



LIBRO DE ACTAS

31 CONGRESO INTERNACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

GALICIA, LIDERANDO LA LONGEVIDAD EUROPEA. OPORTUNIDADES Y RETOS.

EDITORES

Miguel Ángel Vázquez Vázquez

José María Faílde Garrido

María D. Dapía Conde





SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

LIBRO DE ACTAS

31 CONGRESO INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

GALICIA, LIDERANDO LA LONGEVIDAD EUROPEA. OPORTUNIDADES Y RETOS.

EDITORES

Miguel Ángel Vázquez Vázquez

José María Faílde Garrido

María D. Dapía Conde

congreso.sgxx.org

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso y por escrito de los titulares del Copyright.

Las opiniones y contenidos de las ponencias y comunicaciones publicadas en el libro de actas del 31 Congreso Internacional de Geriatría y Gerontología son de responsabilidad exclusiva de los/as autores/as; asimismo, estos/as se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

PRIMERA EDICIÓN: julio 2019

EDITA:

SOCIEDADE GALEGA DE XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

Colexio Oficial de Médicos de A Coruña

Rúa San Pedro de Mezonzo, 39

15701 Santiago de Compostela (A Coruña)

Web: <https://sgxx.org/es/>

EDITORES:

Miguel Ángel Vázquez Vázquez

José María Faílde Garrido

María D. Dapía Conde

ISBN: 978-84-09-17570-3

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Innovación Ágil

PRÓLOGO

El 31 Congreso Internacional de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría, celebrado en el Pazo da Cultura de Pontevedra los días 27, 28 y 29 de junio de 2019, se centró en las oportunidades y retos que tienen las regiones con una población envejecida, haciendo hincapié en el caso de Galicia como un exponente incuestionable de este fenómeno, que ya sobrepasa como una de las regiones de Europa con el porcentaje más elevado de personas mayores; siendo las provincias de Ourense y Lugo entre las cinco más envejecidas. Este congreso ha sido de gran utilidad social, pues nos ha permitido reflexionar y compartir los resultados de las investigaciones más actuales, entre otras temáticas, sobre las causas del envejecimiento poblacional, el estudio de sus aspectos positivos, la promoción de la atención multidisciplinar de calidad, o sobre el viejo debate de la necesidad de una adecuada coordinación sociosanitaria. En estas reflexiones tomaron parte organizaciones sociales, entidades públicas de gestión, academia, sector empresarial, ONG's... por lo que solicito a todos ellos que contribuyan a dar transferencia de las mismas en sus respectivos ámbitos de actuación.

Fue una reunión científica y académica de carácter internacional y de gran interés y proyección para profesionales de la medicina (geriatras o psiquiatras orientados a la psicogeriatría, neurólogos), enfermeros, psicólogos, educadores y trabajadoras sociales, gestores de residencias de mayores y centros de día, nutricionistas, farmacéuticos, jueces del ámbito de los derechos humanos, especialistas en violencia contra las personas mayores, y en general para todos los sectores relacionados con los mayores.

Consideramos que el Congreso ha sido un éxito por el nivel de los participantes y su carácter interdisciplinar. Tomaron parte en el mismo cerca de 300 profesionales del ámbito de los mayores y 72 ponentes procedentes de diversos países europeos y latinoamericanos (Portugal, Paraguay, Cuba, Argentina, Chile) y Qatar. Y además, se presentaron 29 contribuciones, entre comunicaciones sociales, clínicas y de experiencias validadas (24 en formato de comunicación oral y 5 en formato póster).

Es un placer para mí, presentar el libro de actas que recoge los trabajos de todos aquellos y aquellas ponentes que han querido dejar por escrito su contribución en el 31 Congreso Internacional de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría. A todos y a todas mi sincero agradecimiento.

Un cordial saludo y espero seguir contando con vuestra participación en las próximas ediciones de este foro científico internacional de geriatría y gerontología.

D. Miguel Ángel Vázquez Vázquez

Presidente SGXX



31 CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

GALICIA, LIDERANDO LA LONGEVIDAD EUROPEA. OPORTUNIDADES Y RETOS.

