CAIDAS

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN: Modificar aspectos extrínsecos a la persona

Así...



- Disponer de buena iluminación.
- Interruptores accesibles o automáticos.
- Evitar obstáculos que favorezcan los tropiezos.
- Evitar alfombras sobre todo arrugadas o perforadas.
- No encerer.
- Pasamanos en las escaleras.
- Que no haya tramos de escalera de más de 10 peldaños seguidos sin descanso.



Diapositiva 39

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

- Sillas: reposabrazos, respaldo.
- Inodoro con asiento alto.
- Asideros en inodoro, lavabo y ducha.
- Zapatos firmes y tacón bajo.



Diapositiva 40

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Revisar medicación (pacientes con fármacos "duplicados y mal ajustados".
"Evitar (o reducir) sedantes".



RACIONALIZACIÓN EN EL USO DE FÁRMACOS

Diapositiva 41

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN: Intrínsecas



Ayudar a reducir en lo posible déficits sensoriales:

- Lentes, cirugía catarata.
- Audífonos.
- Ayudas para caminar: bastón, andador,...

Enfermedades superpuestas: Control de enfermedades que faciliten las caídas (E. de Parkinson, cardiopatías, diabetes,...)

Disfunción vestibular:

- Tratamiento de otras alteraciones del equilibrio asociadas (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

Diapositiva 42



2.- ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN :REHABILITACIÓN

Actuamos sobre personas sanas.

Objetivo: no conseguir un equilibrio perfecto, sino aumentar la capacidad de reacción ante situaciones que aumenten el riesgo de caídas. Por tanto:

- Mayor importancia del entrenamiento en situaciones cotidianas.

Diapositiva 43

REHABILITACIÓN VESTIBULAR

- Conjunto de procedimientos que intentan conseguir la mejora del equilibrio en pacientes con inestabilidad.

Se lleva a cabo por tres mecanismos:

- **Habitación:** reduce respuesta a estímulos repetidos.
- **Compensación:** reequilibra la actividad tónica entre los núcleos vestibulares.
- **Sustitución:** Permite sustituir las informaciones que sean deficitarias en el mantenimiento del equilibrio.

Diapositiva 44

PLANTEAMIENTO GLOBAL DE LA REHABILITACIÓN



- 1.- Consejos sobre estilo de vida (evitar situaciones de riesgo).
- 2.- Realización con cuidado actividades cotidianas:
 - Subir y bajar escaleras.
 - Levantarse de cama e ir al aseo.
 - Asistencia a actos sociales.
- 3.-Rehabilitación domiciliaria.
- 4.-Rehabilitación instrumental.

Diapositiva 45

PLANTEAMIENTO DE LA REHABILITACIÓN



Ejercicios domiciliarios: fortalecer la musculatura y estabilizar la mirada.

- ✓ Caminar.
- ✓ Ejercicios de estabilización de la mirada.
- ✓ Ejercicios de control voluntario de los desplazamientos corporales.

Diapositiva 46



• **Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.**

- ✓ Rehabilitación vestibular con estímulo optocinético.
- ✓ Ejercicios de rehabilitación en el posturógrafo dinámico.
- ✓ Ejercicios de rehabilitación con estímulo vibrotáctil (Vertiguard®)

Diapositiva 47

INDICACIONES DE LA REHABILITACIÓN INSTRUMENTAL

Inestabilidad, en relación con:

- Déficit vestibular unilateral.
- Déficit vestibular bilateral.
- Presbivértigo.
- Inestabilidad central (E. Parkinson).

Diapositiva 48

Rehabilitación optocinética

Diapositiva 49

• **Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.**

- ✓ Rehabilitación vestibular con estímulo optocinético.



- Movimiento OPC es el desplazamiento sucesivo de objetos en nuestro campo visual.
- Genera un movimiento ocular (nistagmus optocinético).

Diapositiva 50

Rehabilitación optocinética

Potencia dos mecanismos de rehabilitación:

- **Habitación:** reduce respuesta a estímulos repetidos.
- **Compensación:** reequilibra la actividad tónica entre los núcleos vestibulares.

No pone en marcha mecanismos de sustitución

↓

Es poco útil si no hay residuo de función vestibular

Diapositiva 51

INDICACIONES DE LA REHABILITACIÓN CON ESTÍMULO OPTOCINÉTICO



Inestabilidad, en relación con:

- Déficit vestibular unilateral reciente.
- Déficit vestibular bilateral (si hay residuo suficiente de función vestibular).
- Inestabilidad de origen ocular.
- Presbivértigo.

Diapositiva 52

REHABILITACIÓN CON ESTÍMULO OPTOCINÉTICO: Técnica

- Habitación en oscuridad.
- Paciente de pie.
- Al menos a 2 metros de la pared.



Diapositiva 53

REHABILITACIÓN CON ESTÍMULO OPTOCINÉTICO: Técnica

Generador de luz o planetario (Simpson,1981):

- esfera con agujeros (7°).
- soporte: sistema de tres ejes.
- velocidad de rotación: de 1 a 100 °/seg.
- Se generan estímulos horizontales, verticales y torsionales.



Diapositiva 54

REHABILITACIÓN CON ESTÍMULO OPTOCINÉTICO: Técnica

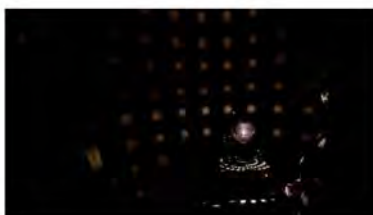
Una sesión diaria, cinco días

Progresivo aumento de la complejidad en tres aspectos:

- **Duración:** entre cinco minutos y 10 minutos
Máximo: 15 minutos.
- **Velocidad** progresiva en sesiones sucesivas (40°/s a 100°/s).
- **Estímulos** en el plano horizontal el primer día y progresivamente vertical (hacia arriba y abajo) y torsional (horario y antihorario).

Diapositiva 55

REHABILITACIÓN CON ESTÍMULO OPTOCINÉTICO: Técnica



Diapositiva 56

Rehabilitación con PGD

Diapositiva 57

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

✓ Rehabilitación vestibular con posturografía dinámica.



Se diseñan ejercicios que el enfermo realiza en el posturógrafo pudiendo programar mover el entorno visual así como la plataforma

Diapositiva 58

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

✓ Rehabilitación vestibular con posturografía dinámica.

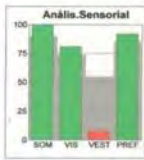
OBJETIVOS

- ✓ Estabilización del centro de gravedad.
- ✓ Buena utilización de las estrategias.
- ✓ Control del balanceo de la marcha.
- ✓ Mejorar los límites de estabilidad.

Diapositiva 59

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

✓ Rehabilitación vestibular con posturografía dinámica.



Se diseñan protocolos individualizados, para:

- ✓ Estimular el sistema sensorial hipofuncionante.
- ✓ Facilitar la compensación con los sistemas sensoriales normofuncionantes.

Diapositiva 60

Rehabilitación con Vertiguard®

Diapositiva 61

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

Rehabilitación vestibular con Vertiguard®



- ✓ Dispositivo muy ligero colocado en la cintura del paciente, en un cinturón.
- ✓ Mide los balanceos del centro de masas (planos antero-posterior y lateral) mediante girómetros, durante la realización de actividades cotidianas.

Diapositiva 62

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

Rehabilitación vestibular con Vertiguard®

- ✓ Permite la realización de pruebas
 - * **Estáticas:**
 - Dos pies, ojos abiertos.
 - Dos pies, ojos cerrados.
 - Un pie, ojos abiertos.
 - Un pie, ojos cerrados.
 - Dos pies, ojos abiertos, sobre foam.
 - Dos pies, ojos cerrados, sobre foam.
 - Un pie, ojos abiertos, sobre foam.
 - * **Dinámicas:**
 - Caminar ocho pasos en tándem.
 - Caminar tres metros, ojos abiertos.
 - Caminar tres metros, rotando la cabeza.
 - Caminar tres metros, subiendo y bajando la cabeza.
 - Caminar tres metros, ojos cerrados.
 - Caminar sobre cuatro barreras.

Diapositiva 63

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

Rehabilitación vestibular con Vertiguard®

- ✓ Proporciona una valoración global del equilibrio y una estimación de la contribución de los distintos sistemas sensoriales, así como del riesgo de sufrir caídas.
- ✓ Permite la realización de entrenamiento repetido de las peores pruebas del paciente, con feed-back vibrotáctil.

- Cuatro vibradores colocados en el cinturón (anterior, posterior, derecho e izquierdo).



Diapositiva 64

Vestibulares: rehabilitación vestibular instrumental.

Rehabilitación vestibular con Vertiguard®

- ✓ Realización repetida (cinco veces al día) de los seis ejercicios en los que obtuvo una peor puntuación.
- ✓ Estimulo vibratorio cuando el sujeto se desplaza excesivamente en cualquiera de las cuatro direcciones.

- ✓ Duración por sesión: 15 minutos.
- ✓ Número de sesiones: diez.



Diapositiva 65




Muchas gracias;

Diapositiva 66

"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envejecimiento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿cómo medir la mejoría?

a) instrumentos de medida subjetivos:

- Percepción del paciente (estabilidad, seguridad,...).
- Cuestionarios (DHI, Short FES-I, Escala funcional modificada de la AAO,...).

b) instrumentos de medida "objetivos":

- Número de caídas.
- Test de Timed up and go.
- Posturografía dinámica.
- Sway Star.

Diapositiva 67

"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envejecimiento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿cuándo medir la mejoría?

a) Control inmediato, tras la rehabilitación (dos-tres semanas).

b) Evaluación a medio plazo (tres-seis meses).

c) Medición a largo plazo (un año y más).

Peculiaridad: las expectativas temporales en los ancianos son más reducidas.

↓

Mayor trascendencia de las mejoría en el corto plazo.

Diapositiva 68

"Preparando o noso futuro" Congreso internacional sobre envejecimiento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿realmente mejoran?

Resultados preliminares del proyecto de investigación del ISCIII (PI11/01328):

a) Pacientes mayores de 65 años con inestabilidad en relación con la edad, que cumplan uno de lo siguientes criterios:

- haber sufrido al menos una caída en los últimos seis meses.
- emplear al menos 16 segundos o precisar algún apoyo en la realización del test de "timed up and go".
- porcentaje de equilibrio medio en el test de organización sensorial de la posturografía dinámica < 68 %.
- haber sufrido al menos una caída en alguna de las condiciones de la posturografía dinámica.

- Número previsto de pacientes: 220.

Diapositiva 69

"Preparando o noso futuro" Congreso Internacional sobre envelhecimento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿realmente mejoran?

Resultados preliminares del proyecto de investigación del ISCIII (PI11/01328):

- Pacientes mayores de 65 años con inestabilidad.
- Realización de rehabilitación vestibular, distribuyéndolos de forma aleatoria en cuatro grupos:
 - Ejercicios en el posturografo dinámico.
 - Rehabilitación con estímulo optocinético.
 - Tabla domiciliaria de ejercicios.
 - Grupo control.

Diapositiva 70

"Preparando o noso futuro" Congreso Internacional sobre envelhecimento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿realmente mejoran?

Resultados preliminares del proyecto de investigación del ISCIII (PI11/01328):

- Pacientes mayores de 65 años con inestabilidad.
- Realización de rehabilitación vestibular, distribuyéndolos de forma aleatoria en cuatro grupos.
- Evaluación tras tres semanas, seis meses y un año, con:
 - Posturografía dinámica (SOT y LOS).
 - Test de "timed up and go".
 - Sway Star.
 - Cuestionarios (DHI y short FES-I).
 - Número de caídas.

Diapositiva 71

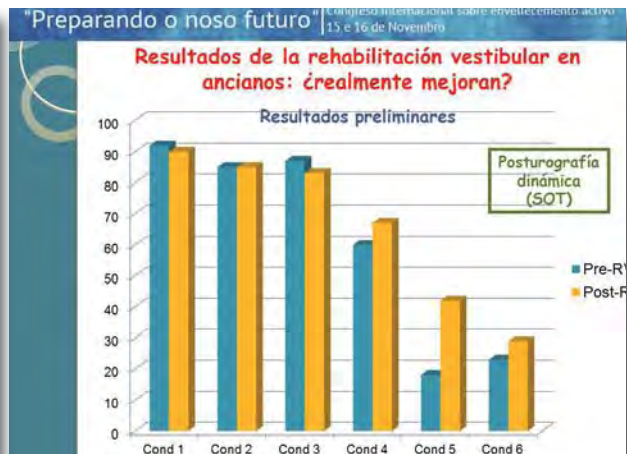
"Preparando o noso futuro" Congreso Internacional sobre envelhecimento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿realmente mejoran?

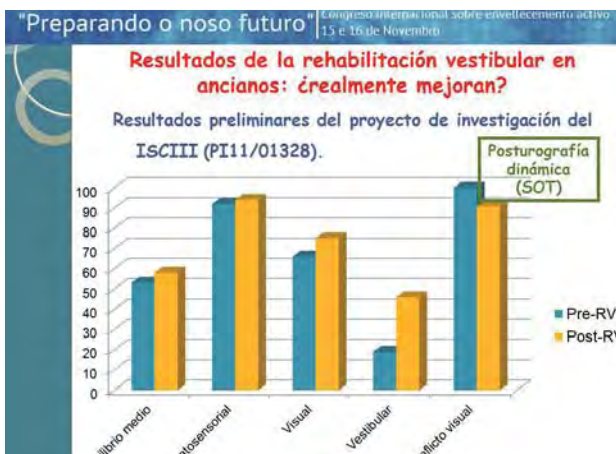
Resultados preliminares del proyecto de investigación del ISCIII (PI11/01328):

- Pacientes incluidos hasta el momento: 34; de ellos, recibieron rehabilitación vestibular: 27. Características:
 - 18 mujeres y 9 varones.
 - Edad media: 77 años (de 65 a 88).
 - Grupos de rehabilitación: nueve pacientes por grupo.
- Evaluación a las tres semanas.

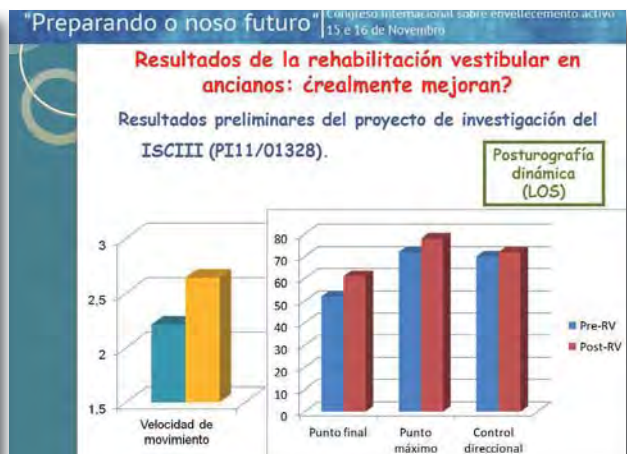
Diapositiva 72



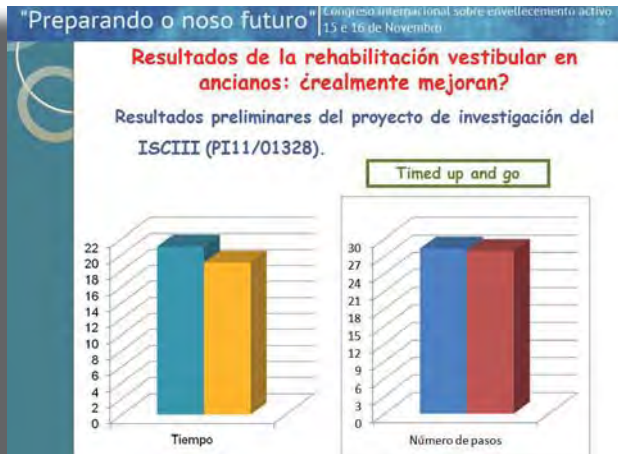
Diapositiva 73



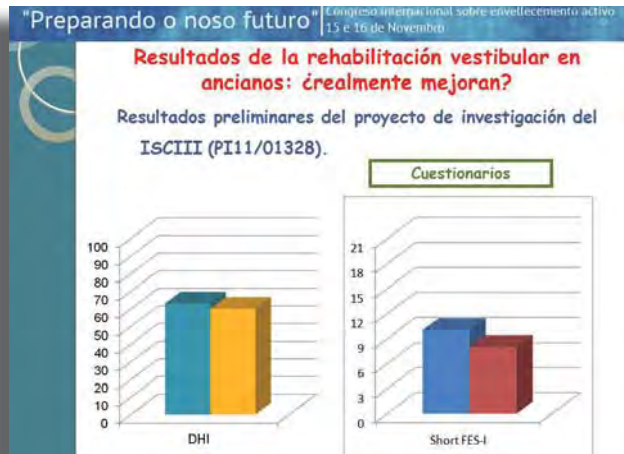
Diapositiva 74



Diapositiva 75



Diapositiva 76



Diapositiva 77

"Preparando o noso futuro" Congreso Internacional sobre envelhecimento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿cómo interpretar estos datos?

- Evaluación inicial (tres semanas): no se valoran caídas.
- Mejoran sobre todo datos posturográficos:
 - Condición 5 e información vestibular: situaciones sensorialmente difíciles. ¿Es útil en estos enfermos?
 - Mejoran los límites de estabilidad: menor riesgo de caerse en los desplazamientos.
- Test de "timed up and go": menor tiempo, más seguridad.
- Cuestionarios: apenas mejoría:
 - Poco tiempo para percibir los beneficios.
 - Reduce el peso de la mejoría por la atención.

Diapositiva 78

"Preparando o noso futuro" Congreso Internacional sobre envelhecimento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿qué se ha publicado?

Muhammad Alrwaity and Susan L. Whitney. Vestibular Rehabilitation of Older Adults with Dizziness. Otolaryngol Clin North Am. 2011 Apr;44(2):473-96

Describen sistemas de rehabilitación vestibular que se han demostrado útiles en ancianos:

- Ejercicios vestibulares domiciliarios.
- Realidad virtual.
- Plantillas para mejora del equilibrio.
- Tai Chi.
- Sistemas de feed-back vibrotáctil.
- Estimulación optocinética.
- Nintendo Wii Fit.

Diapositiva 79

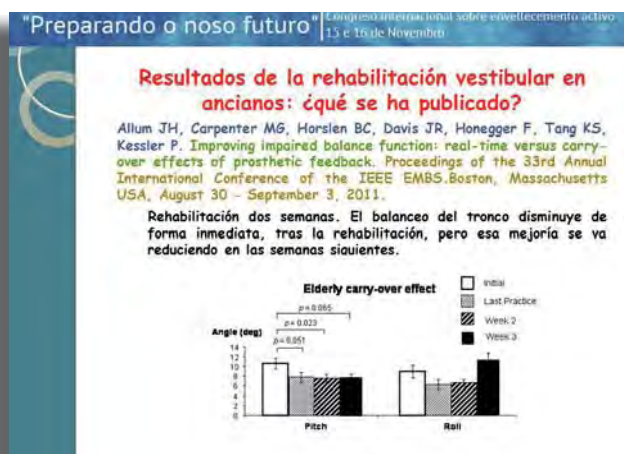
"Preparando o noso futuro" Congreso Internacional sobre envelhecimento activo 15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿qué se ha publicado?

Jung JY, Kim JS, Chung PS, Woo SH, Rhee CK. Effect of vestibular rehabilitation on dizziness in the elderly. Am J Otolaryngol 2009;30(5):295-9.

240 pacientes mayores de 70 años. Realizan ejercicios de rehabilitación vestibular, con grupo control. Evalúan mejoría con escala analógica visual y cuestionarios de confianza. Mejoran tras la rehabilitación: se mantiene la mejoría a los tres meses.

Diapositiva 80



Diapositiva 81

"Preparando o noso futuro" | Congreso internacional sobre envelhecimento activo
15 e 16 de Novembro

Resultados de la rehabilitación vestibular en ancianos: ¿qué se ha publicado?

Chen EW, Fu AS, Chan KM, Tsang WW. The effects of Tai Chi on the balance control of elderly persons with visual impairment: a randomised clinical trial. *Age Ageing*. 2012 Mar;41(2):254-9.

Tai Chi (16 semanas) frente a grupo control, en ancianos con déficit visual: los que hacen Tai Chi mejoran significativamente en el uso de la información propioceptiva, visual y vestibular.



Diapositiva 82

En resumen...

El equilibrio de los ancianos parece mejorar con programas de rehabilitación vestibular.

Está por demostrar:

- cual es en estos pacientes la mejor de las técnicas de rehabilitación vestibular.
- si la mejoría en las puntuaciones alcanzadas perdura en el tiempo.
- si todo esto supone o no una mejoría en la calidad de vida, percibida por el enfermo.