27, 28 Y 29 JUNIO 2019
PAZO DA CULTURA
PONTEVEDRA

Organiza:



Patrocinadores y colaboradores:



congreso.sgxx.org

JUNTA DIRECTIVA DE LA SGXX

Presidente	D. Miguel Angel Vázquez Vázquez
Vicepresidente 1º	D. José Manuel Pazos Seco
Vicepresidente 2º	D. Javier Pérez Martín
Secretario	D. José María Faílde Garrido
Tesorero	D. José Manuel Pérez Fernández
Vocal Sección Clínica	Dña. Sonia María Barros Cerviño
Vocal Sección Social	Dña. Rocío Carbón Sueiro
Vocal Psicogerontología	D. Carlos Dosil Díaz
Vocal Enfermería	Dña. Marta Ulloa Méndez
Vocal Gerocultura	Dña. Raquel Ramos Rodríguez
Vocal Centros Gerontolóxicos	D. Luis Lorenzo Mur
Vocal Formación e Investigación	D. José Manuel Vega Andión

ORGANIZACIÓN Y COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta	Dña. Natalia Vérez Cotelo Prof. da Universidade CEU-San Pablo.
Copresidente	D. Miguel Ángel Vázquez Vázquez Presidente de la SGXX.
Secretaria	Dña. Raquel Ramos Rodríguez Vocal de Gerocultura de la SGXX.
Tesorero	D. José Manuel Pérez Fernández Tesorero de la SGXX.

Vocales del Comité Organizador

D. Óscar Arroyo Riaño

Dep. de Xeriatría. Complexo Residencial de Atención a persoas Dependentes.

Dña. Cristina Brosa Martín.

Experta en Dirección y Gestión de Centros. Ourense.

D. Jesús A. Carballo Bouzas

Cruz Vermella Ourense.

Dña. Rocío Carbón Sueiro

Vocal Social de la SGXX.

D. Ricardo Fra Otero

Director de Empresa Sociosanitaria Pontevedra.

D. Mariano Gutiérrez Gutiérrez

Responsable de Area do Complexo Residencial de Atención a persoas Dependentes.

D. Carlos Alberto L. Branco.

Presidente da CPI. Director Resisénior Gold. Braga. Portugal.

D. Cástor Leonardo Maduro-Maytin.

Doctor en Ciencias Médicas. PhD. UC. Profesor Titular de Cirugía. UC.

D. Luis Lorenzo Mur

Vocal de Centros de la SGXX.

D. José Manuel López Díaz

Responsable de Area do Complexo Residencial de Atención a persoas Dependentes.

D. Cesáreo López Vidal

Dep. de Xeriatría. Complexo Residencial de Atención a persoas Dependentes.

D. Óscar Neira Fernández

Director de Centro Geriátrico. Pontevedra.

D. José Manuel Pazos Seco

Vicepresidente 1º de la SGXX.

D. Javier Pérez Martín

Vicepresidente 2º de la SGXX.

Dña. Gloria Rodríguez Cabaleiro

Consellería de Política Social. Xunta de Galicia.

Dña. Marta Ulloa Méndez

Directora de Centro Residencial. Vocal de Enfermería de la SGXX.

D. Andrés Vázquez Piñeiro

Consortio Galego de S. de Igualdade e Benestar.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente	D. José María Faílde Garrido Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Vigo, España.
Vicepresidente	D. José Manuel Vega Andión Servicio de Geriatria. Hospital Universitario Meixoeiro, Vigo. España.
Secretaria	Dña. María D. Dapía Conde Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Vigo, España.

Vocales del Comité Científico

Dña. Maria João Amante

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Dña. Sonia María Barros Cerviño

Unidad de Geriatria, Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España.

D. César Bugallo Carrera

Coordinador de AFAFES.

D. José Luis Caamaño Ponte

Centro Terapéutico Xerontolóxico A Veiga, España.

D. Xosé Manuel Cid Fernández

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo. España.

Dña. Lia João de Pinho Araújo

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

D. Carlos Dosil Díaz.

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela. España.

Dña. Susana Fonseca

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

D. Carlos García Domínguez.

Enfermero especialista en enfermería geriátrica.

Dña. Patricia Alejandra Giménez León

Ministerio de Salud. Paraguay.

D. Miguel Guerra Rodríguez

Profesor UNED.

Dña. Lorena Martínez Villaverde

Economista.

D. Raimundo Mateos Álvarez

Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela.

Dña. Ana Belén Méndez Fernández

Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Vigo. España.

D. José Carlos Millán Calenti

Catedrático de Gerontología. Universidade da Coruña.

D. Carlos Ocampo y Vilas

Universidad de Antwerpen. Bélgica.

Dña. María Augusta Pereira Mata

Departamento de Enfermería, Instituto Politécnico de Bragança. Portugal.

D. Arturo Pereiro Rozas

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Dña. Esther Pérez Enríquez

Facultad de Ciencias da Educación. Universidade de Vigo. España.

D. Jesús Pérez Nellar

MD. PhD. Consultant Neurologist, HMC, Qatar. Ex-Jefe del Servicio de Neurología, Hospital Hermanos Ameijeiras, Habana, Cuba

Dña. Laura Vilaboy Romero

Colegio de Educadoras y Educadores Sociais de Galicia.

Dña. Lucía G. Vázquez Rodríguez

Doctorando. Universidad Complutense de Madrid.

Indice

15 PONENCIAS

- 17 NEUROGERONTOLOGÍA: ENTRENAMIENTO EN TAREAS DUALES, COGNITIVAS Y FÍSICAS. UTILIDADES
María Campos-Magdaleno, David Facal, Alba Felpete, Cristina Lojo-Seoane, Arturo X. Pereiro y Onésimo Juncos-Rabadán.
- 23 BUENAS PRÁCTICAS Y RETOS DE FUTURO EN LA ATENCIÓN A MAYORES Y A LA CRONICIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD
Sebastián J. Santaeugenia González
- 29 DIRIEITOS SOCIAIS E PESSOAS IDOSAS - UMA VISÃO EUROPEIA
Maria da Conceição Barbosa Carvalho Sampaio
- 37 PERSONAS MAYORES Y DIVERSIDAD FUNCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOEDUCATIVA
Paula Varela Costa
- 47 VULNERABILIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN PARAGUAY. UN CAMINO Y UNA OPORTUNIDAD
Patricia Alejandra Giménez León

55 COMUNICACIONES CLÍNICAS

- 57 EFECTOS DE LOS CAMBIOS ESTACIONALES Y CLIMATOLÓGICOS EN LA SALUD DE LOS MAYORES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
Carlos Sotelo-Martínez y Cristina Gómez-Cantorna
- 66 PROYECTO DE CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO Y MARCADORES GENÉTICOS DE RIESGO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
Lorena Tenorio-Salgueiro, Bibiana Guisado-Barral, Rocío Mera-Gallego, Laura León-Rodríguez, Jorge Pérez-Vicente y José A. Fornos-Pérez
- 73 IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN PERSONAS JUBILADAS A TRAVÉS DE DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS. ESTUDIO MIXTO
María del Carmen Miranda-Duro, Marta Carracedo-Vázquez, Laura Nieto-Riveiro, Patricia Concheiro-Moscoso, Betania Groba y Nereida Canosa

- 79 NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN GERIATRÍA.
¿SÍ O NO? REVISIÓN CLÁSICA
Lígia Costa Rocha, Daniela Gomes, Roberto Ribas, Filipa Pimenta, Vítor Costa y Rosa Couceiro

85 COMUNICACIONES SOCIALES

- 87 RED DE FORMACIÓN IBÉRICA, PLAN DE DESARROLLO EUROPEO CONJUNTO PARA LOS CENTROS DE FORMACIÓN SOCIOSANITARIA
Imma Miralles y Cristina Dimas
- 95 RESPONSABILÍZATE + PER SE. INNOVACIÓN SOCIAL EN UN CENTRO XERONTOLÓGICO: PRIMEROS RESULTADOS
José Caamaño Ponte, Carlos Dosil Díaz, Romina Mouriz Corbelle, Marta López Piñeiro y Ana Rodríguez Vázquez
- 105 TEATRO EN GERONTOLOGÍA. ASPECTOS BÁSICOS EN UNA RELACIÓN NECESARIA
Lisa Vieites Rivera y Manuel F. Vieites
- 113 CAFÉ MEMÓRIA: UMA PAUSA COM ATIVIDADES EM GRUPO E PALESTRAS COM ESPECIALISTAS PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMENCIA
Lia Araújo, Maria João Amante, Isabel Sousa, Catarina Alvarez y Susana Fonseca
- 119 FORMANDO GEROCULTORAS: EDADISMO COMO CUESTIÓN TRANSVERSAL
María Cristina Brosa, María Dapía y José María Faílde
- 130 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER EN GALICIA
Natalia Vérez-Cotelo, N. Floro Andrés-Rodríguez, José A. Fornos-Pérez, Marcos Ríos-Lago, Rocío Mera-Gallego y Patricia García-Rodríguez
- 138 LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA VIDA DIARIA DE LAS PERSONAS MAYORES MEDIANTE EL USO DE DISPOSITIVOS WEARABLES
Patricia Concheiro-Moscoso, Betania Groba, Javier Pereira, María del Carmen Miranda-Duro, Laura Nieto-Riveiro y Thais Pousada
- 144 CAFÉ MEMÓRIA EM PORTUGAL 2013 A 2018 – UM PROJETO COMUNITÁRIO DE APOIO A PESSOAS COM DEMÊNCIA E CUIDADORES
Maria João Amante, Catarina Alvarez, Isabel Sousa, Lia Araújo y Susana Fonseca