Diapositiva 83

"Preparando o noso futuro" | Congreso internacional sobre envelhecimento activo
15 e 16 de Novembro



Preguntas y comentarios



Taller:

Programa de prevención de la depresión para personas mayores

Elisabet Hermida García

Fernando L. Vázquez González

Patricia Otero Otero

Vanessa Blanco Seoane

Introducción

La depresión es una problemática común entre los mayores, con una prevalencia del 3% en las formas clínicas y del 8-15% en las subclínicas (Beekman, Copeland y Prince, 1999; Karel y Hinrichsen, 2000). Es más, la presencia de sintomatología depresiva subclínica tiene relevancia por sí misma ya que genera un malestar comparable al del cuadro completo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995), y constituye uno de los principales predictores para el desarrollo de una depresión mayor (Cuijpers, Smit y Willemse, 2005).

Este trastorno tiene enormes repercusiones en la funcionalidad y la calidad de vida de los adultos mayores (de Beurs et al, 1999), y constituye un importante factor de riesgo de suicidio en este grupo de edad (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp y Redelmeier, 2004). Por ello, existe la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas dirigidas a esta población. Especialmente las dirigidas a aquellos adultos mayores que ya están experimentando sintomatología depresiva y que se corresponden con el nivel de intervención denominado prevención indicada.

En este sentido, en los últimos años han despertado un enorme interés las intervenciones de prevención indicada de la depresión, donde se han encontrado resultados alentadores en dos estudios con personas mayores de Canadá y Holanda (Konnert, Dobson y Stelmach, 2009; Van't Veer Tazelaar et al., 2009). No obstante, determinar la eficacia de este tipo de prevención en mayores implica la necesidad de desarrollar más intervenciones dirigidas a mayores de otros sitios. Además, el número de sesiones elevado que se utilizó en esas intervenciones limita su utilidad clínica y su eficiencia.

Objetivo

En este documento se da a conocer una intervención preventiva breve, que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva y la prevención de la depresión en adultos mayores de nuestro contexto.

Método

Participantes

La intervención se dirige a personas mayores que presentan una elevada sintomatología depresiva pero que todavía no han desarrollado una depresión mayor (i.e. depresión subclínica).

Intervención

El programa de prevención indicada de la depresión para adultos mayores desarrollada por el equipo del profesor Vázquez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela está basado en el modelo integrador multifactorial de la depresión de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985). Según este modelo, el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales que conducen a la depresión comienza cuando surge un evento potencialmente evocador de depresión (ej., ingreso en una residencia, convertirse en cuidador de

un familiar dependiente, viudedad, jubilación), que interrumpe los patrones de conducta adaptativos del sujeto (ej., cambios a nivel familiar, laboral), produciendo todo ello una disminución de reforzamiento positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de esto, se produce un aumento de la autoconciencia, la autocritica y las expectativas negativas, que se traducen en un aumento de la disforia con consecuencias conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. que repercute aún más en los acontecimientos que evocan la depresión, la conducta y la conciencia, haciendo que este proceso se constituya en un círculo vicioso que se retroalimenta a sí mismo y mantiene y empeora los síntomas depresivos. Que la depresión funcione como un círculo vicioso que se retroalimenta, supone poder mejorar la depresión interviniendo sobre cualquier punto del proceso e invirtiéndolo.

En base a este modelo se desarrolló una intervención preventiva cognitivo-conductual que se dirige a entrenar a los adultos mayores con sintomatología depresiva subclínica en distintas habilidades conductuales y cognitivas como pueden ser el incremento de actividades agradables, técnicas de relajación, habilidades sociales, asertividad y habilidades de manejo de pensamientos. La mayoría de estas estrategias implican incrementar los mecanismos protectores frente a la depresión de los participantes; ya que es probable que las intervenciones preventivas centradas en incrementar los mecanismos protectores tengan un efecto más potente que las centradas en reducir los mecanismos de riesgo (Vázquez y Torres, 2005) que son más difíciles de desactivar.

Aunque se parte de un modelo multifactorial, se hace especial énfasis en el componente conductual, ya que existe una relación significativa entre el estado de ánimo y el número de actividades agradables (Gallagher-Thompson, 1981; Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn et al., 1985). En concreto, el sujeto tendría una escasa o nula participación en actividades reforzadas o intrínsecamente reforzantes. Esta falta de refuerzo le llevaría a dejar de involucrarse en esas actividades y la aparición de un estado de ánimo negativo.

Los contenidos de la intervención se estructuran en 5 sesiones. En la primera sesión se realiza la presentación del programa de intervención, explicando el carácter preventivo del mismo y la dinámica a seguir durante las sesiones, haciendo especial hincapié en la importancia de la práctica diaria de lo aprendido. Asimismo, se realiza la presentación de los miembros del grupo y se plantean las normas para su correcto funcionamiento. Posteriormente, se amplían los conocimientos que tienen los participantes sobre la depresión, se presenta la teoría que sirve de guía para la terapia y se propicia un afrontamiento activo ante los síntomas depresivos. Dado que la sintomatología depresiva a menudo se acompaña de ansiedad, se realiza un entrenamiento en una estrategia de control de la activación, la técnica de control de la respiración, que constituye además una primera aproximación a la prescripción de actividades agradables. Para finalizar se asignan las tareas a realizar hasta la sesión siguiente.

La segunda sesión se centra en el trabajo sobre las actividades agradables. Tras un breve repaso de los contenidos de la sesión anterior y la revisión de las tareas intersesiones, se enseña a los participantes cómo afectan las actividades en el estado de ánimo planteando su carácter de círculo vicioso e introduciendo ejemplos que ilustran el proceso. Posteriormente, se plantean los pasos destinados a planificar la introducción de las actividades agradables mediante la elección de actividades que resulten agradables para cada uno, la selección de aquellas cuya introducción sea asequible y realista en el plazo de una semana y la planificación de la introducción de una actividad diaria de acuerdo a la situación personal de cada participante. Al ser el componente conductual el principal en esta intervención, la planificación de las actividades agradables se realizará también en las sesiones sucesivas. La sesión concluye con un breve ejercicio de relajación y la programación de las tareas intersesiones.

La tercera sesión se centra en el trabajo sobre los pensamientos negativos. Tras un breve repaso de la sesión anterior y la revisión de las tareas intersesiones, se explica a los participantes la relación circular entre los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento. A continuación se les enseña a ganar control sobre sus pensamientos con la práctica de técnicas como el balance de pensamientos, para poder contraponer un pensamiento positivo cuando aparece uno negativo, el uso de la exageración como manejo humorístico de las pequeñas preocupaciones del día a día, y se les enseñaba la técnica del doble parámetro para el manejo de la autocritica, consistente en hablarse a uno mismo igual que se haría con un amigo. Además, se trabaja sobre los logros y cualidades de uno mismo y se explica el autorrefuerzo y las ventajas de su aplicación. Posteriormente, se planifica la realización de dos actividades agradables diarias a realizar hasta la siguiente sesión, se prescriben las tareas intersesiones y se finaliza con un breve ejercicio de relajación.

La cuarta sesión se centra en el trabajo sobre las relaciones interpersonales. Tras la revisión y el repaso de las tareas de la sesión 3, se enseña a los participantes la relación circular entre los contactos con otras personas y el estado de ánimo, y se entrenan para mejorar en esta área. En concreto, se preparan para mejorar la actitud propia frente a los demás mediante la introducción de cambios en el modo de estar, se trabaja el estilo de comunicación asertivo y las maneras para poder incrementar sus contactos sociales. Se planifican tres actividades agradables diarias a realizar en la siguiente semana, se les anima a continuar aplicando las técnicas de manejo de pensamientos.

tos y se planifican los contactos sociales positivos a llevar a cabo hasta la siguiente sesión y, antes de finalizar, se realiza el ejercicio de relajación.

La quinta sesión se destina a consolidar los conocimientos adquiridos durante las sesiones anteriores y a mantener los progresos logrados. Se anima a los participantes a continuar realizando lo aprendido en el programa y se analizan las posibles dificultades que pudieran aparecer en el futuro y cómo abordarlas. Al final de la sesión se reserva un espacio para que los participantes compartan sus sensaciones con el grupo y realicen una valoración de la intervención.

Cada sesión dura aproximadamente 90 minutos y se aplica en grupos de aproximadamente 5 participantes. Las intervenciones cognitivo-conductuales en formato grupal han mostrado ser efectivas en el tratamiento de adultos mayores que padecen depresión (Krishna et al., 2011). El uso de formatos grupales en este tipo de intervenciones fomenta el crecimiento personal, aporta un espacio de seguridad, provee un contexto de ayuda y apoyo, proporciona contención emocional, favorece la empatía, mitiga el aislamiento social y permite la retroalimentación del grupo de iguales (Corey, 1995; Steuer et al. 1984). Se trata, además, de un formato de intervención especialmente adecuado si la depresión se acompaña de aislamiento social o duelo (Haight, 2005).

Conclusión

La intervención de prevención de la depresión descrita en el epígrafe anterior se ha evaluado y se ha mostrado eficaz para reducir la sintomatología depresiva subclínica y la prevención de nuevos episodios de depresión en adultos mayores.

Se trata de la primera experiencia de prevención indicada de la depresión con adultos mayores en nuestro país. Asimismo, su brevedad marca una característica diferenciadora respecto a las dos únicas experiencias de este tipo a nivel mundial (Konnert et al., 2009; Van't Veer Tazelaar et al., 2009).

A nivel práctico, esta intervención es de interés tanto para los adultos mayores, como para los terapeutas y los organismos que pudieran financiar el coste del tratamiento. Se trata de una intervención fácilmente adaptable a la situación particular de cada asistente, atractiva para los clínicos por su facilidad de uso en contextos clínicos reales y las implicaciones específicas para la práctica clínica. Asimismo, una intervención del estilo de ésta, puede resultar más práctica en un sistema social y sanitario público como el que tenemos en nuestro país, tanto por su brevedad, que permite una mayor difusión de la intervención, como por el formato grupal que permite atender a un mayor número de personas en menos tiempo. Asimismo, su carácter preventivo también aporta ventajas adicionales, ya que se ha encontrado que las acciones de prevención indicada realizadas en grupos con alta sintomatología pero que no llegan a un nivel clínico, resultan un 70% más coste-efectivas que el seguimiento clínico habitual (Smit et al., 2006).

Referencias

- Beekman, A. T. F., Copeland, J. M. y Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cuijpers, P., Smit, F. y Willemse, G. (2005). Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 133-138. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00416.x
- de Beurs, E., Beekman, A. T., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R. y van Tilburg W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Gallagher-Thompson, D. (1981). Behavioral group therapy with elderly depressives: An experimental study. En D. Upper y S. Ross (Eds.), *Behavioral group therapy* (pág. 187-224). Champaign: Research Press.
- Gotlib, I., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 90-100.
- Haight, R. S. (2005). Group psychotherapy. En B. Haight y F. Gibson, (Eds.). *Burnside's working with older adults: group process and technique*. (4ª ed.) (pág. 234-244). Boston, Massachusetts: Jones and Bartlett

Publishers.

- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J.P. Kopp, A. y Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179-1184. doi:10.1001/archinte.164.11.1179
- Karel, M. J. y Hinrichsen, G. (2000). Treatment of depression in late life: psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 20, 707-729.
- Konnert, C., Dobson, K. y Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging and Mental Health*, 13, 288-299. doi: 10.1080/13607860802380672
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. y Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 331-340. doi: 10.1002/gps.2546
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268. doi: 10.1037/h0035142
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pág. 313-359). New York: Academic Press.
- Smit, F., Willemse, G., Koopmaschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P. y Beekman, A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. Randomized trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 330-336. doi:10.1192/bjp.188.4.330
- Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., ... Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-189. doi:10.1037/0022-006X.52.2.180
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., ... Beekman A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 297 – 304.
- Vázquez, F. L. y Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.

➔ Enlace pdf con la presentación:

Alteraciones del equilibrio en los ancianos y riesgo de caídas: métodos de detección y estrategias de prevención mediante el empleo de la rehabilitación vestibular



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PARA PERSONAS MAYORES

Unidad de Trastornos Depresivos



Diapositiva 1

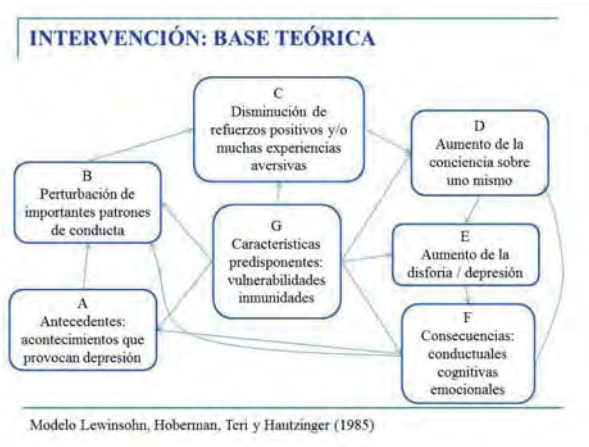


UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PARA PERSONAS MAYORES

Unidad de Trastornos Depresivos

Diapositiva 2



Diapositiva 3

INTRODUCCIÓN	
Características	
Características de la intervención	• 5 sesiones • 1 hora 30 minutos • Frecuencia semanal • Formato grupal
Población	• Adultos mayores con síntomas subclínicos
Objetivo	• Reducir la progresión de los síntomas hacia una depresión clínica

Diapositiva 4

INTERVENCIÓN: CONTENIDO	
Sesión	Contenidos
Sesión 1	La depresión, cómo afrontarla de manera activa
Sesión 2	Las actividades agradables
Sesión 3	Los pensamientos
Sesión 4	Las relaciones sociales
Sesión 5	Prevención de recaídas

Diapositiva 5

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN
■ OBJETIVOS: □ Presentación □ Propósito del programa de intervención □ Mejorar el conocimiento de los participantes sobre la depresión y sus consecuencias □ Propiciar un afrontamiento activo de los síntomas depresivos □ Aprender una estrategia de control de la activación

Diapositiva 6

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN
Contenidos
1. Presentación y normas del grupo
2. La depresión
3. La intervención de prevención de la depresión
4. Control de la activación
5. Cierre

Diapositiva 7

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN
■ 1. Presentación y normas del grupo □ Presentación de la terapeuta y los participantes ■ Nombre y qué le gusta hacer ■ Empieza el terapeuta para romper el hielo ■ Buscar puntos en común ■ Reforzar la asistencia

Diapositiva 8

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN
■ 1. Presentación y normas del grupo □ Establecimiento de las normas del grupo ■ 1. Asistencia ■ 2. Puntualidad ■ 3. Confidencialidad ■ 4. Escuchar y apoyar a los demás ■ 5. Respeto a la diversidad de opiniones ■ 6. Compartir el tiempo ■ 7. Practicar lo aprendido ■ 8. Comentar problemas, dudas o sugerencias ■ 9. Derecho a la privacidad.

Diapositiva 9

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN

- 2. La depresión
 - Diferenciación entre sentimientos de tristeza normales y la depresión clínica
 - Erradicación de ideas no realistas.
 - Epidemiología y descripción de la sintomatología de la depresión mayor
 - Datos sobre frecuencia
 - Descripción
 - Factores que pueden poner en riesgo de depresión a las personas mayores
 - Cambios en las relaciones familiares
 - Cambios laborales
 - Cambios económicos
 - Problemas de salud
 - Cambios en el ocio y el tiempo libre

Diapositiva 10

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN

- 3. La intervención de prevención de la depresión
 - Presentación de la intervención y de la idea de prevención
 - Formas de enfrentarse a la depresión
 - Acciones, pensamientos y sentimientos como producto del aprendizaje



Diapositiva 11

Acuerdo de trabajo: el contrato terapéutico

"La terapia requiere un compromiso por ambas partes, por ello podría ser de ayuda para nosotros aclarar qué puntos va a aportar cada uno,

El/la terapeuta _____ se compromete a mantener todas las sesiones y notificar si alguna se tiene que aplazar por causas de fuerza mayor, y le ayudará en todo lo que pueda, especialmente si usted está pasando por dificultades.

De forma similar, _____ me comprometo a asistir a todas las sesiones (salvo causas de fuerza mayor), trabajar activamente en mis problemas y ser abierto y franco acerca de los progresos que alcanzo."

(Firma participante)

(Firma terapeuta)

Diapositiva 12

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN

- 4. Control de la activación
 - La tensión es útil para la supervivencia. Pero cuando desborda, deja de ser adaptativa
 - Entrenamiento en la técnica de control de la respiración
 - Aplicable en cualquier situación con efectos rápidos
 - Fácil de aprender



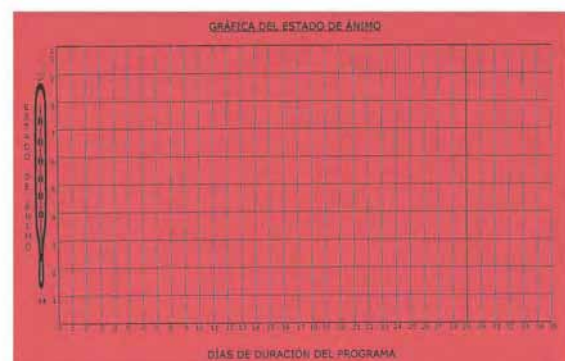
Diapositiva 13

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN

- 5. Cierre
 - Explicación de las tareas intersecciones:
 - Práctica de la técnica de control de la respiración y monitorización de su efecto
 - Monitorización del estado de ánimo

Diapositiva 14

Monitorización del estado de ánimo



SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

■ OBJETIVOS

- ❑ Incrementar el tiempo que la persona se dedica a sí mismo
- ❑ Aprender la relación entre las actividades y el estado de ánimo
- ❑ Aprender pautas y estrategias para incrementar las actividades agradables
- ❑ Planificar el incremento del número de actividades agradables diarias
- ❑ Mejorar el estado de ánimo

SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

Contenidos

- 1.Repaso
- 2.Cómo afectan las actividades en el estado de ánimo
- 3.Identificar las actividades agradables
- 4.Planificar la introducción de las actividades agradables
- 5.Programación de las actividades agradables
- 6.Control de la activación
- 7.Cierre

SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

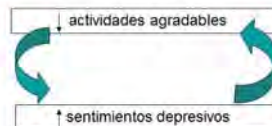
■ 1.Repaso

- ❑ Repaso de los contenidos principales de la sesión anterior
 - Consolidar ideas
 - Comprobar que se han entendido correctamente
- ❑ Revisión de las tareas para casa
 - Reforzar la práctica diaria
 - Corregir errores de ejecución
 - Comprobar evolución
 - Reforzar a los cumplidores
 - Remarcar la idea de la importancia de la práctica diaria para el éxito de la intervención

SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

■ 2.Cómo afectan las actividades en el estado de ánimo

- ❑ Explicación del círculo vicioso actividades agradables-estado anímico
- ❑ Espacio para la expresión personal
- ❑ Introducción de la idea de que el incremento de las actividades agradables mejora del estado de ánimo



SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

■ 2.Cómo afectan las actividades en el estado de ánimo

- ❑ Explicación del círculo vicioso actividades agradables-estado anímico
- ❑ Espacio para la expresión personal
- ❑ Introducción de la idea de que el incremento de las actividades agradables mejora del estado de ánimo



SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

ME GUSTARÍA...

■ 3. Identificar las actividades agradables

- ❑ Naturaleza individual de las actividades percibidas como agradables
- ❑ Elaboración de la lista personal de actividades agradables

ME GUSTARÍA...