- 151 **DINÂMICAS DE GRUPO EM CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO COM PESSOAS IDOSAS**
Susana Fonseca, Maria João Amante y Lia Araújo
- 157 **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, BURN OUT Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN CUIDADORES FORMALES DE PERSONAS MAYORES EN FUNCIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL (SANITARIO VS PSICOSOCIAL) Y LA ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL. UN ESTUDIO PRELIMINAR.**
Estela Alonso Posada, José María Failde Garrido, Miguel Ángel Simón López y Javier Martínez Torres
- 171 **PENSAMENTOS SOBRE FIM-DE-VIDA EM IDOSOS CENTENÁRIOS**
Lia Araújo y Oscar Ribeiro
- 178 **ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES CON ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL**
María Dapía Conde, José M. Failde Garrido, Laura Ruíz Soriano y Paula Rodríguez Rivera
- 185 **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO, SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y COMPONENTE DEL ESTEREOTIPO VIEJISTA EN DOS COHORTES DE PERSONAS MAYORES**
José M. Failde Garrido, María Dapía Conde, Laura Ruíz Soriano, Alba Bernárdez Dapía y Miguel Ángel Vázquez Vázquez
- 193 **O EDUCADOR SOCIAL NA INTERVENÇÃO SOCIOEDUCATIVA COM PESSOAS IDOSAS – QUE BENEFÍCIOS?**
Susana Fonseca, Lia Araújo y Maria João Amante

PONENCIAS

Neurogerontología: Entrenamiento en tareas duales, cognitivas y físicas. Utilidades

María Campos-Magdaleno, David Facal, Alba Felpete, Cristina Lojo-Seoane, Arturo X. Pereiro, Onésimo Juncos-Rabadán.

Unidade de Psicoxerontoloxía, Universidade de Santiago de Compostela, España.

Palabras clave (Keywords): Tareas duales, fragilidad, entrenamiento cognitivo, deterioro cognitivo.

RESUMEN

El Servicio de Atención a las Dificultades de Memoria es una propuesta llevada a cabo por la Unidad de Psicogerontología de la Universidad de Santiago de Compostela, en el Ayuntamiento de Boimorto, destinada a personas mayores de 60 años. Su puesta en marcha en el año 2017 tiene como objetivo principal la detección precoz del deterioro cognitivo en la comunidad y la aplicación de una intervención novedosa basada en el entrenamiento en metacognición y tareas duales. La aplicación de la misma se llevó a cabo en un formato de pequeño grupo (4-6 participantes) e individual, obteniendo mejoras a nivel motor, cognitivo y de satisfacción con el programa. En esta propuesta de taller teórico-práctico se incluyen las directrices generales y algunos ejemplos de tareas concretas, así como la solución de los problemas que surgieron en su puesta en marcha.

INTRODUCCIÓN

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DESDE UNA UNIDAD DE PSICOGERONTOLOGÍA

El Servicio de Atención a las Dificultades de Memoria es una propuesta de evaluación e intervención que se lleva a cabo en el Ayuntamiento de Boimorto (A Coruña) desde la Unidad de Psicogerontología de la Universidad de Santiago de Compostela.

El Servicio se articula en torno a cuatro grandes objetivos: (1) la detección del Deterioro Cognitivo Ligero en la comunidad, (2) la intervención cognitiva y funcional en el deterioro cognitivo y la fragilidad, (3) la formación de los profesionales de ayuda a domicilio y residencia de mayores, y (4) el apoyo e información a familiares de personas con deterioro cognitivo. El inicio del mismo se produjo en el año 2017, y continúa en la actualidad.

EL CONTINUUM DE FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN LA VEJEZ

Gran parte de la comunidad científica entiende el funcionamiento cognitivo en la vejez como un continuum evolutivo (Figura 1), que parte del envejecimiento cognitivo normal hacia la demencia, pasando por diferentes grados de deterioro, entre los cuales se encuentra el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Ligero (DCL).