Me gusta ir al supermercado
 al día
 ir de compras
 Reflexionar con el Sello
 estar con gente
 visitar a los familiares
 recibir una visita
 hablar por teléfono
 ir al banco
 hacer compras
 escuchar mi música
 fumar
 hacer pilates
 comer y beber con amigos

Diapositiva 21

Lista de actividades agradables

LISTA DE IDEAS DE ACTIVIDADES AGRADABLES

- Ver un programa que me gusta en la tele.
- Dar un paseo
- Hacer una lista de cosas que me gustan
- Ir de compras
- Leer el periódico/diario/revista
- Tomar un baño relajante
- Ir a la peluquería
- Hacer sobremesa con mi familia/amigos
- Responder en el correo
- Escribir una pequeña carta
- Arreglar/ordenar a las plantas
- Abandonar a los animales
- Jugar a las cartas/parchís/dominó
- Visitar a alguien (un familiar o amigo)
- Escuchar una música
- Ir a misa
- Hablar por teléfono con un ser querido (familiar/amigo)
- Acompañar a alguien a hacer recados (ir al banco, ir de compras)
- Estar/estar con los hijos/nietos
- Poner música
- Comer
- Cocinar mi comida favorita
- Hacer un dulce (pastelito, galletas, etc.)
- Comer algo que me gusta
- Confeccionar un pequeño capricho
- Dormir un buen sueño
- Arreglar algo (mueble, aparato, algo en casa, etc.)
- Hablar/ver algún deporte

Diapositiva 22

SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

4. Planificar la introducción de las actividades agradables

- ❑ Selección de actividades asequibles y realistas
- ❑ Incremento de la frecuencia
- ❑ Búsqueda de momentos realistas para la realización
- ❑ Planificación de una actividad agradable diaria a realizar de acuerdo a la situación personal
- ❑ Autoreforzo
- ❑ Contrato conductual

Diapositiva 23

Horario semanal de actividades agradables

	LUN.	MAR.	MIE.	JUE.	VI.	SAB.	DOM.
MAÑANA (8-12 h.)							
TARDE (13-18 h.)							
NOCHE (19-24 h.)							
NÚMERO DE ACTIVIDADES AGRADABLES ESTADO DE ÁNIMO AL FINAL DEL DÍA (0-10)							

Diapositiva 24

Formulario de compromiso personal

"Yo _____, me comprometo con la terapeuta y las otras personas del grupo a aumentar mi número de actividades agradables. Creo que es importante porque _____. Este compromiso abarcará una semana, desde ____ hasta ____."

Firma: _____

Diapositiva 25

SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

	LUN.	MAR.	MIE.	JUE.	VI.	SAB.	DOM.
MAÑANA (8-12 h.)	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo
TARDE (13-18 h.)							
NOCHE (19-24 h.)		Ver tele		No ocupado	Ver tele	Ver tele	Ver tele
NÚMERO DE ACTIVIDADES AGRADABLES ESTADO DE ÁNIMO AL FINAL DEL DÍA (0-10)	3	2	1	2	1	1	2

Yo _____, me comprometo con la terapeuta y las otras personas del grupo a aumentar mi número de actividades agradables. Creo que es importante porque _____ Este compromiso abarcará una semana, desde ____ hasta ____.

Firma: _____

Diapositiva 26

SESIÓN 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

5. Cierre

- ❑ Breve ejercicio de relajación
- ❑ Explicación de las tareas intersecciones:
 - Puesta en práctica de las actividades programadas
 - Autoreforzo por las tareas realizadas
 - Practicar ejercicio de relajación
 - Continuar completando la gráfica del estado de ánimo

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ OBJETIVOS

- ❑ Aprender la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo
- ❑ Identificar los pensamientos negativos
- ❑ Aprender a ganar control sobre los pensamientos
- ❑ Planificación de las actividades agradables
- ❑ Identificar algunos pensamientos que podrían dificultar la realización de actividades agradables
- ❑ Mejorar el estado de ánimo

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

Contenidos
1.Repaso
2.Conocer cómo influyen los pensamientos en el estado de ánimo
3.La técnica de balance de pensamientos
4.La técnica de autorrefuerzo
5.La técnica de exageración
6.Técnica del doble parámetro
7.Programación de las actividades agradables
8.Control de la activación
9.Programación de las actividades agradables
10. Cierre

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

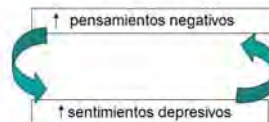
■ 1.Repaso

- ❑ Repaso de los contenidos principales de la sesión anterior
 - Consolidar ideas
 - Comprobar que se han entendido correctamente
- ❑ Revisión de las tareas para casa
 - Reforzar la práctica diaria
 - Corregir errores de ejecución
 - Comprobar evolución
 - Reforzar a los cumplidores
 - Remarcar la idea de la importancia de la práctica diaria para el éxito de la intervención

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ 2. Conocer cómo influyen los pensamientos en el estado de ánimo

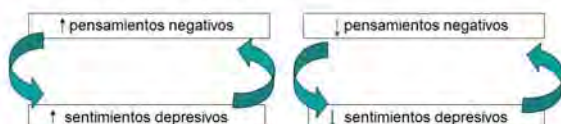
- ❑ El estado de ánimo depende de la calidad de nuestros pensamientos
- ❑ Explicación de la influencia de los pensamientos en las acciones y sentimientos
- ❑ Los beneficios de ser optimista



SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ 2. Conocer cómo influyen los pensamientos en el estado de ánimo

- ❑ El estado de ánimo depende de la calidad de nuestros pensamientos
- ❑ Explicación de la influencia de los pensamientos en las acciones y sentimientos
- ❑ Los beneficios de ser optimista



SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS



Diapositiva 33

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ 3. Técnica de balance de pensamientos

- Contrarrestar el efecto de un pensamiento negativo con otro positivo
- Completar la lista de cosas positivas



Diapositiva 34

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ 4. Técnica de autorrefuerzo

- Contrarresta pensamientos tipo "Soy un incapaz", "Soy un inútil"
- Autorreconocerse las cosas buenas que han hecho
- Premiarse por ellas

Diapositiva 35

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ 5. Técnica de la exageración

- Para contrarrestar las preocupaciones por las pequeñas preocupaciones del día a día
- Uso del sentido del humor para paliar los efectos de los pensamientos negativos
- Exagerar una preocupación hasta hacerla ridícula e incluso graciosa

Diapositiva 36

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

■ 6. Técnica del doble parámetro

- Para trabajar sobre los mensajes descalificadores
- Hablarse a sí mismo como lo haría con un amigo que se encontrase en la misma situación cuando surjan pensamientos negativos sobre uno mismo o la propia vida

Diapositiva 37

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

PENSAMIENTOS NEGATIVOS ¿Qué cosas negativas me estoy diciendo a mí mismo?	PENSAMIENTOS POSITIVOS ¿Qué le diría a un amigo que está en mi misma situación?
"Soy un idiota. No aprendo a usar el ordenador"	
"Soy un fracasado, no sé a qué voy. Si total no hago nada"	

Diapositiva 38

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

PENSAMIENTOS NEGATIVOS ¿Qué cosas negativas me estoy diciendo a mí mismo?	PENSAMIENTOS POSITIVOS ¿Qué le diría a un amigo que está en mi misma situación?
"Soy un idiota. No aprendo a usar el ordenador"	"Te estás esforzando mucho. Aprender necesita tiempo..."
"Soy un fracasado, no sé a qué voy. Si total no hago nada"	

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

7. Planificar la introducción de las actividades agradables

- ❑ Selección de actividades asequibles y realistas
- ❑ Incremento de la frecuencia
- ❑ Búsqueda de momentos realistas para la realización
- ❑ Planificación de DOS actividades agradables diarias a realizar de acuerdo a la situación personal
- ❑ Autoreforzo
- ❑ Contrato conductual

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

	LUN.	MAR.	MIÉ.	JUE.	VIÉ.	SAB.	DOM.
MAÑANA (8-15 h.)	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro
TARDE (15-20 h.)	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro	Leer un libro
NOCHE (20-8 h.)							
NÚMERO DE ACTIVIDADES AGRADABLES							
ESTADO DE ÁNIMO AL FINAL DEL DÍA (0-10)							

Yo, _____, me comprometo con el terapeuta y los otros miembros del grupo a aumentar mi número de actividades agradables. Cero que sea importante porque _____ Este compromiso abarca una semana, desde _____ hasta _____ Fecha _____

SESIÓN 3. LOS PENSAMIENTOS

8. Cierre

- ❑ Breve ejercicio de relajación
- ❑ Explicación de las tareas intersecciones:
 - Practicar la relajación
 - Monitorizar el estado de ánimo
 - Realizar las actividades agradables
 - Completar las fichas de manejo de pensamientos
 - Practicar las técnicas de manejo de pensamientos

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

OBJETIVOS:

- ❑ Aprender la relación entre los contactos sociales y el estado de ánimo
- ❑ Aprender pautas y estrategias para incrementar y mejorar las relaciones sociales
- ❑ Incrementar la cantidad y la calidad de las relaciones sociales
- ❑ Ganar control sobre las relaciones sociales
- ❑ Planificación de las actividades agradables y contactos
- ❑ Mejorar el estado de ánimo

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Contenidos
1.Repaso
2.Cómo influyen los contactos sociales en el estado de ánimo
3.El modo de estar
4.La asertividad
5.Relación entre la asertividad y las actividades agradables
6.Incrementando las situaciones sociales
7.Programación de las actividades agradables
8.Cierre

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

1.Repaso

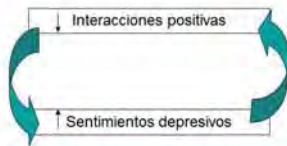
- ❑ Repaso de los contenidos principales de la sesión anterior
 - Consolidar ideas
 - Comprobar que se han entendido correctamente
- ❑ Revisión de las tareas para casa
 - Reforzar la práctica diaria
 - Corregir errores de ejecución
 - Comprobar evolución
 - Reforzar a los cumplidores
 - Remarcar la idea de la importancia de la práctica diaria para el éxito de la intervención

Diapositiva 45

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

■ 2. Cómo influyen los contactos sociales con el estado de ánimo

- Explicación de la influencia de las relaciones con otras personas en el estado de ánimo

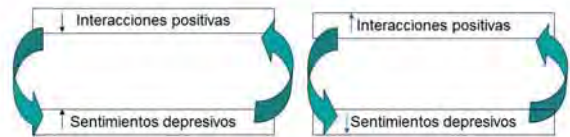


Diapositiva 46

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

■ 2. Cómo influyen los contactos sociales con el estado de ánimo

- Explicación de la influencia de las relaciones con otras personas en el estado de ánimo



Diapositiva 47

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

■ 3.El modo de estar

- Preparación de un cambio en el modo de estar
- Los sentimientos depresivos se manifiestan en nuestro modo de estar:
 - Cara: ¿sonríe de vez en cuando?, ¿mira a los ojos?
 - Cuerpo: ¿está desplomado?, ¿parece cansado o desganado?
 - Habla: ¿demasiado lenta y suave?, ¿tono muy alto o alterado?
 - Conversación: ¿muestra interés por lo que dicen otros?, ¿los critican la mayor parte del tiempo?, ¿interviene en la conversación?, ¿deja hablar?
 - Actitud: ¿se queja mucho?

Diapositiva 48

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

■ 4.La asertividad

- Identificar los estilos básicos de comunicación interpersonal
 - Pasivo
 - Agresivo
 - Asertivo
- Identificar los propios derechos
 - A decir que no
 - A pedir información
 - A considerar las propias necesidades
 - Cometer errores
 - A pedir ayuda
 - Cambiar de opinión
- Identificar y describir las situaciones en las que queremos ser más asertivos

Diapositiva 49

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

■ 4.La asertividad

- Planificar una situación en la que comportarse asertivamente
- Desarrollar pautas de lenguaje corporal adecuadas para la comunicación asertiva
 - Mire a los ojos
 - Voz firme y clara
 - Gestos que ilustren lo que está diciendo, evitar los gestos nerviosos
 - Distancia adecuada, de frente
 - Escuche
 - Intente comprender los motivos del otro, evite juzgarle
 - Hable en 1ª persona "Yo creo..."
 - No se centre en los aspectos negativos
 - Evite quejarse mucho

Diapositiva 50

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

■ 5.Incrementando las situaciones sociales

- Planeando un contacto social agradable como meta semanal
- ¿Quién?
- ¿Cuándo?
- ¿Cómo?
- ¿Qué hacer?
- ¿Plan alternativo?

Diapositiva 51

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES



CAMBIO PERSONAL SEMANAL

Modo de estar:

Asertividad:

Contacto social:

Diapositiva 52

- SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES**
- **6. Planificar la introducción de las actividades agradables**
 - ❑ Selección de actividades asequibles y realistas
 - ❑ Incremento de la frecuencia
 - ❑ Búsqueda de momentos realistas para la realización
 - ❑ Planificación de TRES actividades agradables diarias a realizar de acuerdo a la situación personal
 - ❑ Autorefuerso
 - ❑ Contrato conductual

Diapositiva 53

SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES

390 CAT

	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIÉ	SAB	DOM
MAÑANA (8-12 h.)	Paran Ducha	Paran Ducha	Paran Ducha	Paran Ducha	Paran Ducha	Paran Ducha	Paran Ducha
TARDE (13-18 h.)	Leer	Ver Tele	Repasar	Ver Tele	Repasar	Ver Tele	Repasar
NOCHE (19-24 h.)	Ver Tele	Ver Tele	Ver Tele	Ver Tele	Ver Tele	Ver Tele	Ver Tele
NÚMERO DE ACTIVIDADES AGRADABLES							
ESTADO DE ÁNIMO							

Yo, _____ me comprometo con el terapeuta y las otras personas del grupo a aumentar el número de actividades agradables. Creo que es importante porque _____ Este compromiso durará una semana, desde _____ hasta _____

Diapositiva 54

- SESIÓN 4. LAS RELACIONES INTERPERSONALES**
- **7. Cierre**
 - ❑ Breve ejercicio de relajación
 - ❑ Explicación de las tareas intersecciones:
 - Practicar la relajación
 - Monitorizar el estado de ánimo
 - Realizar las actividades agradables
 - Practicar las técnicas de manejo de pensamientos
 - Realizar el plan de cambio personal

Diapositiva 55

- SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**
- **OBJETIVOS:**
 - ❑ Afianzar y mantener los progresos adquiridos durante el programa
 - ❑ Reforzar la sensación de control sobre la propia vida
 - ❑ Prevención de recaídas. Analizar las dificultades futuras y cómo abordarlas
 - ❑ Valoración del programa

Diapositiva 56

SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Contenidos
1. Repaso
2. Prevención de recaídas
3. Aspectos de terminación

Diapositiva 57

SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

■ 1. Repaso

- ❑ Repaso de los contenidos principales de la sesión anterior
 - Consolidar ideas
 - Comprobar que se han entendido correctamente
- ❑ Revisión de las tareas para casa
 - Reforzar la práctica diaria
 - Corregir errores de ejecución
 - Comprobar evolución
 - Reforzar a los cumplidores
 - Remarcar la idea de la importancia de la práctica diaria para el éxito de la intervención

Diapositiva 58

SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

■ 2. Prevención de recaídas

- ❑ Consolidar los efectos del entrenamiento y facilitar el mantenimiento y generalización de la ejecución de las técnicas
- ❑ No esperar a que las cosas vayan mal para prestar atención al propio bienestar
- ❑ Recordar los recursos aprendidos para cuidar de la salud emocional

Diapositiva 59

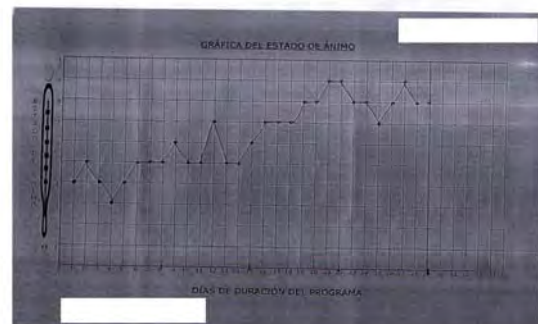
SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

■ 2. Prevención de recaídas

- ❑ Analizar las dificultades futuras y cómo abordarlas
 - El programa no podrá impedir que en el futuro tengan dificultades o se sientan tristes en algún momento
 - Ahora tienen más herramientas para manejar las dificultades y emociones negativas.
- ❑ Ventajas de mantener un estado de ánimo positivo
- ❑ Evolución de cada participante durante la intervención
 - Reforzamiento y cuestiones a mejorar si las hubiese

Diapositiva 60

SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS



Diapositiva 61

SESIÓN 5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

■ 3. Aspectos de terminación

- ❑ Espacio para las opiniones y sugerencias de los participantes
 - Compartir alguna cuestión con el grupo
 - Intercambio de información, números de teléfono
 - Valoración de la intervención
 - Separación gradual de contacto terapéutico

Diapositiva 62

Gracias por su atención



Taller:

Las nuevas tecnologías como herramienta para la atención social

Ana Peñalver Blanco

Loreto Somoza Concheiro

➔ Enlace pdf con la presentación:

Las nuevas tecnologías como herramienta para la atención social



Las nuevas tecnologías como herramienta a la atención social

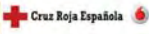
Diapositiva 1

Diapositiva 2





Fundación de servicios sociales







Las nuevas tecnologías como herramienta a la atención social



A compañía que lidera en España el sector de redes fijas de telefonía. Suministra a toda la red de Cruz Roja Española de servicios de voz y datos.



Fundada en Reino Unido en 1984, Vodafone es uno de los mayores proveedores de soluciones de telefonía móvil del mundo. Es el proveedor principal de telefonía móvil de Cruz Roja.



Compañía inglesa fundada en 1957. Líder mundial en fabricación de terminales de Telesistencia. Es el proveedor actual del sistema de Telesistencia de Cruz Roja Española.



Compañía norteamericana de soluciones de comunicación. Cruz Roja Española emplea tecnologías Qualcomm en sus proyectos de videoatención 3G.



Compañía gallega que fabrica y suministra los terminales y el sistema de geolocalización.

La Fundación Vodafone España colabora con Cruz Roja... que además tiene constituido conjuntamente con Vodafone la fundación TECSOS para el desarrollo de nuevas tecnologías de utilidad social.

Cada vez más cerca de las personas 

Diapositiva 3

Diapositiva 4

PROGRAMA DE MAYORES




Cruz Roja Española, a través de su *programa marco de personas mayores*, lleva tiempo trabajando en la línea de potenciar las capacidades de las personas y grupos sociales más vulnerables en su vida cotidiana, favoreciendo su autonomía personal, su plena integración y previniendo la dependencia en la medida de lo posible.

Cada vez más cerca de las personas 

PROGRAMA DE MAYORES

Los principios en los que basamos nuestra intervención son:

Promoción autonomía personal	Prevención y atención dependencia
PROXIMIDAD	
Empoderamiento de los cuidadores	Calidad e Innovación TIC

Cada vez más cerca de las personas 

Diapositiva 5

Diapositiva 6

PROGRAMA DE MAYORES

Servicios de promoción de autonomía personal




Cada vez más cerca de las personas 

PROGRAMA DE MAYORES

Tecnología para las personas




Desarrollo		
Telesistencia	Geolocalización	
Innovación		
Telesistencia Móvil	Telesistencia 2ª generación	Videoatención & Social TV

Cada vez más cerca de las personas 

Diapositiva 7



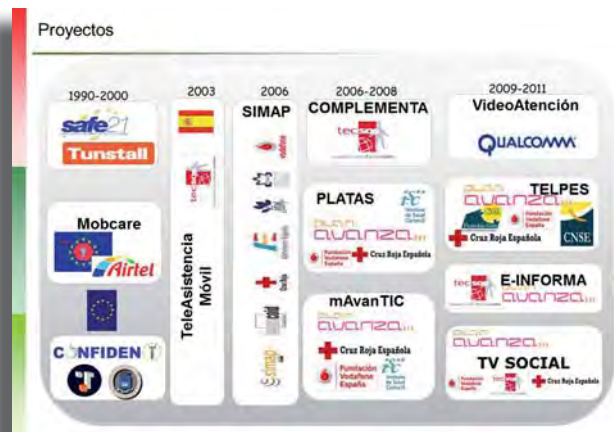
Diapositiva 8



Diapositiva 9



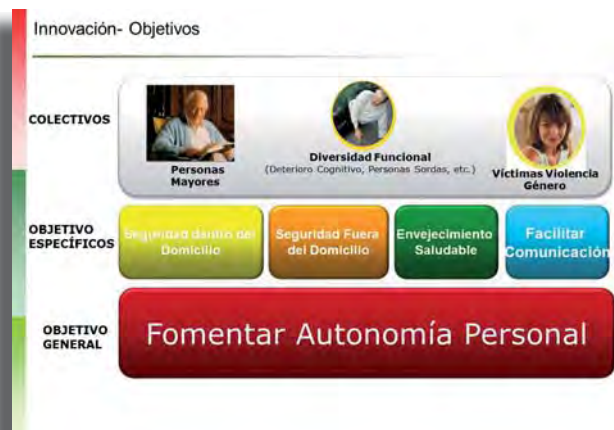
Diapositiva 10



Diapositiva 11



Diapositiva 12



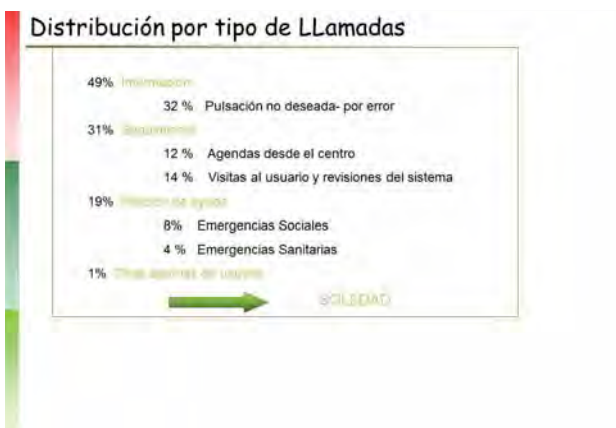
Diapositiva 13



Diapositiva 14



Diapositiva 15



Diapositiva 16



Diapositiva 17



Diapositiva 18



Diapositiva 19

Teleasistencia II Generación

Justificación

- La cifra de siniestros dentro del hogar en los que se ven implicadas las personas de 65 y más años asciende al 11,49%
- Uno de cada dos personas mayores de más de 80 años sufrió el pasado año un accidente en el hogar.
- La tecnología puede permitir hoy una racionalización en la gestión de los recursos y una interesante relación coste/eficacia que debe ser valorada por quienes tienen a su cargo la gestión de los servicios sociales y sanitarios.