Figura 1. Continuum de deterioro cognitivo

El envejecimiento cognitivo normativo hace referencia al rendimiento cognitivo, que se encuentra dentro de parámetros normales teniendo en cuenta la edad y el nivel educativo, y medido a través de instrumentos validados y destinados a tal fin. En este caso las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) permanecen preservadas. El DCL (Petersen, 2004) hace referencia a un rendimiento cognitivo que se encuentra 1,5 desviaciones típicas por debajo de la normalidad, teniendo en cuenta la edad y el nivel educativo. En este caso, las AIVD permanecen intactas o están mínimamente afectadas. En el caso de las demencias, el rendimiento cognitivo se encuentra en 2 desviaciones típicas por debajo de la normalidad, coexistiendo con una afectación grave (o dependencia) en las AIVD.

Una persona puede situarse en distintos puntos de este continuum, con diferentes posibilidades de evolución. Lo más habitual es que una persona con deterioro cognitivo vaya empeorando progresivamente a lo largo del tiempo, pero también cabe la posibilidad de que se mantenga estable, o incluso -pero de forma poco frecuente revierta el deterioro y vuelva a niveles de rendimiento normal (Facal et al., 2015). La evolución en una u otra dirección depende de múltiples factores. Uno de ellos es la participación en intervenciones destinadas al entrenamiento y estimulación de la cognición.

Estos espacios de entrenamiento y/o estimulación cognitiva pueden repercutir positivamente en el rendimiento de las personas que se encuentren en cualquiera de los puntos del continuum, incluso en el rendimiento cognitivo normal. En este, es posible mejorar la función cognitiva y generalizar las ganancias a la vida diaria. En el DCL se puede mejorar el rendimiento y prevenir el avance del deterioro. En la demencia se trabaja con el objetivo de compensar el deterioro y promover estrategias adaptativas. Sin embargo, aunque las posibilidades de prevención existen, en la práctica lo común es empezar la intervención cuando existe deterioro o el mismo es más evidente. Debemos cambiar el foco y ofrecer no solo intervenciones de tipo compensatorio, sino también preventivo, interviniendo antes de la manifestación clínica de los primeros signos de deterioro, y trabajando la promoción de las AIVD.

FRAGILIDAD COGNITIVA

El concepto de fragilidad hace referencia a un estado asociado al envejecimiento en donde se reduce la capacidad para afrontar los estímulos estresores (Fried et al., 2001). Habitualmente, este concepto se refiere a una situación de fragilidad de tipo físico, sin embargo, parece existir un componente cognitivo importante. En los casos en los que se cumplen los criterios de fragilidad (pérdida involuntaria de peso, lentitud en la marcha...) y coexisten con un diagnóstico de deterioro cognitivo, hablamos de fragilidad cognitiva. La utilización de este concepto supone un cambio importante en la concepción de la vulnerabilidad de las personas mayores, ya que no solo se tienen en cuenta los aspectos físicos del mismo, sino también los aspectos cognitivos, sociales y afectivos que pueden repercutir en una mayor posibilidad futura de incapacidad, morbilidad y mortalidad. Al igual que el deterioro cognitivo, la fragilidad cognitiva está sujeta a reversibilidad (Facal et al., 2018).

1. MÉTODOS

1.1 PROPUESTA TEÓRICO-PRÁCTICA: EL SERVICIO DE ATENCIÓN A LAS DIFICULTADES DE MEMORIA.

PARTICIPANTES

El Ayuntamiento de Boimorto cuenta, según datos del Instituto Galego de Estadística, con 2.040 habitantes en el año 2017. De los cuales, 748 (un 36,7%) son personas de 65 años o más. Algunos de los servicios públicos puestos a disposición de este sector poblacional son la residencia y centro de día, el servicio gratuito de autobús, así como un local social de mayores en donde se desarrollan distintas actividades y cuenta con un gimnasio propio. Es en este centro social en donde se desarrolla el Servicio de Atención a las dificultades de Memoria, por el que han pasado, desde el año 2017, 38 usuarios habituales de evaluación e intervención. El único criterio de exclusión a la hora de participar en el servicio es tener menos de 60 años. Por este motivo, el perfil de los usuarios es muy heterogéneo, en el que se incluyen personas con rendimiento cognitivo muy elevado pero también con demencias avanzadas; distintos estados de salud, escolarización previa (incluso personas iletradas), edad y circunstancias personales. Para crear espacios de trabajo similares, los participantes se distribuyeron en pequeños grupos, en donde se busca la mayor similitud en cuanto a rendimiento cognitivo, escolarización y edad.

ACTIVIDADES

Uno de los objetivos del servicio se centra en la detección del deterioro en la comunidad. Para ello, se ha diseñado un sistema de derivaciones en colaboración con los médicos de atención primaria, los servicios sociales del Ayuntamiento, así como una serie de vías de difusión. En el momento en que la persona -o su familia se pone en contacto por estar interesada en participar, se pone en marcha el protocolo de detección, que incluye:

- Primera sesión: se lleva a cabo un cribado cognitivo, funcional, de apoyo social, quejas de memoria y problemas neuropsiquiátricos, conductuales y/o afectivos. Dentro de la misma sesión, de 2 horas aproximadas de duración, se realiza una entrevista individual a un familiar acompañante.
- Segunda sesión: evaluación específica de aquellas áreas en las que se ha detectado afectación en la sesión de cribado. La duración es variable, dependiendo de las áreas que haya que evaluar.
- Retest: al finalizar el curso académico, y después de haber participado en la intervención, los participantes son evaluados nuevamente a través de una versión reducida del protocolo de cribado.

Como ya se ha dicho, otro de los grandes objetivos del servicio es la intervención cognitiva y funcional. En el caso de los participantes incluidos en un grupo de trabajo, la duración de estas sesiones es de 1h y 30 minutos, pudiendo acudir una o dos veces por semana. Existen también espacios de trabajo individual, reservados para los participantes con mayor deterioro cognitivo, o mayores problemas sensoriales (visión/audición), con la finalidad de proporcionar actividades personalizadas. En ambos casos, la intervención se basa en el entrenamiento en metacognición y en tareas duales, y tuvo una duración aproximada de 6 meses.

2. INTERVENCIÓN

2.1 ENTRENAMIENTO COGNITIVO PARA ENVEJECER ACTIVAMENTE: JUSTIFICACIÓN Y EJEMPLOS.

Buena parte de la propuesta de intervención se basa en el Programa de Entrenamiento Cognitivo para Envejecer Activamente (Lojo-Seoane et al., 2017), cuya propuesta sigue un enfoque específicamente metacognitivo. La metacognición hace referencia a las creencias, pensamientos y juicios destinados a evaluar los propios procesos cognitivos, tomando conciencia sobre los mismos. Esto permite que los participantes conozcan cómo funciona su memoria y otras capacidades cognitivas; que aprendan las estrategias que mejor les funcionan; y que elaboren sus propias estrategias y monitoricen su puesta en marcha. De esta manera, se potencia la probabilidad de transferencia de las estrategias a la vida diaria. La realización de una intervención basada en la metacognición ha demostrado su utilidad a la hora de mejorar el rendimiento cognitivo y la motivación; así como una compensación de la tendencia natural de evitar el cambio de estrategias cognitivas durante el proceso de envejecimiento.

Un entrenamiento en metacognición debe incluir los siguientes contenidos:

1. Exposición de información de tipo teórica en cada sesión, explicando-específicamente los distintos mecanismos de funcionamiento de cada área cognitiva.
2. Propuesta de estrategias compensatorias y práctica real de las mismas, tanto aquellas más directamente aplicables a la función cognitiva, como a la emoción (manejo del estrés, situaciones de tristeza...)
3. Creación de espacios concretos para que cada persona diseñe su propia estrategia, la ponga en marcha, y la comparta con los demás.
4. Promoción del debate y puesta en común de las impresiones, resultados y soluciones de las tareas. Destinar unos minutos al intercambio de experiencias.
5. Destinar tareas concretas a situaciones específicas que se produzcan en la vida diaria. El objetivo es que los participantes las pongan en marcha en el periodo entre sesiones, potenciando su uso habitual en el día a día.

2.2 ENTRENAMIENTO A TRAVÉS DE TAREAS DUALES: JUSTIFICACIÓN, EXPLICACIÓN Y EJEMPLOS.

La otra parte de la intervención se basa en el entrenamiento en tareas duales. Una tarea dual consiste en la realización simultánea de dos tareas independientes, es decir, que tienen objetivos diferentes. Un ejemplo de ello es caminar mientras se narra una historia. Este tipo de entrenamiento ha demostrado producir mejoras en la marcha, así como ganancias en la capacidad cognitiva. Además, pueden diseñarse tareas que tengan que ver con las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria. Cuando la ejecución de las tareas es simultánea, es decir, en condición dual, el rendimiento tiende a decaer que si se llevase a cabo en condición simple. Sobre todo, cuando dichas tareas tienen un alto nivel de dificultad. Esto se debe a que la tarea dual demanda muchos recursos atencionales, que son limitados, y que pueden llegar incluso a sobrepasarse.