Diapositiva 20

Teleasistencia II Generación

Complementa la TELEASISTENCIA DOMICILIARIA actual, con una serie de dispositivos periféricos y servicios de información para incrementar la seguridad en el hogar de los usuarios.

Dispositivos de vida segura:
controlan la inactividad y movimiento de los usuarios.

- Detector de caídas
- Detector de movimiento
- Sensor cama-salón

Dispositivos de entorno seguro: permiten una detección precoz de la alarma para una rápida intervención.

- Detector de humo
- Detector de gas

Diapositiva 21

Teleasistencia II Generación

OBJETIVO GENERAL

Prevención de la siniestralidad de accidentes domésticos Mediante un sistema tecno-asistencial.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Permanecer más tiempo en su domicilio
- Detección precoz de emergencias en el hogar
- Mejorar su Continuidad y Seguridad
- Reducir costes Socio-Sanitarios

Diapositiva 22

Innovación- Objetivos

COLECTIVOS

- Personas Mayores
- Diversidad Funcional (Deterioro Cognitivo, Personas Sordas, etc.)
- Víctimas Violencia Género

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Seguridad dentro del Domicilio
- Seguridad Fuera del Domicilio
- Envejecimiento Saludable
- Facilitar Comunicación

OBJETIVO GENERAL

Fomentar Autonomía Personal

Diapositiva 23

Parte-I Introducción

Teleasistencia Domiciliaria

Teleasistencia Móvil

- Cruz Roja Española
- TeleAsistencia Móvil Violencia de Género
- SIMAP
- TeleAsistencia Móvil Personas Mayores

Parte-II proyecto paSOS

paSOS

Diapositiva 24

Teleasistencia Móvil

TELEASISTENCIA FIJA

Comienzo 1989

2003

Gracias a los avances en:

- Comunicaciones Móviles.
- Sistemas de Localización.

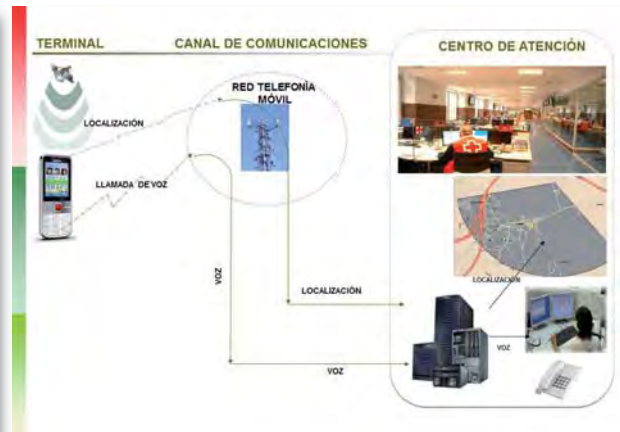
TELEASISTENCIA MÓVIL

Comienzo 2005

Diapositiva 25



Diapositiva 26



Diapositiva 27



Diapositiva 28



Diapositiva 29



Diapositiva 30



Diapositiva 31

SIMAP-Usuarios Deterioro Cognitivo/Alzheimer

Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales



Es un servicio de localización para personas con Alzheimer o deterioro cognitivo. Permite, gracias a un programa de avisos, obtener la información necesaria sobre la ubicación y los movimientos de la persona que porta el dispositivo.

Diapositiva 32

SIMAP

Características especiales

- Funda de Seguridad.
- Alarmas por entrada/salida en área de peligro/seguridad.
- Alarma de velocidad.
- Mapas con referencias personalizadas.
- Servicio de Alertas.
- Múltiples vías de localización de los familiares.

Diapositiva 33

GALICIA



7.500 usuarios/as 1700 periféricos



SIMAP 250 usuarios/as



TeleAsistencia Móvil Violencia de Género 359 usuarias



TeleAsistencia Móvil Mayores 40 usuarios/as

Diapositiva 34

Innovación- Objetivos



Diapositiva 35

¿Qué es paSOS?

Protocolo de Asistencia SOS

Es un protocolo **abierto** y **gratuito** que permite la comunicación entre los Terminales de teleasistencia móvil y las centrales de alarma.



Diapositiva 36

Situación Actual



Diapositiva 37



Diapositiva 38



Diapositiva 39



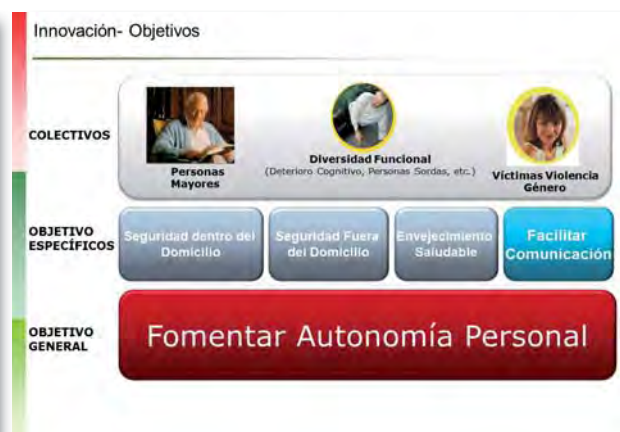
Diapositiva 40



Diapositiva 41



Diapositiva 42



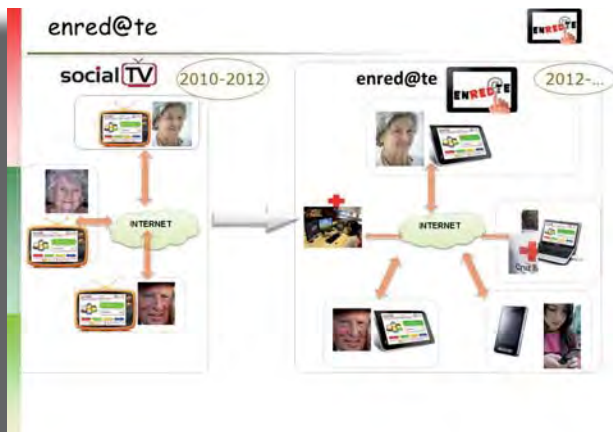
Diapositiva 43



Diapositiva 44



Diapositiva 45





Taller:

Taller práctico: envejecimiento activo y saludable; “coaching” para la salud

Maria José Lozano Lorenzo

Fundamentación:

No siempre es fácil realizar el tránsito natural de una etapa a otra en el ciclo vital, y menos cuando la reestructuración que se está dando a nivel social, económico y político del país obligan a una readaptación rápida de los individuos a su medio más inmediato, la familia. Muchas veces la tensión acumulada y las emociones vividas no tienen el espacio adecuado para ser atendidas. Sólo después de cierto tiempo, cuando la salud corre peligro, es cuando uno se acuerda de “todo lo acumulado”, primero en su mente y después en su cuerpo, con la enfermedad.

El “COACHING” es una disciplina que sirve para desarrollar el máximo potencial de las personas de cara a lograr que éstas alcancen sus objetivos. El “COACHING” en el ámbito de la salud tiene como razón y propósito lograr un estado de excelencia personal. Por su parte, un envejecimiento activo y saludable pasa por conocer nuestros recursos internos y saber cómo activarlos en beneficio propio; sólo así podremos gozar de una mayor calidad de vida que nos facilita continuar disfrutando de los nuestros, de lo que tenemos y de nuestro entorno.

Proponemos un taller de prevención para conseguir que fácilmente las personas mayores crezcan, junto con los que más quieren, de manera saludable y ecológica.

Objetivos:

- Conseguir un buen manejo de las emociones y del estrés provocado por los miedos, inseguridades y preocupaciones propios de la edad.
- Ser capaces de realizar transiciones de una etapa a otra de la vida con eficacia.
- Aprendizaje de autocontrol y responsabilidad emocional.

Contenido:

- 1 Aprendizaje y activación de los recursos internos.
- 2 Estudio de las cinco inteligencias y los diferentes niveles de conciencia.
- 3 Estudio de proceso salud-enfermedad en relación con la autoestima y las relaciones interpersonales.
- 4 Las emociones y la salud.

Metodología:

Modelado Conductual Evolutivo (DBM®) de John McWhirter

Programación Neurolingüística – Técnicas grupales -

Hipnosis Ericksoniana, “Coaching” Transpersonal y la Terapia sistémica de Bert Hellinger, entre otros.

Conclusión:

La realización de este taller vivencial ofrece un soporte de ayuda para los profesionales y técnicos que trabajan con personas mayores y lograr los objetivos expuestos.

Duración : 90 minutos

Nº de participantes : 20

Material: Sala con sillas , sin mesas. Papelógrafo. Proyector. Conexión a Internet.

Bibliografía:

- Hellinger, Bert. (2006). Los órdenes de la ayuda. Buenos Aires. Alma Lépik.
- Ituarte A. (1992). Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico. Madrid. Siglo XXI
- Jeffrey S. Applegate, Janet R & Shapiro. (2005). Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practise. Boston. W.W.
- McWhirter J. (2005). Development Behaviour Modelling (DBM®). Disponible en [www .sensorysystems.co.uk](http://www.sensorysystems.co.uk), rescatado el día 7 de noviembre de 2008.
- Northen H. Clinical Social Work. (1995). Knowledge and Skills. New York. Columbia University.

➔ Enlace pdf con la presentación:

Taller práctico: envejecimiento activo y saludable; coaching para la salud

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE : “COACHING” PARA LA SALUD

Facilitadora: M^a José Lozano Lorenzo. Trabajadora Social. Terapeuta. Coach.



Diapositiva 1

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE : “COACHING” PARA LA SALUD

Facilitadora: M^a José Lozano Lorenzo. Trabajadora Social. Terapeuta. Coach.

Diapositiva 2

ENTREVISTA AL DR. JORGE CARVAJAL

- Médico cirujano de la Universidad de Andalucía.
- Pionero de la medicina Bioenergética en Hispanoamérica y creador de la Sintergética.
- Creador de Viavida, sociedad destinada a la investigación, asistencia y docencia de esta nueva forma de ver la medicina.

La salud y las emociones

¿Cuáles son las emociones que más nos perjudican la salud?

- Un 70% de las enfermedades del ser humano vienen del campo de la **conciencia emocional**.
- El **temor**, que es la ausencia de amor, es la gran enfermedad, el común denominador de buena parte de las enfermedades que hoy tenemos. Cuando el temor se queda congelado afecta al riñón, a las glándulas suprarrenales, a los huesos, a la energía vital, y puede convertirse en pánico.

¿Nos hacemos los fuertes y descuidamos nuestra salud?

- De héroes están llenos los cementerios. Te tienes que cuidar. Tienes tus límites, no vayas más allá, si no destruyes tu cuerpo.
- ¿Cómo nos afecta la ira?
- La ira es una emoción positiva porque te lleva a la autoafirmación, a la búsqueda de tu territorio, a defender lo que es tuyo, lo que es justo. Pero cuando la ira se vuelve irritabilidad, agresividad, resentimiento, odio..., se vuelve contra ti y afecta al hígado, la digestión, el sistema inmunológico.

¿Y la tristeza?

- La tristeza es un sentimiento que puede llevarte a la depresión cuando te envuelves en ella y no la expresas, pero también puede ayudarte.
- La tristeza te lleva a contactar contigo mismo y a restaurar el control interno.
- Todas las emociones negativas tienen su propio aspecto positivo, las hacemos negativas cuando las reprimimos.

¿Es mejor aceptar esas emociones que consideramos negativas como parte de uno mismo?

- Como parte para transformarlas, es decir, cuando se aceptan, fluyen, y ya no se estancan, y se pueden transmutar. Tenemos que canalizarlas para que lleguen desde el corazón a la cabeza.

¿Qué es la ansiedad?

- Cada vez más personas sufren ansiedad.
- La ansiedad es un sentimiento de vacío, que a veces se vuelve un hueco en el estómago, una sensación de falta de aire.
- Es un vacío existencial que surge cuando buscamos fuera en lugar de buscar dentro.
- Surge cuando buscamos en los acontecimientos externos, cuando buscamos muletas, apoyos fuera de nosotros, cuando no tenemos la solidez de la búsqueda interior.
- Si no aceptamos la soledad y no nos convertimos en nuestra propia compañía, vamos a experimentar ese vacío y vamos a intentar llenarlo con cosas y con posesiones. Pero como no se puede llenar con cosas, cada vez el vacío aumenta.

¿Y qué podemos hacer para liberarnos de esa angustia?

- La angustia no se puede pasar comiendo chocolate, o con más calorías, o buscando un príncipe azul fuera.
- La angustia se pasa **cuando entras en tu interior, te aceptas como eres y te reconcillas contigo mismo.**
- La angustia viene de que no somos lo que queremos ser, pero tampoco lo que somos, entonces estamos en el "debería ser", y no somos ni lo uno ni lo otro.

Diapositiva 9

¿Qué nos dice del estrés?

- El estrés es otro de los males de nuestra época. Viene de la **competitividad, de la creencias de que "debo ser perfecto"**, Quiero ser mejor, quiero dar una nota que no es la mía, de que quiero imitar.
- Y realmente sólo se puede competir cuando decides ser tu propia competencia, es decir, **cuando quieres ser único, original, auténtico, no una fotocopia de nadie.**
- El estrés destructivo perjudica **el sistema inmunológico**. Pero un buen estrés te permite estar alerta, despierto en las crisis y poder aprovecharlas como **una oportunidad para emerger a un nuevo nivel de conciencia.**

Diapositiva 10

¿Qué nos recomienda para sentirnos mejor con nosotros mismos?

- **La soledad.** Estar con uno mismo cada día unos **15 minutos**. Así tendemos un puente hacia la **verdadera salud. Es el acceso a nuestro ser interior.**
- El mejor tiempo para uno mismo es la **primera hora de la mañana**, cuando estamos frescos y descansados.

Diapositiva 11

¿Qué es para usted la felicidad?

- Es la esencia de la vida. Es **vivir el presente.**
- La felicidad no es placer, **es integridad.**
- Somos felices cuando **confiamos en nosotros**, cuando **nos encomendamos transpersonalmente a un nivel de conciencia que trasciende el pequeño yo o ego.**
- Somos felices **cuando no nos desplazamos a nosotros mismos**, cuando estamos en paz y a salvo con la vida y con nuestra conciencia.

Diapositiva 12

¿Cómo lograr vivir el presente?

- **Dejando ir el pasado** y no hipotecarnos la vida a las **expectativas del futuro.**
- Volcándonos en el **ser** y no en el tener.
- La felicidad tiene que ver con la **realización de uno mismo** y ésta con la capacidad de **habitar la realidad.**
- Y vivir la realidad es salir del mundo de la confusión.

Diapositiva 13

¿Tan confundidos estamos en su opinión?

- Tenemos **tres ilusiones** enormes que **nos confunden** :
- Primero creemos que somos **un cuerpo sin nuestro ser esencial**, cuando el cuerpo es el instrumento de la vida y se acaba con la muerte.
- Segundo, creemos que el sentido de la vida es el **placer**. Pero **a más placer** no hay más felicidad sino **más dependencia**. Placer y felicidad no es lo mismo. Hay que consagrar el placer a la vida y no la vida al placer.
- La tercera ilusión es el **poder**. Creemos que tenemos el poder infinito de vivir.

Diapositiva 14

¿Qué necesitamos realmente para vivir? ¿acaso el amor?

- El amor, tan traído y tan llevado, y tan calumniado, **es una fuerza renovadora.**
- El amor **crea cohesión. Todo lo ordena.**
- En el amor **se restaura la armonía.**
- En el amor **todo está vivo**, como un río que se renueva a sí mismo.
- No hay que confundir el enamoramiento, que es una variante del apego y **produce dependencia**, con el amor.

¿Nos puede dar un consejo para alcanzar el amor verdadero?

- Solamente **la verdad**. **Confía** en la verdad.
- Tienes un **derecho sagrado**, que es el derecho a **equivocarte**.
- Tienes **otro**, que es el derecho a **perdonar**, porque el **error es tu maestro**.
- **Amate, sincérate y considérate**. Si tú no te quieres, no vas a encontrar a nadie que te pueda querer.
- **El amor produce amor**. Si te amas, vas a encontrar el amor. Si no, vacío.
- No busques una migaja, **eso es indigno de ti**.

Entonces, ¿la clave?

- Amarse a sí mismo.
- Aceptarse a sí mismo.
- **Acéptate como eres; sólo así puedes aceptar a los demás y ellos te pueden aceptar a ti.**
- **Lo que no aceptamos no lo podemos transformar, y la vida es una corriente de transformación permanente.**

¿Algo más?

- **Sí :**
- **Usa siempre tu discernimiento,**
- **Escucha tu corazón al leer un mensaje.**
- **Sólo lee los mensajes que te hagan vibrar.**
- **Si algún mensaje te molestara sólo deséchalo.**
- **Sigue tu verdad interna.**

SENTIR

- La vibración del sonido y las palabras resuenan en cuerpo y llegan a todas las células...

SIENTE

LAS CINCO INTELIGENCIAS

- 1ª RACIONAL, LA MENTE – creencias y evidencias .
- 2ª EMOCIONAL, LAS EMOCIONES
- 3ª SOMÁTICA, EL CUERPO
- 4ª LA INTELIGENCIA DEL CAMPO – familia, educación, sociedad y cultura. Tarea: sembrar conciencia.
- 5ª EL SER INTERIOR O SABIDURÍA

RELACIÓN ENTRE ELLAS



Diapositiva 21

LIBERACIÓN DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS TÓXICOS.

- APROVECHA TUS PULMONES PARA SOLTAR.
- PON ATENCIÓN A LA LIBERACIÓN
- DA GRACIAS POR ESA LIBERACIÓN QUE TU COMPAÑERA/O ACABA DE REALIZAR PARA TI.
- SIENTE EL MENSAJE DE LA MÚSICA, VIVIR SI MIEDO...

Diapositiva 22

ACEPTACIÓN

- AMOR INCONDICIONAL
- A LOS DEMÁS
- A UNO MISMO
- ATENCIÓN AL "SI" DEL COMPAÑERO,
- ¿CÓMO RECIBES ESE "SI"?

Diapositiva 23

BENEFICIOS DE LA RISA

Las cosas no tienen gracia si tú no tienes sentido del humor.

- El humor, la risa y la sonrisa tienen innumerables beneficios psicológicos, nos ayudan a superar los problemas que se nos presentan de la mejor manera.
- La risa previene enfermedades del corazón, ya que una de las principales causas de ataque al corazón son el **miedo y el enojo**.
- Reírse nos hace sentir vivos y **reduce el nivel de estrés**.
- El humor es el camino más directo para conectarse con uno mismo y mejorar **la relación con los demás**.
- En el trabajo, la gente puede aprender a usar la risa para incrementar tanto la satisfacción personal como la **productividad**.

Diapositiva 24

LA RISA, AEROBIC INTERNO.

- Al reír o **carcajadas** se ejercitan todos los sistemas de nuestro cuerpo. El Doctor y psiquiatra **William Fry**, investigó sobre los efectos de la risa. Dice que una buena carcajada equivale a 10 minutos de ejercicio físico.
- Movilizamos hasta 400 músculos (de la cara, torso, pulmones, corazón, hombros, brazos, abdomen, diafragma y piernas), si no reímos nos atrofiamos.
- La risa produce un reconfortante masaje en las vísceras eliminando toxinas.
- La risa expulsa de forma prolongada, intensa y explosiva el aire que contribuye a vaciar y limpiar los pulmones.
- Al reír disminuimos el **cortisol**, la hormona que interviene en los síntomas negativos del estrés, la que deprime el sistema inmunológico.
- Con la risa el endotelio – una capa de células que cubren el corazón, los vasos sanguíneos y otros órganos- se expande y permite un mejor flujo sanguíneo por todo el cuerpo.
- Cuando nos reímos segregamos **endorfinas**, con propiedades analgésicas semejantes a la morfina. Las endorfinas **tortalecen el sistema inmunológico** y favorecen el incremento de los linfocitos NK, que son células inmunitarias que atacan las células virales o cancerosas.