A la hora de diseñar tareas duales, lo principal es seleccionar ejercicios simples de tipo físico y de tipo cognitivo, para luego combinarlas entre si. Teniendo en cuenta esta doble dimensión, podemos establecer tres tipos diferentes de combinación:

- Física y cognitiva. Por ejemplo, dar pases de pelota al tiempo que se hacen cálculos mentales. Caminar mientras se trabaja la fluidez (nombres de mujer, palabras por la letra -A...). Sostener un vaso de agua mientras se generan números al azar. Sostener una pelota en la palma de la mano diciendo los días de la semana en orden inverso.
- Física y física. Por ejemplo, caminar sosteniendo un vaso de agua. Dar pases de pelota con los pies en posición tándem. Caminar hacia atrás dando palmadas.
- Cognitiva y cognitiva. Por ejemplo, buscar las diferencias entre dos dibujos continuando una secuencia de palabras encadenadas. Recordar una lista de palabras, y repetirlas después de completar una tarea de cancelación. Escuchar una historia y contar mentalmente el número de veces que se repite una determinada palabra.

Además, en este tipo de entrenamiento, es posible aumentar la dificultad realizando un entrenamiento en tareas triples. Consiste en la ejecución de tres tareas simultáneas, dando lugar a dos tipos de combinación:

- Física, física y cognitiva. Por ejemplo, caminar, sosteniendo un vaso de agua y realizando restas concatenadas en voz alta. Permanecer de pie en posición de tándem, dar pases de pelota, y describir el desayuno que se tomó esa mañana.
- Física, cognitiva y cognitiva. Por ejemplo, dar golpes rítmicos con el pie en el suelo, completar un laberinto, y dar una respuesta verbal cada vez que se escucha el nombre de un color en medio de palabras aleatorias. Recordar una lista de palabras, caminar, y decir en voz alta el pie contrario con el que se apoya.

A la hora de utilizar un entrenamiento en tareas duales es importante tener en cuenta los factores de familiaridad y de dificultad. Una tarea puede ser más o menos familiar en función del contacto que una persona haya tenido previamente en su ejecución. Pongamos, por ejemplo, la tarea de sostener un vaso de agua y la de caminar hacia atrás. Existe una mayor probabilidad de que una persona tenga más experiencia en realizar la primera tarea que la segunda, resultando en una mejor ejecución. Por otro lado, la dificultad depende de diversos factores individuales, y puede variar mucho de unas personas a otras. Se mide en función de los recursos atencionales que consume para su realización, y la combinación en condición dual o triple repercutirá en una peor ejecución.

3. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La puesta en marcha de una intervención en el Ayuntamiento de Boimorto resultó ser, en términos generales, una experiencia positiva y provechosa. Se dio cuenta de una alta adherencia y satisfacción final con el programa. De forma más concreta, el entrenamiento en metacognición fomentó el trabajo en grupo, la cohesión grupal y la generación de debates espontáneos en dónde los participantes compartieron experiencias y relativizaron los problemas y preocupaciones relacionadas con su cognición. Permitted que los usuarios compartiesen estrategias, y probasen distintas alternativas que se ponían en común. Por otro lado, el entrenamiento en tareas duales y triples resultaron muy atractivas por su novedad. Se observaron rápidas mejoras en la ejecución de las tareas, sobre todo de tipo físico, tanto dentro de la propia sesión como entre sesiones. Los participantes proporcionaron feedback continuo, siendo ellos mismos los que informaban voluntariamente de la dificultad percibida y atractivo de las tareas, permitiendo realizar ajustes en las mismas.

Por otro lado, también se encontraron una serie de dificultades. La falta de alfabetización, los problemas sensoriales o la presencia de deterioro cognitivo moderado/grave dificultaron las sesiones de entrenamiento, teniendo que buscar alternativas. Para ello, se realizó una adaptación de la dificultad de las tareas, se proporcionó un mayor apoyo y ayuda a ciertos usuarios con más dificultades, y se dilataron los espacios destinados a cada tarea, dividiendo, en algunos casos, una única sesión en dos.

En definitiva, el entrenamiento en metacognición y tareas duales repercutió positivamente en los usuarios en situación de fragilidad, de deterioro cognitivo y de envejecimiento normal. Las dificultades encontradas no supusieron un impedimento para cumplir con los objetivos establecidos y llevar a cabo el procedimiento general, convirtiendo este tipo de entrenamiento metacognitivo y de tareas duales en opción recomendable de aplicar e investigar.