Diapositiva 25

ADEMÁS LA RISA...

- Es incompatible con los estados de ánimo negativos como la depresión, pues se libera **dopamina y serotonina** que intervienen en un estado de **ánimo positivo**.
- Tiene un efecto tranquilizador, ayuda a aliviar la tensión muscular, a armonizar el sistema nervioso y a regular el pulso cardíaco

Diapositiva 26

TODO CAMBIA

- SOLTAR Y TOMAR
- ADAPTARSE AL CAMBIO
- DELEGAR
- VIVIR EL PRESENTE
- NO APEGOS
- HACER SITIO PARA LO NUEVO
- CONEXIÓN CON EL SER ESENCIAL

Moito ^{por} vivir
^{por} disfrutar

Taller:

Taller: ¿Y si yo decido mi futuro?

**CAPACIDAD DE AUTOGESTIÓN. ANTICIPANDO
MIS DECISIONES**

Introducción

Según la ONU 650 millones de personas viven con alguna discapacidad. En países con esperanza de vida mayor de 70 años, el 11,5% de la vida de un individuo, transcurre con incapacidades. Es la mayor minoría -10%- de la población mundial. El porcentaje aumenta debido al crecimiento de la población, avances de la medicina y proceso de envejecimiento en ocasiones ligado al deterioro cognitivo de la persona que limita su capacidad de autogobierno. El tratamiento de la discapacidad no siempre ha sido igual. En el siglo XX, a partir de los años 50 se percibe una evolución gradual en las normas relacionadas con la discapacidad. Aparecen las primeras resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, relativas a la prevención y rehabilitación de la discapacidad. El enfoque se basaba en un modelo médico-rehabilitador, donde se la trataba como una deficiencia a corregir para que la persona alcanzase la igualdad. En los 70, comienza a darse paso al criterio social sustituyéndose el criterio asistencia por el de derechos¹. En los 80 se supera el modelo médico-rehabilitador y se adopta un modelo social en el marco internacional a través de la aprobación del Programa de acción mundial para las personas con discapacidad, cuyo objetivo era la equiparación de oportunidades², plasmado en el reconocimiento de derechos principalmente de índole económica y social. A finales de los 80 se intentó aprobar un proyecto de Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad que fue rechazado. En 1993 se dictaron unas normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad que, pese a no ser vinculantes, constituyeron un documento clave al introducir una nueva perspectiva basada en los derechos humanos de las personas con discapacidad. Consciente de los abusos generalizados que se seguían cometiendo en contra de las personas con discapacidad, la ONU no ocultaba la necesidad de saldar lo que se consideraba una cuenta pendiente con este colectivo. Encargó la redacción de tres informes³ que demostraron que aquéllas se encontraban jurídicamente en una situación de desventaja en comparación con otros colectivos vulnerables (mujeres, niños, etc), que ya se encontraban protegidos por Convenciones temáticas y por un órgano internacional de vigilancia que les garantizaba el reconocimiento formal y efectivo de sus derechos. Tras las conclusiones de estos tres informes, la ONU aprobó la Convención de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (CNUDHDP), el 13 de diciembre de 2006, ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entra en vigor el 12 de mayo de 2008, que asume el fenómeno como una cuestión de derechos humanos. Las personas con discapacidad dejan de ser objeto de cuidados para pasar a ser sujetos de derechos. Cobra capital importancia el reconocimiento de la capacidad de las personas, y particularmente de aquellas con discapacidad, para la toma de decisiones, equiparándose la capacidad jurídica y la capacidad de

1 En este contexto se proclaman la Declaración de derechos del retrasado mental, en el año 1971; o la Declaración de los derechos de los impedidos, en el año 1975, donde se empieza a hacer un reconocimiento expreso de ciertos derechos económicos y sociales. Sin embargo, todavía subyace un cierto enfoque basado en la beneficencia.

2 El paradigma de este modelo se podía resumir en el lema todos somos diferentes pero con los mismos derechos.

3 Principios, orientaciones y garantías para la protección de las personas recluidas por mala salud mental o que padecen trastornos mentales. Elaborado por Erica-Irena A. Daes, Relatora Especial por la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías en el año 1986-87. Los derechos humanos y las personas con discapacidad. Coordinado por Leandro Despouy, designado relator especial por la subcomisión en el año 1.993. Derechos Humanos y Discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto. Elaborado por Gerard Quinn y Theresia Degener.

obrar⁴. El concepto de discapacidad deja de focalizarse en la persona para encontrarse en la sociedad. Los Estados deben ajustes razonables para que aquélla pueda ejercitar todos sus derechos en igualdad de condiciones con los demás. Se pasa de un sistema protector a uno de apoyos. En la fase final de la vida, un colectivo muy importante de ancianos vivirán con una o más discapacidades, algunas limitantes paulatinamente de su capacidad de autogobierno. El ordenamiento jurídico ha venido dando un tratamiento protector y sustitutivo de la voluntad respecto a las personas con discapacidad. En España, hasta el año 1.983 existía un sistema de tutela de familia. El Consejo de Familia sustituía la voluntad de la tutelada. En 1.983 se cambia al modelo de tutela de autoridad. La sustitución de la voluntad del pupilo se hará por su tutor pero bajo el control y supervisión del juez y el fiscal. Seguimos con un ordenamiento claramente proteccionista que permite la toma de decisiones trascendentales para la vida de la persona protegida sin su necesaria intervención. La CNUDHPD rompe este sistema, buscando la protección de la persona pero sin suplantar su voluntad sino dotándola de los apoyos precisos para que aquélla pueda formarse y expresarse libremente, teniendo siempre en cuenta sus necesidades, preferencias y deseos. El principio de autonomía ya había sido puesto de relieve antes en el ámbito sanitario y, posteriormente en la Ley de Patrimonio Protegido⁵, de carácter eminentemente preventivo, y que incorporó nuevos mecanismos de protección y autogestión de las personas con discapacidad.

El patrimonio protegido

Uno de los elementos que más y mejor incide en el bienestar de las personas con discapacidad es la existencia de medios económicos a su disposición para atender sus propias necesidades vitales. La ley 41/2003 crea el patrimonio protegido como un patrimonio aislado y de destino con la finalidad de mantener dichas necesidades básicas de la persona con discapacidad (incapacitada o no). Puede ser constituido por la propia persona que tenga reconocido un grado de discapacidad física igual o superior a un 65%; o uno igual o superior a un 33%, si es discapacidad psíquica y tiene capacidad suficiente para ello; o por sus padres, tutores o curadores. El guardador de hecho de una persona con discapacidad psíquica en beneficio de ésta con los bienes que sus padres o tutores le hubieren dejado por título hereditario o hubiera de recibir en virtud de pensiones constituidas por aquéllos y en los que hubiera sido designado beneficiario. Cualquiera con interés legítimo podrá solicitar que la persona con discapacidad o sus padres, tutores o curadores, constituyan un patrimonio protegido, ofreciendo al mismo tiempo una aportación suficiente para este fin. Si se negasen sin justificación, podrá acudir al fiscal para que inste del juez lo que proceda atendiendo al interés de la persona con discapacidad. La redacción de la norma evidencia que el legislador pensaba más bien en los hijos con discapacidad que sobreviven a sus padres que en las personas de edad avanzada. Se echa en falta alguna referencia en igual sentido a los hijos o descendientes, guardadores de hecho de sus padres que, en ocasiones contribuyen con sus aportaciones al sostenimiento de las necesidades básicas de aquellos cuando son ancianos y van perdiendo habilidades, especialmente cuando se institucionan en centros privados que son sufragados con la ayuda económica de sus hijos. No prevé la ley que el guardador de hecho de las personas mayores puedan constituir un patrimonio protegido en ningún supuesto. Sólo cabría por el propio titular del mismo o si mediase previamente una incapacitación judicial, total o parcial, con designación de tutor o curador, lo que podría no llegar a tiempo cuando hablamos de mayores, si se tiene en cuenta la lentitud de la justicia. Omisión que produce una clara discriminación por razón de edad y que sólo puede responder a la idea preconcebida de que las personas mayores son un colectivo diferente al de las personas con discapacidad, pese a que a veces ambas circunstancias confluyen. El patrimonio protegido se constituye en escritura pública⁶, o por resolución judicial, si se diesen las circunstancias antes expuestas, donde debe figurar el inventario de bienes y derechos inicial, las normas de su administración y fiscalización y cualquier otra de relevancia. Si no fue constituido por la propia persona con discapacidad, las normas de administración deberán prever la necesidad de recabar autorización judicial⁷ para los casos previstos en los arts. 271 y 272 CC, si bien se puede solicitar mediante la intervención del Fiscal, la exención de este requisito. Si el administrador (que nunca será quien no pueda ser tutor ni quien se opusiera a la constitución del patrimonio protegido) es distinto a la propia persona con discapacidad o sus padres, tendrá la consideración de representante legal del patrimonio para todos los actos de administración⁸ y debe rendir cuentas de su gestión al Fiscal cuando éste lo solicite o anualmente. Esta re-

4 Vid. Art. 12 CNUDHPD

5 Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.

6 Al igual que sus aportaciones posteriores.

7 Salvo que la persona con discapacidad tenga capacidad de obrar suficiente. Término éste que deberá armonizarse con lo previsto en el art. 12 CNUDHPD

8 Puede darse el caso de que confluyan tutor y representante del patrimonio exigiéndosele a aquél las autorizaciones de los arts. 271 y 272 Cc pero a éste

presentación deberá estar inscrita en el Registro Civil. Asimismo, la integración de un bien o derecho inscribible en un patrimonio protegido, debe estarlo en los registros correspondientes⁹. La importancia del patrimonio protegido reside principalmente en el carácter preferente de sus normas respecto a lo regulado en los capítulos IX y X del Libro I del Código Civil¹⁰; y en ventajas de tipo fiscal: exenciones, beneficios, deducciones y reducciones en los impuestos (IRPF, IS, ITPAJD).

Reducciones¹¹. Las aportaciones, dinerarias o en especie, dan derecho de reducciones a quienes tengan una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive con la persona con discapacidad; a su cónyuge; o a quienes la tuvieran bajo tutela o acogimiento. Nunca al propio titular-beneficiario del patrimonio protegido respecto a sus aportaciones. Normalmente los hijos que contribuyen económicamente al mantenimiento de sus padres mayores en residencias, no se suelen plantear la posibilidad de constituir este patrimonio protegido que, de hacerlo, les permitiría practicarse la reducción anteriormente mencionada¹².

Exenciones. Si el aportante es persona física, las aportaciones se consideran para el titular del patrimonio rendimientos de trabajo¹³. Si es un sujeto pasivo del Impuesto de Sociedades (IS), se consideran rendimientos de trabajo si han sido gasto deducible en el IS¹⁴. Estos rendimientos están exentos, hasta un importe máximo anual de 3 veces el IPREM¹⁵. Si la aportación es en especie, los bienes entran en el patrimonio del contribuyente por su coste de adquisición y con la referencia de la fecha en que se adquirió por su aportante. La constitución por una persona mayor puede ser interesante por los beneficios fiscales que puede conllevar. Sin embargo, conviene realizar un estudio detallado e individualizado antes de decidir cómo y cuándo se aportará, pues la suma de todas las aportaciones puede generar un patrimonio en la persona con discapacidad que le haga perder a ella o a sus familiares —especialmente si conviven con ella— otro tipo de beneficios o deducciones fiscales.

La autotutela

Regula la posibilidad de que una persona con capacidad suficiente, en previsión de su futura incapacitación judicial adopte disposiciones relativas tanto a la esfera personal como patrimonial de su vida que estime convenientes. Relevante incorporación normativa si pensamos en personas que sufran enfermedades como el Alzheimer. La legislación española contemplaba la posibilidad de que los padres dejaran ordenadas las medidas oportunas en cuanto a la persona y bienes de sus hijos con discapacidad. La ley da un paso más cargado de lógica, pues si un tercero puede ordenar directrices trascendentes acerca de la vida de una persona con discapacidad, con mayor motivo debe permitirse que la propia persona ordene las que considere oportunas respecto a su propia vida. La autotutela se integra en el ordenamiento jurídico a través de pequeñas modificaciones: en cuanto al orden relativo a la designación de tutor, otorgando preferencia al designado por la propia persona frente a todos los demás que establece la ley, dejando a salvo la facultad del juez de alterar el orden de delación en beneficio del incapaz. Se otorga legitimación activa a la persona que prevé su propia situación de incapacitación para presentar su demanda sobre modificación de la capacidad; y se ordena priorizar lo indicado en el documento de autotutela sobre lo establecido en los capítulos IX y X del Libro I del CC (incapacitación y tutela). Hecho profundamente relevante al ser la propia persona quien “prevé” y “gestiona” su futuro. La autotutela puede ser ordenada por cualquiera que no tenga su capacidad limitada o anulada para ello. El contenido del documento será tan amplio como quiera su otorgante.

no, si el patrimonio protegido fue constituido por la persona con discapacidad.

9 Registro de la Propiedad, Tráfico, Mercantil, comunicación a la gestora de valores, etc.

10 Reguladores de la tutela, curatela y modificación de la capacidad.

11 Hasta 10000€ anuales de la base imponible. El conjunto de reducciones practicadas por todas las personas aportantes no puede exceder de 24.250 € anuales. Si superan esta cifra, se operará una reducción proporcional. Si exceden los límites previstos o no cabe deducción por insuficiencia de base, se puede reducir la base en los cuatro periodos impositivos siguientes.

12 En este sentido, recordar que la constitución del patrimonio tendría que realizarse por la persona con discapacidad o por el/los, si fuesen nombrados tutores o curadores, ya que como guardadores de hecho no sería posible, como se ha mencionado anteriormente (vid. Pág. 5).

13 Con los mismos topes mencionados en la nota 12.

14 Con el límite de 10.000 € anuales. Este límite es independiente de los anteriores.

15 Límite que se aplica conjuntamente para las prestaciones en forma de renta derivadas de sistemas de previsión social de discapacitados. 22.365,42 € en 2011.

16 pero se pierde el beneficio fiscal de los coeficientes de abatimiento que la ley actual mantiene a través de su disposición transitoria novena para bienes adquiridos antes del 1 de enero de 1.994. Por lo tanto, a la hora de hacer aportaciones no dinerarias hay que tener esto muy en cuenta porque puede ocurrir que la reducción en la base del aportante puede ser muy pequeña y además a la parte de la aportación no dineraria sujeta al impuesto sobre sucesiones y donaciones se aplicará a efectos de calcular el valor y fecha de adquisición, las normas de este impuesto.

17 Por ejemplo, la persona puede dejar consignado que en el futuro no desea ser institucionalizado sino que lo que quiere es que su patrimonio sea destinado al pago de sus cuidados en su propio domicilio; puede igualmente dejar ordenado que no se ceda su imagen para nada o sólo para fines concretos; dejar indicado que no desea recibir tratamientos médicos que le prolonguen la vida; que no consiente la adopción de medidas de sujeción o contención, etc. En cuanto al aspecto patrimonial, puede dejar acordado quién y cómo quiere que se gestionen sus bienes, nombrando uno o más administradores, etc.

Aspecto fundamental es la designación de tutor o de aquellas personas que no quiere sean nombrados tutores. A diferencia del testamento, la autotutela es un documento de voluntades a ejecutar durante la vida de la persona. Para que tenga plena eficacia frente a terceros, la escritura debe figurar inscrita en los registros oficiales. De oficio, el Notario la remitirá al Registro Civil. Junto con una demanda de modificación de la capacidad, la actora deberá acompañar el certificado de nacimiento de aquella cuya capacidad se pretende ponderar. Al margen de dicho certificado deberá figurar la inscripción de la escritura de autotutela y en este caso, el juez la unirá al procedimiento a fin de ser tenida en cuenta, según lo ordenado por la legislación.

Los poderes preventivos

La Ley 41/2003 modifica el art. 1732 CC relativa al mandato. Su novedad radica en la posibilidad de que el mandante prevea al otorgar el poder que sus efectos se proyecten más allá de la declaración de incapacidad e incluso que no comiencen hasta que el poderdante devenga incapaz, según lo determinado por éste¹⁸. La ventaja es que el poderdante que, al tiempo de otorgar el poder tiene capacidad suficiente, decide atribuir facultades a una persona sin que exista previamente una declaración de incapacidad. Esto ayuda a que no se produzcan vacíos en la gestión de sus intereses cuando devenga incapaz y garantiza que su apoderado actuará conforme a lo ordenado mediante poder. Resulta muy interesante en aquellos casos en los que el poderdante sufre una enfermedad degenerativa o una demencia tipo alzheimer, pues ya desde sus primeros estadios habrá un legitimado para gestionar sus intereses haciendo incluso innecesario en ocasiones tener que acudir a un procedimiento judicial de incapacidad, por quedar la persona completamente protegida a través de este mecanismo. Sin embargo, se plantean cuestiones sin resolver. La capacidad, tanto del poderdante como del apoderado, ¿Ha de ser plena o basta con que sea suficiente? ¿Puede otorgar poder un curatelado? ¿Pueden otorgar/revocar poder varios poderdantes? ¿Deben ser otorgados ante fedatario público o cabe también el otorgado en documento privado? Limitaciones al apoderado tras la declaración de incapacidad: ¿Son las mismas que se exigen al tutor o son simplemente las excluidas del poder? ¿Es lo mismo “incapacidad” en los casos de poder “continuado” que “incapacidad” en el caso del poder preventivo? ¿Cómo se determina la “incapacidad” por el poderdante a partir de la cual despliega sus efectos el poder? ¿Se requiere algún certificado médico? ¿Es revocable el poder preventivo si no ha habido declaración de incapacidad? ¿Limita los actos en el tráfico jurídico del poderdante el poder otorgado al apoderado? ¿Evita los abusos del apoderado? ¿Se le puede controlar? ¿Existe un registro de poderes continuados o preventivos? Se deduce que los poderes preventivos pueden provocar justo lo contrario de lo que la propia norma persigue porque no garantizan la imposibilidad de que se cometan abusos por los apoderados y que estos, amparados en el propio poder, eviten que una persona pueda ser declarada legalmente incapaz o que ella misma siga realizando actos en el tráfico jurídico que le perjudiquen¹⁹.

Instrucciones previas (ip)

La Ley 41/2002, recoge expresamente en su título el principio de autonomía. Antes Galicia había publicado la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, cuya exposición de motivos menciona el cambio de cultura jurídica en la relación médico-paciente evidenciado en el principio de autonomía que supone el paso de una relación caracterizada por un sentido paternalista y basado en el principio de beneficencia a una nueva situación en la que el paciente y sus derechos se configuran como verdaderos protagonistas. Cobra sentido la regulación del consentimiento informado y lo que entonces se denominó en la norma gallega voluntades anticipadas y, desde 2005, instrucciones previas, más acorde con el significado y contenido de esta figura. Por el documento de IP una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente y por escrito su voluntad, para que ésta se cumpla cuando llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar un representante para que sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las IP²⁰. Cada servicio de salud se encargará de que las IP realmente

18 No obstante lo anterior, en cualquiera de los dos casos, el poder se podría revocar mediante resolución judicial.

19 Otras legislaciones como la canadiense o la francesa han sido más escrupulosas a la hora de regular este tipo de apoderamientos, haciéndolo de forma separada a los poderes en general y estableciendo una serie de mecanismos de control y registro, que protegen de forma más efectiva a las personas más vulnerables. Lo que parece claro, en todo caso, es que el poder nunca debe ser considerado como una medida alternativa a la tutela, aunque el Código Civil Catalán parece excluirla cuando exista aquél, al proteger ya los intereses patrimoniales de la persona, lo cual tampoco parece del todo razonable, toda vez que la institución tutelar está prevista con una finalidad protectora que, además de abarcar a la esfera patrimonial abarca también a la personal.

20 Art. 11 Ley 41/2002, de autonomía del paciente.

se cumplan, si no son contrarias al ordenamiento jurídico; a la lex artis o no se corresponden con el supuesto de hecho previsto por el interesado. Las IP podrán ser revocadas por el otorgante en cualquier momento y por escrito. Su conocimiento²¹ se garantiza por el Registro Nacional de IP y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal²². La legislación gallega fue pionera en esta materia²³. Regula las IP en un sentido prácticamente idéntico al anteriormente expuesto, adaptándose desde 2005²⁴ en algunas cuestiones a la estatal, entre ellas la propia denominación. El documento es una manifestación de voluntades, intenciones o deseos y además un verdadero ejercicio de autonomía de su voluntad: ordena las directrices a seguir ante los supuestos concretos que enumere para el momento en que no pueda manifestarla. Constituye una verdadera herramienta de autogestión y de previsión de futuro muy útil también en aquellos casos en los que la persona sufra una enfermedad degenerativa o una demencia tipo alzheimer, aunque más limitada que la autotutela o el poder preventivo, al ceñirse exclusivamente al área de la salud, cuidados y tratamiento. El otorgamiento de este documento es complejo. No todos tienen conocimientos médicos ni pueden prever todo tipo de situaciones. El fenómeno es desarrollado en el campo de la bioética como una Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD) donde los formularios como IP, TV o VA²⁵ son una mera herramienta y no un fin en sí mismo²⁶. No son sólo un documento legal, sino un proceso comunicativo²⁷ de toma de decisiones en el que juegan un papel crucial los profesionales sanitarios o sociosanitarios. Uno de los principales escollos para la utilización de las IP en nuestro país es precisamente el desconocimiento por parte de los propios profesionales de este documento y ello pese a que las IP generan en los profesionales unas obligaciones de mínimos ineludibles (todos los profesionales deben aceptar los documentos realizados por sus pacientes, incorporarlos a la historia clínica y respetarlos) y unas obligaciones de máximos, (deber de informar al paciente de lo que el documento de IP puede ofrecerle, ayudándole de este modo en su toma de decisiones, así como en la redacción del documento y en la definición de situaciones futuras previsibles en la evolución de su enfermedad para que pueda concretar sus límites²⁸). Aunque la ley 41/2002 no lo diga expresamente, mi opinión es que la capacidad del otorgante debe ser suficiente. La normativa reguladora del consentimiento informado prevé, para los casos referidos a personas “incapaces” que participen en el otorgamiento de su consentimiento; debiendo el facultativo, informarle procurando hacerle comprensible la información que precisa para tomar una decisión. Si acordamos que el documento de IP, es el resultado de un proceso comunicativo entre paciente y equipo sanitario, de modo tal que el paciente tome decisiones trascendentes sobre determinados aspectos relacionados con su salud y, entre éstas pueden encontrarse la posibilidad de consentir tratamientos, esto significa adelantar su consentimiento o su negativa al mismo para aquellas intervenciones que así lo precisan. Si para cuestiones puntuales deben participar en dicho proceso de comunicación, no parece descabellado que el mismo grado de capacidad sirva para medir si la persona puede o no decidir acerca de cómo quiere ser tratado cuando no lo pueda expresar. La CNUDHPD supone que las personas con discapacidad sean dueñas de sus propias decisiones y que, siempre que se adopte una medida que les afecte, se tengan en cuenta sus necesidades, preferencias y deseos. La CNUDHPD busca la plena igualdad de las personas con discapacidad, suprimiendo en su artículo 12 la diferencia entre la capacidad jurídica y de obrar, fijando un sistema de apoyos y ajustes razonables. La Ley 26/2011 proclama que el consentimiento por representación se realice de forma adecuada y proporcionada a las necesidades que haya que atender y respeto a la dignidad personal y obliga a proporcionar a las personas con discapacidad los apoyos que precisen, incluso formatos adecuados, siguiendo el principio de diseño universal y accesible para todos, a fin de favorecer que

21 Por el equipo médico que deba atender a la persona y en su caso, las personas que hayan de actuar en calidad de representante libremente nombrado o elegido por el otorgante y/o su familia.

22 Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de IP y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

23 En Galicia, ese mismo año, se publicó el Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, que regula el Registro Gallego de IP. En Galicia la inscripción en el registro no es obligatoria. Basta con que el documento cumpla los requisitos exigidos para que sea igualmente válido aunque esté registrado, pero, es recomendable, toda vez que la historia clínica electrónica, única para Atención Primaria y Especializada, cuenta con un enlace en el Registro, de manera que cualquier profesional de cualquier nivel asistencial puede conocer si un paciente ha registrado sus IP y consultar el documento cuando lo considere necesario.

24 Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

25 Testamentos Vitales (TV) o Voluntades Anticipadas (VA).

26 La bioeticista Linda L. Emanuel considera la toma de decisiones como un proceso de discusión estructurado y documentado entretejido dentro del proceso habitual de cuidado de la salud que se revisa y pone al día periódicamente sobre unas bases establecidas.

27 Dr. Gómez Rubí, citado por García, Apolo, en La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular. Revista Nure Investigación, nº 20, Enero-Febrero 06.

28 Ameneiros Lago, Eugenia; Carballada Río, Carmen; Garrido Sanjuán, Juan Antonio. Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias.

pueda prestar por sí su consentimiento²⁹. Antes, la ley 3/2001 de consentimiento informado gallega, establecía que las voluntades anticipadas podían ser otorgadas por quien tuviera capacidad suficiente.

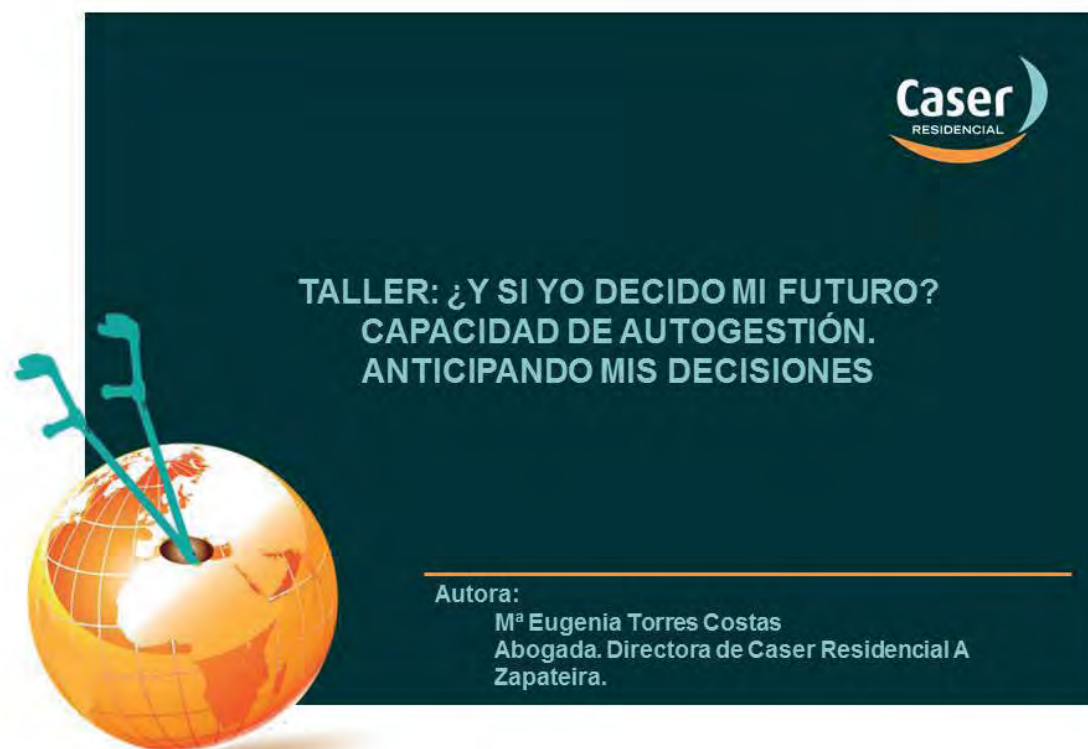
En cuanto al representante: ¿Se le exige capacidad plena o suficiente? ¿Pueden ser designados más de uno? ¿Deben ser personas físicas o jurídicas? ¿Quién firma los consentimientos informados si existe tutor? ¿Qué ocurre si se ha facultado para determinados actos pero para otros interrelacionados o necesarios para que aquellos se lleven a cabo no? ¿Cómo se resuelven los conflictos de intereses entre tutor o familia y representante?

29 Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la CNUDHPD. Artículo 7. Modificación de la Ley 41/2002, ... Se modifica el apartado 5 del artículo 9 de la Ley 41/2002... en los siguientes términos: «5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.». Artículo 6. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad..., queda modificada del siguiente modo: Uno. Los apartados 1 y 2 del artículo 10 quedan modificados en los siguientes términos: «1. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social. 2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.» Dos. Se añade un nuevo apartado al artículo 18, con la siguiente redacción: «18. La promoción, extensión y mejora de los sistemas de detección precoz de discapacidades y de los servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades o la intensificación de las preexistentes.»

➔ [Enlace pdf con la presentación:](#)

Taller: ¿Y si yo decido mi futuro?

CAPACIDAD DE AUTOGESTIÓN. ANTICIPANDO MIS DECISIONES



Diapositiva 1



**TALLER: ¿Y SI YO DECIDO MI FUTURO?
CAPACIDAD DE AUTOGESTIÓN.
ANTICIPANDO MIS DECISIONES**

Autora:
M^{ra} Eugenia Torres Costas
Abogada, Directora de Caser Residencial A
Zapateira.

Diapositiva 2

UNA OJEADA AL MUNDO

- SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PERSONAS en el mundo viven con alguna discapacidad.
- Es la mayor minoría: 10 % de la población mundial.
- El porcentaje aumenta debido al crecimiento de la población, los avances de la medicina y el proceso de envejecimiento (OMS).
- En los países donde la esperanza de vida es mayor de 70 años, en promedio alrededor de 8 años, o el 11,5% de la vida de un individuo, transcurre con incapacidades.

Diapositiva 3

UNA OJEADA A LA HISTORIA

- Antiguamente las personas en situación de discapacidad eran expulsadas automáticamente del sistema.
- A partir de la mitad del siglo XX empieza a percibirse una evolución gradual en las sociedades relacionadas con la discapacidad.

Diapositiva 4

SIGLO XX: CAMBIANDO LA PERCEPCIÓN



Modelo Médico-Rehabilitador → Criterio Social → Modelo de Derechos Humanos

Diapositiva 5

Convención de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (CNUDHDP)

- Entrada en vigor el 12 de mayo de 2008
- Ratificada por España el 30 de marzo de 2007
- Aprobada el 16 de diciembre de 2006
- Derecho interno: Art. 96 C.C.

Diapositiva 6

CNUDHDP: CAMBIO DE PARADIGMA



De Objeto Ciudadano a Sujeto de Derechos → Capacidad Jurídica = Capacidad de Obrar → Adoptar Ajustes Razonables para la igualdad → Sistema de apoyos

Diapositiva 7

ESPAÑA: SISTEMA PROTECCIONISTA



De la TUTELA FAMILIAR a la TUTELA de AUTORIDAD

Principio de Autonomía: LEY DE PATRIMONIO PROTEGIDO, AUTOTUTELA, PODERES PREVENTIVOS...

Diapositiva 8

EL PATRIMONIO PROTEGIDO (LEY 41/2003)



Patrimonio AISLADO y DE DESTINO con la finalidad de MANTENER LAS NECESIDADES BÁSICAS, de la persona con discapacidad

Constituido por:

- La Propia Persona*
- Sus Padres, Tutores o Curadores

* Con grado de discapacidad física reconocido igual o superior al 65%
* Con grado de discapacidad psíquica igual o superior al 33% y capacidad suficiente

Diapositiva 9

CONSTITUCIÓN DEL PATRIMONIO PROTEGIDO



Constitución por parte del GUARDADOR DE HECHO	*La ley no prevé que el guardador de hecho de las personas mayores lo puedan constituir en ningún supuesto
Constitución por parte del interesado	*ESCRITURA PÚBLICA o RESOLUCIÓN JUDICIAL *Inventario de bienes y derechos inicial *Normas de administración y fiscalización *Otras normas de relevancia
Constitución por otras personas	*Autorización judicial en determinados casos * *Intervención del MINISTERIO FISCAL, para exención de la Autorización Judicial
Representante legal para todos los casos de la administración	*Inscrito en el Registro Civil *Rendición de cuentas de su gestión al MINISTERIO FISCAL, cuando lo solicite, o al menos ANUALMENTE

Diapositiva 10

CARÁCTER PREFERENTE DEL PATRIMONIO PROTEGIDO



Cap. IX y X del Libro 1 del Código Civil.

Ventajas de tipo Fiscal (Beneficios, deducciones y reducciones)

Diapositiva 11

LA AUTOTUTELA



Posibilidad de las personas de establecer las medidas oportunas en previsión de una futura incapacidad

Puede realizarla cualquier persona que no tenga su capacidad limitada o anulada para ello

Se ordena en Escritura Pública

Para que tenga plena eficacia frente a terceros, la escritura debe figurar en los registros oficiales

El documento será tan amplio como su otorgante desee

Fundamental es la designación de tutor o de aquellas personas que deben excluirse de ese nombramiento

Diapositiva 12

LOS PODERES PREVENTIVOS



Otorga poderes previendo una futura incapacidad, que podrán ejercerse sin necesidad de declaración judicial de incapacitación

Diapositiva 13

INSTRUCCIONES PREVIAS



Documento mediante el cual una persona mayor de edad, **CAPAZ Y LIBRE**, manifiesta anticipadamente y **POR ESCRITO** su voluntad, para que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente.

Diapositiva 14

PAD: INSTRUCCIONES PREVIAS



Los documentos de la **Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD)** no son sólo documentos legales, sino que suponen un proceso comunicativo de toma de decisiones.

Las IP generan en los profesionales unas obligaciones de:

Mínimos:		Máximos:	
Aceptación de documentos	Respeto	Información	Ayuda
Incorporación a la Historia Clínica			

Diapositiva 15

CAPACIDAD Y CONFLICTO



Capacidad del otorgante	• ¿Suficiente?
Capacidad del Representante.	• ¿Plena?
Conflicto de Intereses	• Representante - Tutor • Representante - Familia

Diapositiva 16

EL REPRESENTANTE. OTRAS CUESTIONES



¿Persona Física – Persona Jurídica	Único - Plural
------------------------------------	----------------

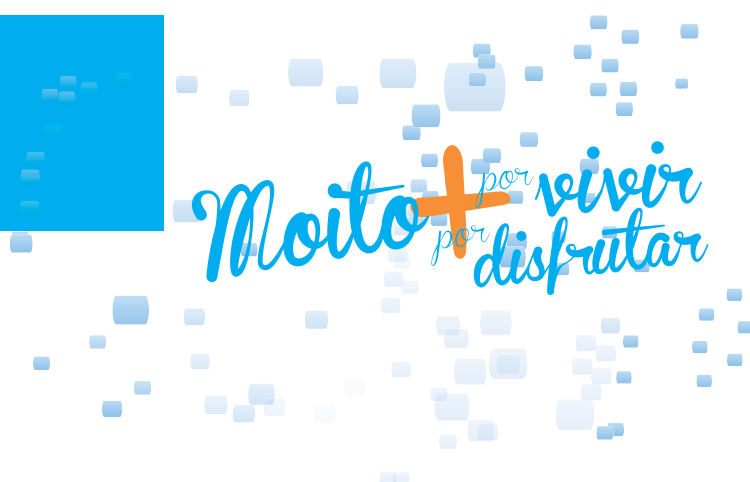
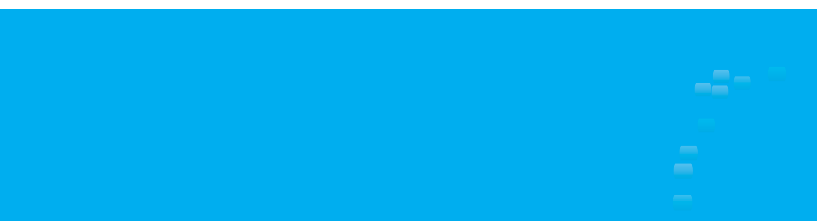
Diapositiva 17

Muchas gracias



Congreso Internacional
sobre Envejecimiento Activo

| Preparando nuestro futuro



Póster

Moito ^{por} vivir
^{por} disfrutar

Póster:

La enfermedad en el anciano

Beatriz Pozo Fuerte

Beatriz Díez Mas

Introducción

La vejez no puede considerarse en sí misma una enfermedad, ahora bien, es cierto que los cambios que se derivan del proceso de envejecer ponen a las personas en una situación de fragilidad que las hace más vulnerables a cualquier agente agresor. Los principales procesos mórbidos que afectan a la senectud no difieren de los que pueden afectar en otras edades. Es evidente que hay pocas enfermedades que afecten sólo a las personas reconocidas como ancianas, incluso muchas de ellas aparecen en edades anteriores a los 65 años. Lo que sí es cierto es que se produce una mayor incidencia de estos procesos a determinadas edades y una mayor incidencia de las consecuencias que cualquiera de estos procesos puede tener en este grupo de población. Los problemas médicos se incrementan con la edad, así como la tendencia a los procesos de cronicidad, la incapacidad y la dependencia, y las condiciones psíquicas y sociales en que se encuentran estos pacientes son probablemente más desfavorables. En esta situación es importante identificar y aplicar criterios de selección y determinación de riesgo de las personas ancianas que son susceptibles de sufrir determinadas patologías para, por un lado, prevenir posibles procesos patológicos y por otro, actuar previniendo las complicaciones derivadas de los ya instaurados.

Objetivos

El propósito de este trabajo es conocer y agrupar las opiniones de expertos clínicos de nuestro entorno sobre este tema para facilitar la valoración integral sistemática de estos pacientes minimizando los efectos del deterioro con el fin de facilitar la permanencia del anciano en su entorno habitual en las mejores condiciones de calidad de vida posible.

Material y método

Se realiza una revisión bibliográfica del tema consultando diversas bases de datos y publicaciones.

Conclusiones

Según la bibliografía consultada, se deduce que existen características propias de las enfermedades del anciano; como son la plurietiología, la plurifarmacia, la tendencia a la incapacidad y dependencia, el pronóstico menos favorable y los factores de riesgo psicológicos y/o sociales. Existen una serie de síntomas que se repiten en diversas enfermedades, aunque no se caracterizan por ser específicos de una concreta. Son algunos como dolor, temperatura, taquicardia, taquipnea, tos y expectoración, problemas urinarios, molestias abdominales, diarrea, fatiga o debilidad, edema, temblor, prurito o trastornos mentales transitorios.

Los principales factores de riesgo son: de origen orgánico (HTA, malnutrición, dificultades sensoriales e incontinencias); de origen ambiental (barreras arquitectónicas, escasos recursos económicos, inactividad,

polimedicación, alcoholismo y cambios en el entorno); de origen relacional (soledad/aislamiento, insomnio y desorientación).

Bibliografía:

- Patricia Alonso G, Sansó Soberat F; Díaz-Canel Navarro A. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor.
- Juan José Baztán Cortés; Juan Ignacion González-Montalvo, Juan José Solano Jaurrieta. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia.
- María Luisa Martínez Martín; Juan Ignacion González Montalvo; Ángel Otero Puime. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo?.
- García Fernández, JL. Características de las enfermedades en Geriatria. En Salgado, A. y Guillén, F. Manual de Geriatria. Barcelona: Masson, 1994.
- Torres Egea, P. La enfermedad en el anciano. En García Hernández, M y Torres Egea, P. Temas de Enfermería Gerontológica. La Rioja: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 1999.



SARquavitaie Servicio Enfermería

Centro SARquavitaie Concepción Arenal (A Coruña)

LA ENFERMEDAD EN EL ANCIANO

Pozo Forte B, Díez Mas B
Centro SAR Quavitaie Concepción Arenal, A Coruña

INTRODUCCIÓN

La vejez no puede considerarse en si misma una enfermedad, ahora bien, es cierto que los cambios que se derivan del proceso de envejecer ponen a las personas en una situación de fragilidad que las hace más vulnerables a cualquier agente agresor. Los problemas médicos se incrementan con la edad, así como la tendencia a los procesos de cronicidad, la incapacidad y la dependencia. Las condiciones psíquicas y sociales en que se encuentran estos pacientes son probablemente más desfavorables. En esta situación, es importante identificar y aplicar criterios de selección y determinación de riesgo de las personas ancianas, para prevenir posibles procesos patológicos y actuar previniendo las complicaciones derivadas de los ya instaurados.



PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

DE ORIGEN ORGÁNICO

- HTA
- MALNUTRICIÓN
- DIFICULTADES SENSORIALES
- INCONTINENCIAS

DE ORIGEN AMBIENTAL

- BARRERAS ARQUITECTÓNICAS
- ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS
- INACTIVIDAD
- POLIMEDICACIÓN
- ALCOHOLISMO
- CAMBIOS EN EL ENTORNO

DE ORIGEN RELACIONAL

- SOLEDAD/AISLAMIENTO
- INSOMNIO
- DESORIENTACIÓN

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN GERIATRÍA

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	ARTERIOSCLEROSIS EN TODAS SUS FORMAS ARTROSIS OSTEOPOROSIS HIPERTENSIÓN
ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS	OBESIDAD DIABETES GOTA HIPERTIROIDISMO
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	APARATO RESPIRATORIO: NEUMONIAS, BRONCONEUMONIAS, BRONQUITIS, TUBERCULOSIS. APARATO URINARIO, DIGESTIVO. CORAZÓN: ENDOCARDITIS BACTERIANA.
NEOPLASIAS	DIGESTIVAS: GÁSTRICA, DE COLON Y RECTO, DE HÍGADO, PÁNCREAS. BRONCOPULMONAR Y DE LARINGE. GENITOURINARIA: PRÓSTATA, MAMA, ÚTERO Y VÉJIGA. SANGRE: LEUCOSIS Y MIELOMA
ENFERMEDADES CARENCIALES	DESHIDRATACIÓN ANEMIAS FERROPÉNICAS O POR DÉFICIT DE VITAMINA B12 HIPOPROTEINEMIAS
ENFERMEDADES DE LOS SENTIDOS	VISTA: CATARATAS, ENTROPÍON Y ECTROPÍON, GLAUCOMA. OIDOS: OTOSCLEROSIS, PRESBIACUSIA.
ENFERMEDADES MENTALES	DEPRESIÓN DEMENCIAS

ASPECTOS GENERALES DE LA SINTOMATOLOGÍA

DOLOR
DOLOR ABDOMINAL Y TORÁCICO
TEMPERATURA
TAQUICARDIA
TAQUIPNEA
TOS Y EXPECTORACIÓN
PROBLEMAS URINARIOS

MOLESTIAS ABDOMINALES
DIARREA
FATIGA O DEBILIDAD
EDEMA
TEMBLOR
PRURITO
TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS

CONCLUSIONES

1. LA VEJEZ NO PUEDE CONSIDERARSE EN SI MISMA UNA ENFERMEDAD.
2. LOS CAMBIOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO SUPONEN FRAGILIDAD Y LES HACE MAS VULNERABLES.
3. LOS PROBLEMAS MÉDICOS SE INCREMENTAN CON LA EDAD, ASÍ COMO LA TENDENCIA A LOS PROCESOS DE CRONICIDAD, INCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.
4. LAS CONDICIONES PSÍQUICAS Y SOCIALES EN QUE SE ENCUENTRAN ESTOS PACIENTES SON PROBABLEMENTE MÁS DESFAVORABLES.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baztán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia. Med Clin (Barc) 2000; 115: 704-13.
2. Martínez Martín ML, González Montalvo JI, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(6):357-60.
3. García Fernández, JL. Características de las enfermedades en Geriatría. En: Salgado, A. y Guillén, F. Manual de Geriatría. Barcelona: Masson, 1994.
4. Torres Egea, P. La enfermedad en el anciano. En: García Hernández, M y Torres Egea, P. Temas de Enfermería Gerontológica. La Rioja: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 1999.



Póster:

Programa de alfabetización digital intergeneracional de Esplugues de Llobregat

Eval Llambrich Pallarés

Agnés Mateo Murcia

Anna Blázquez Abella

Berta Roig Isern

Olga Rodrigo Gella

Programa de alfabetización digital intergeneracional de Esplugues de Llobregat

Autoras: Eva Llámbrich Pallarès, Agnès Mateo Murcia, Anna Blázquez Abella, Berta Roig Isern, Olga Rodrigo Gella

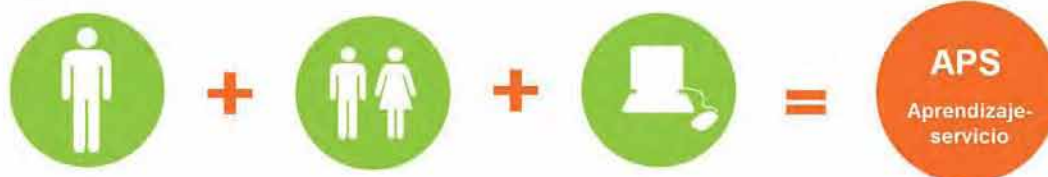
DIFICULTADES DE LAS PERSONAS MAYORES

SOLEDAD

FRACTURA DIGITAL

RESPUESTA

PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN DIGITAL INTERGENERACIONAL



METODOLOGÍA

Aprender haciendo un servicio a la comunidad, adquiriendo conocimientos, habilidades, actitudes y valores.

ACTUACIONES



Escuelas



Instituto



RESULTADOS

APRENDIZAJES

- ▶ TIC (según objetivos personalizados).
- ▶ Lecto-escritura.
- ▶ Autoconocimiento y autocrítica constructiva.
- ▶ Valores: igualdad, respeto, empatía ...
- ▶ Fortalecimiento de su red social.
- ▶ Alta satisfacción y motivación.
- ▶ Conciencia de pertenencia al territorio.

SERVICIOS

- ▶ Apoyo y referentes inmersión en el barrio.
- ▶ Testigos de la historia reciente.
- ▶ Valores: esfuerzo, respeto, responsabilidad ...



Póster:

Perfil de residente de CASER A Zapateira entre los años 2009-2011

Rosa Santiago Calviño

A. Peteiro Mata

F. Lado González

V. Mariño Barreiro

M. Gándara Martínez

Juan J. Sánchez

PERFIL TRIANUAL DEL RESIDENTE DE CASER RESIDENCIAL A ZAPATEIRA

R. Santiago Calviño, A. Peteiro Mata, F. Lado González, V. Mariño Barreiro, M. Gándara Martínez, Juan J. Sánchez.



GENERAL

	2009	2010	2011
Ocupación anual	234	189	283
Ocupación por género	32% 68%	23,28% 76,72%	26,15% 73,85%
Grupo de edad mayoritario	-	75-95	75-89
De núcleo urbano	-	13,76% 57,67%	18,02% 55,12%
De núcleo rural	-	9,52% 19,05%	8,13% 18,73%
Apoyo familiar bueno	-	74,6%	80,14%
Plaza concertada	32.00%	43,39%	45,94%
Plaza privada	67.00%	52,38%	50,18%
Dieta Basal	-	Mayoritaria	54,26%

CAPACIDAD

Deterioro cognitivo grave	30,43%	65,08%	50,35%
Dependencia funcional total	-	30,16%	39,36%
Demencia (Patología más frecuente)	-	46,56%	48,41%

RIESGO ALTO DE CAÍDA

Residentes con deterioro cognitivo grave	-	80.00% 35%	80% 42%
Residentes con deterioro funcional total	-	45.00% 28%	-

AUTORIZACIONES

Ingreso involuntario	-	66,67%	82,27%
Sin autorización judicial	-	88.10%	82,27%

PERMANENCIA EN EL CENTRO

Motivo de baja (Exitus)	46.00%	50.00%	49,48%
Antigüedad en el centro (Inaugurado en 2006)	-	540 días	481 días



Mujer entre 80 y 85 años de entorno urbano y con buen apoyo familiar.

Demencia, dependencia funcional total con deterioro cognitivo grave. Alto riesgo de caídas.

Ingreso involuntario sin autorización judicial y sin solicitud de incapacitación.

Se queda en la residencial hasta el fin de sus días.



Caser Residencial A Zapateira
C/ María Corredoira, s/n
15008 A Zapateira, A Coruña

Teléfono: 981163710
Fax: 981163711
razapateira@caserresidencial.es

Caser
RESIDENCIAL
A ZAPATEIRA

Moito ^{por} vivir
^{por} disfrutar

Póster:

**El cuidador principal: Impacto de un
programa de autoayuda en su calidad de vida.
Seguimiento durante siete años**

Introducción y objetivos

En España se estima que entre un 10 y un 15% de las personas mayores de 65 años son dependientes y que un 72% de la ayuda la asume la familia, recayendo en una sola persona la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, convirtiéndose en el Cuidador Principal (CP).

El exceso de trabajo con las Personas Dependientes (PD) provoca situaciones estresantes que muchas veces minan la salud del propio Cuidador, que termina él mismo en la consulta médica padeciendo diversas patologías.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad de un Programa de Autoayuda (PROAA) desde el Trabajo Social Clínico en la Calidad de Vida de los CP de PD diagnosticados de cefalea tensional y/o migraña, dolencia en la cual los factores psicosociales juegan un papel relevante.

Pacientes y métodos.

Estudio prospectivo entre el 02.01.03 y el 02.01.10 en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Se incluyeron aquellos pacientes derivados por el neurólogo al trabajador social que padecían cefalea tensional y/o migraña y que eran CP de PD que accedieron a participar en el PROAA.

El PROAA fue diseñado e impartido por una trabajadora social clínica y consiste en un entrenamiento de habilidades personales para facilitar la autogestión del estrés y la ansiedad utilizando como instrumento principal el Modelado Conductual Evolutivo (DBM®), así como el trabajo sistémico con Constelaciones Familiares, técnicas de relajación y comunicación.

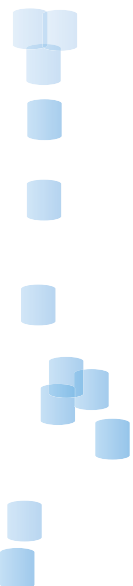
Para el análisis de la Calidad de Vida, se utilizó la versión española del cuestionario de salud SF-12, medido antes y después del programa. Para comparar los valores antes-después se utilizó la prueba t-student para datos pareados.

Resultados

Durante el período fueron derivados 70 pacientes, de los cuales finalizaron 51, (todas mujeres. Edad media 45.2 años. La salud física percibida antes del PROAA medida con el cuestionario SF-12 (media $\pm$ desviación típica) resultó de 34.51 ± 8.74 ; después ascendió 48.09 ± 7.07 ($p < 0,001$). La salud mental percibida antes del programa fue de $29.07 \pm 11,27$; después del mismo 46.04 ± 9.96 . ($p < 0,001$)

Conclusión:

La aplicación del PROAA mejora de forma significativa la Calidad de Vida percibida por los cuidadores principales de personas dependientes.



EL CUIDADOR PRINCIPAL: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE AUTOAYUDA EN SU CALIDAD DE VIDA Y SEGUIMIENTO DURANTE SIETE AÑOS.

Autora: Lozano Lorenzo, M^a José. Trabajadora Social del Complejo Hospitalario de Pontevedra (Galicia, España).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se estima que, en España, un 25,5% de los mayores de 64 años son Personas Dependientes (PD)¹ y que más un 72% de la ayuda la asume la familia, recayendo habitualmente en una sola persona la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, convirtiéndose en el Cuidador Principal (CP).

La mayoría de los CP de las PD son mujeres (83%) de las cuales, un 43% son las hijas, un 22% esposas y un 7,5% nueras².

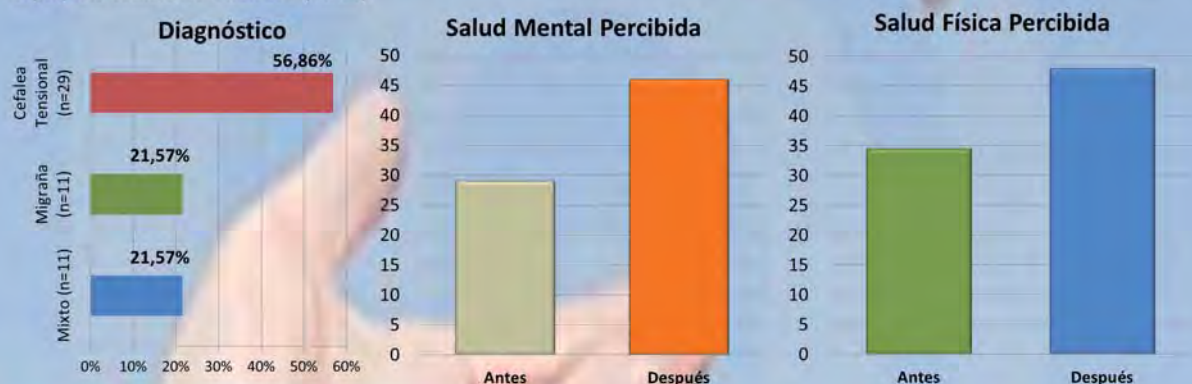
La atención a las PD de manera continuada produce un desgaste físico, psíquico y emocional que conlleva muchas veces a padecer estrés. Este es un factor que predispone o contribuye a generar diversos síntomas somáticos siendo frecuente la cefalea³⁻⁷. El adecuado control de este factor estresante puede incidir en la Calidad de Vida de estas personas y, al bordar la situación psicosocial del Cuidador, los síntomas se pueden aminorar o desaparecer⁸⁻⁹.

Presentamos los resultados de una experiencia interdisciplinar a través de un programa innovador de Autoayuda, PROAA, en los CP de PD con cefalea primaria y analizamos la repercusión en su Calidad de Vida.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo entre el 2.1.03 y el 2.1.10 en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Capacidad de 650 camas. Se incluyeron aquellos pacientes derivados por el neurólogo al Trabajador Social que padecían cefalea tensional y/o migraña de acuerdo con los criterios diagnósticos de la IHS¹⁰ y que eran CP de PD. Fueron remitidos secuencialmente para la aplicación del programa y se solicitó su consentimiento.

El PROAA fue diseñado e impartido por una Trabajadora Social Clínica y consiste en un entrenamiento de habilidades y recursos personales para facilitar la autogestión de las emociones y el estrés utilizando como instrumento principal el Modelado Conductual Evolutivo (DBM®)¹¹, así como el trabajo sistémico con Constelaciones Familiares¹²⁻¹³, técnicas de relajación y comunicación¹⁴. Para el análisis de la Calidad de Vida, se utilizó la versión española del cuestionario de salud SF-12, medido antes y después del programa. Para comparar los valores antes-después se utilizó la prueba t-student para datos pareados. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata 10® (Texas).



RESULTADOS

Durante el período fueron derivados 70 pacientes, de los cuales lo finalizaron 51, (todas mujeres. Edad media 45,2 años. La salud física percibida antes del PROAA medida con el cuestionario SF-12 (media ± desviación típica) resultó de 34,51 ± 8,74; después ascendió 48,09 ± 7,07 (p < 0,001). La salud mental percibida antes del programa fue de 29,07 ± 11,27; después del mismo 46,04 ± 9,96. (p < 0,001).

CONCLUSION

La aplicación del PROAA mejora de forma significativa la Calidad de Vida percibida por los Cuidadores Principales de Personas Dependientes.

Bibliografía

1. Tercer informe de la OMS sobre el envejecimiento activo y la salud.
2. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. www.sggg.es
3. Lillo J. Cerebral strain in Parkinson's disease and the impact of disease duration. *Exp Neurol* 2006; 184: 34-40.
4. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: Appraisals. *Psychol Aging* 2003; 18: 250-67.
5. Schulz R, O'Brien AT, Bushnell L, Perreoni S. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: symptoms, prevalence, and causes. *Gerontologist* 1995; 35: 775-81.
6. Williams PT, Zhang Q, Swales JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bulletin* 2003; 129: 466-72.
7. Sörensen S, Duberstein P, Gill D, Pinquart M. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurol* 2004; 3: 943-73.
8. Spertus JL. Clinical Social Work. Knowledge and skills. (P. 140-141). Columbia University Press, New York, 1995.
9. Ruarte A. Procedimiento y proceso en trabajo social clínico. Ediciones UCA, Madrid, 1993.
10. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. (Cephalalgia 2004; 24: Suppl 1).
11. Mochter J. Developmental Modeling. 2000; 2008. www.somerset.com.au
12. Hallinger R. Systemic Solution 1982. www.hallinger.com
13. Helzer S. Individualized Case Management and Systemic Solution. 2nd Edition. Barcelona, Herder SA, 2001.
14. Menzel R. Sobering. Weinmann C. Bielefeld, 1996.

Dirección: María Olvera Parafán

Moito ^{por} vivir
^{por} disfrutar

Póster:

¿Cómo prefieren las personas mayores interaccionar con las tecnologías en el hogar? – Resultados del proyecto GUIDE

Mari Feli González Pérez

Aitziber Etxaniz Olariaga

Álvaro García Soler

¿CÓMO PREFIEREN LAS PERSONAS MAYORES INTERACCIONAR CON LAS TECNOLOGÍAS EN EL HOGAR? – RESULTADOS DEL PROYECTO GUIDE

ingema
instituto gerontológico matia

Mari Feli González Pérez, Aitziber Etzaniz Olariaga, Álvaro García Soler
Fundación Instituto Gerontológico Matia – INGEMA, Donostia – San Sebastián, Guipúzcoa, España.
Autor de contacto: mari.gonzalez@ingema.es

INTRODUCCIÓN

A medida que avanza el envejecimiento, parte de las personas experimentan algún tipo de dificultad a nivel sensorial (Lethbridge-Cejku, Schiller, Bernadel, 2004), motor (Alcser, Avendano, Börsch-Supan, Brunner, Cornaz, Dewey y cols., 2005) o cognitivo (Bischkopf, Busse, Angermeyer, 2002) que dificulta, a veces, la interacción con los dispositivos tecnológicos.

El proyecto europeo GUIDE "Gentle User Interfaces for Elderly People" (www.guide-project.eu), tiene como objetivo la realización de interfaces multi-modales de usuario que sean capaces de adaptarse a las necesidades de las personas mayores con este tipo de dificultades en el hogar. Estos interfaces adaptados se integrarán en diferentes aplicaciones como video-conferencia, guía de TV o tele-aprendizaje para facilitar la interacción de las personas mayores con las nuevas tecnologías.

OBJETIVO

Los objetivos de este estudio son (1) evaluar cuál es el dispositivo que prefieren utilizar las personas mayores para interaccionar con una aplicación tecnológica; (2) evaluar la aceptación de un sistema capaz de adaptar su interfaz a las necesidades sensoriales, motoras y cognitivas del usuario.

PARTICIPANTES Y METODOLOGÍA

21 personas mayores de 60 años (17 mujeres y 4 hombres; media de edad: 76,95; DT: 5,15) y con algún tipo de dificultad leve o moderada a nivel visual, auditivo, motor y/o cognitivo realizaron pruebas con el sistema GUIDE en un entorno de laboratorio. En estas pruebas se les enseñó cómo manejar las diferentes modalidades de interacción: por reconocimiento de voz, señalando con la mano, usando un mando giratorio, mando tradicional, pantalla táctil (tipo tablet) y por medio de combinación gestual y verbal. Los participantes recibían instrucciones de realizar una serie de tareas en una aplicación desarrollada para la televisión como por ejemplo, cambiar de canal o leer la información de la programación (Figura 1). Al finalizar cada tarea se les preguntó por la modalidad preferida de interacción. Al terminar la sesión se les administró el cuestionario Unified Theory of Acceptance and Usage of Technology (UTAUT) (Venkatesh, Morris, Davis, Davis, 2003), sobre la aceptación de la tecnología.



Figura 1: Pantallas de la aplicación GUIDE en las que se le pide acceder a la información de un determinado programa

RESULTADOS

En cuanto a la modalidad de interacción, el 50% de los participantes prefirió la interacción por voz, el 14,28% apuntando con la mano, otro 14,28% por medio de una pantalla táctil. El resto de opciones fueron elegidas como preferidas por una sección menor de los participantes. (con un 7,14% de preferencia cada una de ellas).

En la tabla 1 se muestran los resultados obtenidos en la escala UTAUT sobre la aceptación de la tecnología,

DIMENSIÓN ESCALA UTAUT	PUNTUACIÓN
Expectativa de Ejecución	4,59 ± 1,27
Expectativa de Esfuerzo	5,32 ± 1,18
Actitudes hacia el Uso de las Tecnologías	5,33 ± 1,34
Condiciones Facilitadoras	4,34 ± 1,02
Ansiedad	3,47 ± 1,89
Intención de Uso del Sistema	4,95 ± 1,43

Tabla 1: Puntuaciones de la escala UTAUT

CONCLUSIÓN

Estos resultados apuntan a que las personas mayores están abiertas a probar nuevas formas de interacción, como la voz o pantallas táctiles. Sería necesario realizar un estudio longitudinal en un ambiente más ecológico, como el propio hogar de la persona mayor, y con una muestra mayor para saber si estos resultados se mantienen. En conclusión, las personas mayores no parecen tan reacias a la utilización de tecnología en el hogar siempre y cuando perciban que es útil y que está adaptada a sus necesidades y a sus características.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcker, K.H., Avendano, M., Börsch-Supan, A., Brunner, J.K., Cornaz, S., Dewey, M. et al (2005) Health, Aging and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Mannheim.
- Bischkopf, J., Busse, A., Angermeyer, M.C. (2002) Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. Acta Psychiatrica Scandinavica 105(6):403–414.
- Lethbridge-Cejku, M., Schiller, J.S., Bernadel, L. (2004) Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2002. Vital Health Stat 10(222): 1–161.
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, F.D., Davis, G.B. (2003) User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View? MIS Quarterly, 27, 425–478.

Ingema · Grupo Matia

*Proyecto cofinanciado por el FP7 Framework Program de la Unión Europea (GA: 248893)



Póster:

O/a psicólogo/a nos servizos sociais

Cristina Fontaíña García

Rosana Viturro Dieste

David Facal Mayo

M^a José Fares Varela

M^a Jesús López Cernadas

O/A PSICÓLOGO/A NOS SERVIZOS SOCIAIS:

¿QUE FACEMOS?

Dinamización comunitaria.
Asesoramento e consultoría.
Atención directa.
Investigación.
Realización de planificación de programas.
Avaliación de programas.
Dirección e xestión.
Deseño e impartición de actividades formativas.

¿COMO E CON QUE?

Intervención grupal.
Intervención e terapia familiar.
Técnicas de mediación e negociación.
Técnicas de avaliación e intervención ambiental.
Técnicas de investigación social.

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

1. Intervención na comunidade.
2. Familia e infancia.
3. Discapacidades.
4. Muller.
5. Xuventude.
6. Minorías sociais e inmigrantes.
7. Maiores.

¿QUE ATENDEMOS?

Intervención proactiva.
Preventiva.
De mellora de persoas e grupos.

Pero tamén:

Carencias.
Patoloxías.
Déficits.

PROGRAMAS NOS SERVIZOS:

1.- Programas integrais de intervención:

- Establecemento de obxectivos.
- Planificación, elaboración, programación, dinamización de programas.
- Apoio e atención psicolóxica individualizada.
- Intervención con grupos.
- Asistencia psicolóxica en situacións difíciles.

2.- Actuacións coas familias para:

- Comunicar información.
- Mediación en situacións de conflito familiar.
- Orientación e asesoramento.
- Soporte emocional.

Autoría: Cristina Fontaña García, Elena Bastos Expósito,
Rosana Viturro Dieste, David Facal Mayo,
M^a José Fares Varela e M^a Jesús López Cernadas.

Colexio Oficial
de Psicoloxía
de Galicia

SECCIÓN DE PSICOLOXÍA DA INTERVENCIÓN SOCIAL
DO COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



Póster:

Talleres de memoria: Un nuevo enfoque

Natalia Romero Martínez

María Romero Lojo

M^a Luz González Failde

Introducción

La visión de envejecimiento activo se encuentra implícita desde el inicio de nuestro proyecto de Talleres de memoria, puesto en marcha en el año 2001. Ya desde estos primeros momentos, el enfoque psicológico, la vertiente de la intervención y la aplicación práctica han tenido una importancia fundamental, que ha sido perfeccionado intentando fomentar la participación social de las personas mayores, el aprendizaje continuado, ofreciendo oportunidades de desarrollo individual, autorrealización y bienestar. Siguiendo los paradigmas que, desde la OMS define como Envejecimiento Activo, desde el 2008 incorporamos una visión integral donde se incorpora al proyecto una optimización de las oportunidades de salud (con el bienestar físico, mental y social); participación en la sociedad de acuerdo con las necesidades, capacidades y deseos de las personas mayores colectiva e individualmente con el objetivo final de mejorar la calidad de vida. Con la finalidad de facilitar la participación, se descentralizó la actividad, trasladando su ejecución a las diferentes parroquias del ayuntamiento, bajo el enfoque de proximidad.

Objetivo

Dotar al tratamiento de la estimulación cognitiva de un nuevo enfoque basado en los parámetros del envejecimiento activo.

- Fortalecer la malla social, favoreciendo la integración de las personas que viven en zonas rurales.
- Facilitar el acceso a los recursos a toda la población, fomentando la cohesión social.
- Desarrollar habilidades para mantener la autonomía de las personas mayores durante un mayor período de tiempo.

Metodología

Procedimiento:

Antes de iniciar el programa, los y las participantes asistieron a una entrevista individual con la responsable del proyecto; donde se recogieron los datos personales y se complementó el test MEC-LOBO abreviado. Con el resultado de obtener una valoración previa de qué estado cognitivo partían nuestros mayores.

La estructura de la primera sesión consiste en explicar con detalle el planteamiento de todo el proyecto, los objetivos que queremos alcanzar y las metas que las personas mayores participantes quieren lograr con la asistencia a la actividad.

A lo largo de las sesiones se enseñan principalmente técnicas para mejorar el funcionamiento de la memoria y la atención de las diferentes situaciones de la vida diaria, mediante la práctica de ejercicios concretos. Así mismo, en cada sesión, complementaremos el taller con la práctica de otras técnicas para incidir en el tratamiento integral de las personas mayores a nivel (psicológico, físico y social).

La última sesión consiste en proporcionar un resumen de todas las técnicas aplicadas a lo largo del taller. Se realiza una exposición por parte de cada asistente para valorar el mismo. Finalmente se administra un cuestionario de evaluación anónimo.

Intervención:

El proyecto tiene una duración anual (enero-diciembre); en los meses de julio y agosto se produce un paro vacacional. Las sesiones tienen una duración de 1 hora 30 minutos (una vez por semana) que incluyen tres de estos bloques:

- Ejercicios de estimulación cognitiva
- Ejercicios de relajación
- Musicoterapia
- Dinámicas
- Ejercicios físicos moderados
- De forma puntual se realizan:
 - Servicios culturales y de ocio:
 - Festejos en fechas concretas:
 - Fiesta Desfile de carnaval
 - Competición cultural y deportiva en conmemoración a las letras gallegas
 - Fiesta intergeneracional de Navidad
 - Romería fin de curso
 - Talleres de manualidades:
 - Talleres de creación de disfraces.
 - Talleres de manualidad de navidad
 - Charlas específicas:
 - Hábitos de vida saludables
 - Salud
 - Paseos saludables

Resultados

En los últimos años se está produciendo un incremento significativo de usuarios/as, lo que demuestra la buena aceptación del proyecto en la sociedad mayor del ayuntamiento de Boiro. Así mismo, el nuevo enfoque integral donde trabajamos tanto la estimulación cognitiva, funcional, motora, emocional y psicosocial, está produciendo una mayor constancia en la actividad, mejorando la asistencia continuada en un 40% de los/as asistentes.

Desde un punto de vista de satisfacción subjetiva todos y todas las participantes refieren que el programa fue muy valioso e importante para sus vidas. Específicamente, reportaron cambios positivos en las siguientes áreas: 1) Conocimiento y capacidad de autocuidado 2) Creencia en la capacidad de poder mejorar la propia salud 3) Sentimiento de mayor confianza en sí mismos.

Conclusiones

- Los resultados preliminares muestran la eficacia en el mejoramiento del bienestar físico- psicológico y de la calidad de vida, al igual que en el desarrollo de habilidades que tienen su aplicación en la vida cotidiana.
- El programa despierta interés en nuevas formas de promoción de la salud, basadas en la participación activa.
- El aprendizaje durante toda vida, la educación continuada y la actividad cognitiva están siendo los objetivos prioritarios tanto para el desarrollo y la participación como para el beneficio de la salud física y mental de los mayores con los que trabajamos.
- El proyecto fomenta la participación y sobre todo la integración social.



TALLERES DE MEMORIA: Un nuevo enfoque.

Natalia ROMERO MARTINEZ, Teresa ROMERO LOJO, M^a Luz GONZÁLEZ FAILDE

Asamblea Local de Cruz Roja en Boiro
c/Principal nº 77.15930 Boiro (A Coruña) España
Email: ssboiro@cruzroja.es



INTRODUCCIÓN

La visión de envejecimiento activo se encuentra impregnada desde el inicio de nuestro proyecto de Talleres de Memoria. Iniciado en el 2001, ya desde estos primeros momentos, el enfoque psicológico, la vertiente de la intervención y la aplicación práctica han sido aspectos clave en la mejora continua del proyecto, manteniendo siempre la participación social de las personas mayores, en aprendizaje a lo largo de la vida, ofreciendo oportunidades de desarrollo individual, autoconciencia y bienestar. Siguiendo los parámetros que desde la Cruz Roja proponen sobre Envejecimiento Activo, desde el 2003 incorporamos una acción integral de apoyo al desarrollo vital de las personas mayores (por lo que se mejoran tanto mental y físico) participando en la sociedad de acuerdo con las habilidades, capacidades y valores de las personas mayores contribuyendo a su bienestar y a su desarrollo.



- Iniciar los talleres con una experiencia previa (si es posible).
- Datos:
- ✓ 2003-2008: Participan 81 personas (crecimiento: 21%).
- ✓ 2009-2010: Participan 94 personas (crecimiento: 16%).
- ✓ 2010-2011: Participan 105 personas (crecimiento del 6%).



Visión de proximidad
Aproximar la actividad a las personas en su entorno de vida



OBJETIVOS

Dotar a la actividad de la actualización cognitiva de un nuevo enfoque basado en los parámetros del envejecimiento activo.

Fortalecer la red social, favoreciendo la integración de las personas que viven en zonas rurales.

Desarrollar habilidades para mejorar la autonomía de las personas mayores durante un mayor periodo de tiempo.

Facilitar el acceso a los recursos a toda la población, fomentando la cohesión social.

METODOLOGÍA



Metodología

- Activa y dinámica, adaptada al perfil de los usuarios/as.
- El perfil se extrae de las fichas de inscripción y test mental MEC-LOBO abreviado.

Talleres

- Talleres semanales (1.30 horas).
- Fichas de goma técnica memorística, adaptada a la estructura mental de los usuarios y las usuarias.
- Dinámicas de grupo.

Activ. Complementarias

- Visitas culturales
- Talleres de Manualidades
- Paseos saludables
- Fiestas
- Actividades cultural - deportivas
- Excursiones
- Charlas y conferencias

RESULTADOS

Se reportan cambios positivos en los siguientes ámbitos:

Conocimiento y capacidad de autocuidado:

Experiencia en la capacidad de poder mejorar la propia salud

Sentimiento de mayor confianza en el futuro.

- Aumento en la mejora del bienestar físico y psicológico y en la calidad de vida, lo que se ve reflejado en la mejora de la salud.
- Aumento del interés hacia nuevas formas de promoción de la salud basadas en la participación activa.
- Fomento de la participación y como todo de la integración social de las personas mayores.

CONCLUSIONES





Póster:

Diferencias en las necesidades percibidas por las personas con discapacidad intelectual que envejecen en función del género, la edad y el grado de discapacidad

Andrea Payo Sánchez

Patricia Solís García

Antonio-León Aguado Díaz

Ángeles Alcedo Rodríguez



DIFERENCIAS EN LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ENVEJECEN EN FUNCIÓN DEL GÉNERO, LA EDAD Y EL GRADO DE DISCAPACIDAD.

Payo Sánchez, Andrea; Solís García, Patricia; Aguado Díaz, Antonio-León; Alcedo Rodríguez, Ángeles.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de las investigaciones desarrolladas por el "Equipo de Investigación sobre discapacidad", dirigido por el Profesor Aguado, del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo. Dichas investigaciones se focalizan en las repercusiones del proceso de envejecimiento en las necesidades percibidas (NP's) por las personas con discapacidad. En esta línea, el póster se centra en las diferencias en las NP's en función del género, la edad y el grado de discapacidad, en un grupo de personas con discapacidad intelectual (PcDI).

OBJETIVOS

1. Detectar las NP's por las PcDI en proceso de envejecimiento en función del modelo de 8 dimensiones de CV propuesto por Schalock y Verdugo (2003).
2. Analizar las diferencias en las NP's en función de las variables predictivas género, edad y grado de discapacidad.

MÉTODO

PARTICIPANTES: 1346 PcDI de edades comprendidas entre los 35 y 93 años.

INSTRUMENTOS: se desarrolló una entrevista semiestructurada *ad hoc* para obtener información acerca de las variables criterio.

VARIABLES:



RESULTADOS

GÉNERO:

Las mujeres señalaban con mayor frecuencia:

- Mayor número de **preocupaciones y NP's** (recursos sanitarios, servicios sociales, barreras, otras).
- **Pensamientos sobre el futuro**
- **Más problemas**
- **Otras consideraciones**

Diferencias significativas según la prueba U de Mann-Whitney.

EDAD: se dividieron grupos según percentiles.

Las PcDI menores de 48 años señalaban con mayor frecuencia un mayor número de:

- **Preocupaciones y NP's** (recursos económicos, otras).
- **Soluciones propuestas**
- **Apoyos institucionales requeridos**

Diferencias significativas según la prueba Kruskal-Wallis.

GRADO DE DISCAPACIDAD: se

dividió en percentiles según el grado de discapacidad (Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre).

- Sólo diferencias significativas sobre **salud personal** en el grupo de PcDI con un grado superior al 89%.

Diferencias significativas según la prueba de Kruskal-Wallis.

CONCLUSIONES

El género, la edad, así como el grado de discapacidad tienen especial relevancia en las NP's por las PcDI en proceso de envejecimiento. Se ha puesto de relieve que las mujeres son quienes tienen un mayor número de preocupaciones de diversa índole, que una de las grandes preocupaciones de las PcDI de mediana edad de nuestra muestra son los recursos económicos y que las PcDI con un mayor grado de minusvalía están más preocupadas por su propio estado de salud.



Póster:

Retos de las nuevas tecnologías. Proyecto aula de alfabetización digital

Silvia E. Sánchez Balsalobre

C. Fernández Yañez



SARquavitae San Lázaro
Santiago de Compostela

RETOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PROYECTO AULA DE ALFABETIZACIÓN DIGITAL

S.E. Sánchez Balsalobre y C. Fernandez Yáñez
Centro SARquavitae San Lázaro

OBJETIVOS

Objetivo Principal:

- Proporcionar acceso a los mayores a las TIC, formándoles en el uso y aprovechamiento de los recursos y posibilidades que ofrece su utilización tanto a nivel como cognitivo como relacional.

Objetivos específicos:

- Prevenir el deterioro cognitivo en personas mayores a través del uso de sistemas tecnológicos.
- Favorecer la integración social y comunicación con miembros del propio centro y de otros centros SARquavitae de España.

MÉTODO

Participan un total de 48 residentes. El proyecto consta de dos áreas: Entrenamiento cognitivo y reto tecnológico: Dos grupos de 8 personas con una frecuencia semanal. A nivel metodológico, los contenidos se estructuran en función del nivel de dificultad desde el conocimiento básico del uso del ordenador hasta el manejo básico del Office e internet. Evaluación del nivel de satisfacción, adherencia y grado de mantenimiento cognitivo (MMSE). Interacción social y comunicación inter-centros: se establecen sesiones quincenales entre los centros de SARquavitae de toda España con el objetivo de que los usuarios se relacionen entre sí a través del Skype. Sesiones de 1 hora de duración en torno a un tema trabajado previamente en los talleres de animación socio-cultural. Evaluación del nivel de satisfacción.

RESULTADOS

Mejora del conocimiento informático de las personas mayores y un mantenimiento de las capacidades cognitivas (principalmente memoria y orientación temporo-espacial).

Los resultados en el área de interacción social y comunicación son muy satisfactorios: conexión con personas de otros centros, ilusión por la actividad, mejora de conductas de cuidado personal y de funciones expresivas.

CONCLUSIÓN

La utilización de nuevas tecnologías implica el desarrollo y mantenimiento de una actitud dinámica que puede estimular las capacidades cognitivas de las personas mayores ayudándoles también a ejercitar la mente y mantenerse socialmente activos.

Los espacios abiertos a la alfabetización digital de las personas mayores se encuentran presentes en nuestra sociedad y los mayores (pocos aún) se acercan a las TIC con la principal intención de aprender sobre ellas (alfabetización digital) y adquirir las competencias básicas necesarias para su manejo y posterior uso relacionado con sus necesidades particulares, que les llevará a aprender y disfrutar con ellas. En este estudio se pone de manifiesto que las personas mayores utilizan las TIC para formarse, que estas generaciones de mayores tienen necesidad y anhelo de aprender y ven este momento de su vida, el adecuado para hacerlo acercándose a las TIC.



Congreso internacional sobre envejecimiento activo
"Preparando nuestro futuro"



Póster:

Protegiendo y cuidando a los más vulnerables

Amanda Marsé Fabregat

Rosa Velasco López

Elizabeth Raya Burón

María Sánchez Sopeña

Paloma Caminade Antón

Protegiendo y cuidando a los más vulnerables



Autores: Amanda Marsé, Rosa Velasco, Elizabeth Raya, María Sánchez y Paloma Chaminade

MISIÓN

Generar nuevos servicios que redunden en el **desarrollo del sistema de los servicios sociales y el bienestar de los ciudadanos más desprotegidos.**

FINES

- **Propiciar el desarrollo** de los servicios sociales.
- **Protección de menores de edad.**
- **Protección de personas que han visto modificada judicialmente su capacidad** mediante el ejercicio de funciones tutelares.
- **Implantación y extensión de medidas compensatorias y de igualdad para personas vulnerables y/o dependientes.**

NUESTRO TRABAJO

INFANCIA

Hogar de acogida "Llar D'es Raiguer"

Proporcionamos a los niños una **estabilidad física y emocional** que les permita desarrollarse plenamente como personas y adquirir destrezas personales y habilidades sociales.

Servicio de Supervisión de Visitas de menores protegidos

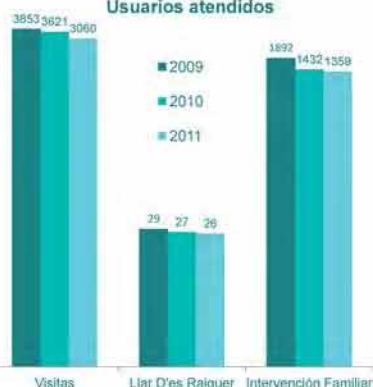
Coordinación y supervisión de las visitas que el menor acogido debe mantener con la familia biológica, procurando que resulten positivas para el menor y fomentando el vínculo familiar.

Programa de Intervención Familiar con Familias en Riesgo de Exclusión Social

Se trabaja con menores en situación de riesgo social y sus familias. Llevado a cabo por profesionales de los ámbitos psicológico, social y educativo.



Usuarios atendidos



ACCIÓN TUTELAR

Protección de personas cuya capacidad ha sido modificada judicialmente.

Les proporcionamos:

1. **Mejor integración** en la sociedad
2. **Defensa** de sus derechos e intereses
3. **Administración** de su patrimonio

Desarrollamos este trabajo en:

• **Illes Balears**, en virtud de distintos Convenios Interadministrativos de colaboración con el Govern Balear, Consells Insulars de Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera y el Ayuntamiento de Palma de Mallorca.

• **Comunidad de Madrid**: Fundación Aldaba pone en marcha en 2009 un programa de acción tutelar de adultos como proyecto propio.

Servicio de Información y Orientación, a profesionales, familiares y usuarios.



Usuarios atendidos



DISCAPACIDAD

Centro Ocupacional "El Molino"

El Centro, de titularidad municipal, tiene como objetivo **proporcionar habilitación profesional y social** a personas con discapacidad intelectual.

Aldaba Centro Especial de Empleo

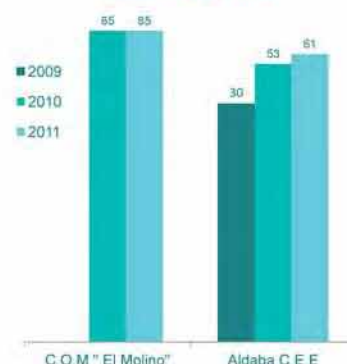
Se busca facilitar la **inserción laboral** de personas con discapacidad, un tránsito hacia el **empleo normalizado** o una fórmula de integración laboral para aquellos que necesitan un **empleo protegido**.

Unidades

Limpieza	Pintura
Jardinería	Consultoría



Usuarios atendidos



Moito + por vivir
por disfrutar

Póster:

Documenta proxecto de envellecemento activo

Cristina García Haz



Un documental que nos fala de como mudan as costumes, as tradicións, a maneira de gañarse a vida.. e como perduran as necesidades esenciais, os lugares...

Autores:

Jesusa García García, Natalia Varela Pet, Mercedes Parga Cambón, Carmen Álvarez Leis, María Costa Pérez, Jesús Martínez Fernández, Teresa Pérez Moreira, Generoso Loureiro Pérez, José Toja Rama, Manuela Pombo Souto, Carmen Varela Varela, Agustina Villar Álvarez, Susana René Audicio Sosa, Luis Facal Rodríguez, Julio Firoa Mosquera, José Manuel Pastoriza Souto, Carmen Amado Cancela, Eduardo Ventura Fuentes

Un documental que fala mais de persoas ca de ilustres personaxes...

documenta

proxecto de envellecemento activo



<http://player.vimeo.com/video/37672687>
para visualizar o documental



Concello de PONTECESO



DEPUTACION DA CORUÑA
www.dicoruna.es

xentesde
ontexentes
dehoxe
xentesde
mañan



Un proxecto promovido polo Concello de Ponteceso e cofinanciado pola Exma. Deputacion Da Coruña