REFERENCIAS

- Facal, D., Guàrdia-Olmos, J., & Juncos-Rabadán, O. (2015). Diagnostic transitions in mild cognitive impairment by use of simple Markov models. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30 (7), 669-667.
- Facal, D., Maseda, A., Pereiro, A. X., Gandoy-Crego, M., Lorenzo-López, L. Yanguas, J., & Millán-Calenti, J. (2018). Cognitive frailty: a conceptual systematic review and an operational proposal for future research. *Maturitas*, 128, 48-56.
- Fried, L. P., Tangen, C., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurne, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology*, 56 (3), M146-156.
- Lojo-Seoane, C., Campos-Magdaleno, M., Facal, D., Mallo, S. C., Riaño, M. N., & Santamaría, P. (2018). *Programa de entrenamiento cognitivo para envejecer activamente*. Madrid: CCS.
- Petersen, R. C., López, O., Armstrong, M. J., Getchus, T. S. D., Gangull, M., Gloss, D., ... & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild Cognitive Impairment. *Neurology*, 90 (3), 126-135.

Buenas prácticas y retos de futuro en la atención a mayores y a la cronicidad en los sistemas de salud

Sebastián J. Santaeugenia González

Director del Plan Director Sociosanitario y del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Palabras clave (Keywords): Atención integrada, atención paliativa, atención geriátrica, sistema sanitario, envejecimiento.

RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud español (SNS), consolidado progresivamente desde la Ley General de Sanidad de 1986, es percibido por sus ciudadanos como altamente satisfactorio y está muy bien valorado en el conjunto de los sistemas europeos.

No obstante, el Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, subraya la necesidad de modificaciones orientadas fundamentalmente a contemplar la carga que las enfermedades crónicas tienen para el propio sistema y a mejorar su prevención y la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención.

La organización tradicional del SNS, centrado mayoritariamente en la resolución de problemas agudos, favorece una atención episódica cuyo objetivo fundamental es la resolución del problema, no priorizando la prevención y el autocuidado con la intensidad necesaria y relegando la responsabilidad de la toma de decisiones en los profesionales sanitarios.

La falta de coordinación entre los distintos ámbitos de atención, en ocasiones incluso con atención contradictoria, y la muy escasa relación interdepartamental entre el sector sanitario y social, favorece la provisión y gestión de los recursos de manera deficiente, y comporta a menudo que la prestación de servicios se realice en dispositivos no adecuados.

Una deficiente organización conlleva también que las personas más vulnerables dentro del sistema, como son los mayores, aquellas en situación de cronicidad y aquellas con las limitaciones funcionales, son las que tienen más dificultades en cuanto a accesibilidad y transición dentro del sistema; se encuentran en una "jungla" de complejidad organizativa que ofrece una respuesta que está completamente desajustada a las necesidades que plantean.

La solución, con la coyuntura económica actual, no parece que sea únicamente incrementar los recursos globales sino también organizar mejor el sistema con visión de atención integrada.

Los profesionales sanitarios y los gestores deben interactuar con las demandas cambiantes y futuras de la población que se atiende, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y trabajar con orientación a resultados claros con buen impacto en la salud.

La búsqueda del éxito con la implantación de modelos de atención a la cronicidad es ofrecer servicios ajustados

a las necesidades de la población, que sean modulables y dinámicos, con integración social y sanitaria, proactivos y reactivos a la vez, ofreciendo a *“cada cual lo que necesite”* a través de la individualización, y que sean sostenibles para el sistema a partir de resultados.

INTRODUCCIÓN

La cronicidad y la complejidad han sido definidas recientemente como el conjunto de personas, habitualmente mayores, afectos de problemas de salud crónicos y necesidades difíciles de resolver debido de los efectos que estos problemas de salud producen sobre las personas que los padecen, así como sobre su entorno, el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad. Su abordaje constituye actualmente uno de los principales retos de futuro de los sistemas sanitario y social.

La evidencia nos ha mostrado las limitaciones de la gestión basada en la atención a los problemas de las personas sobre la base de un modelo centrado en la enfermedad, denominado *“gestión de patologías”* (*“disease management”*), hecho que condujo inicialmente a plantear unos modelos orientados a la cronicidad (*“chronic care models”*).

Posteriormente, surgió el concepto de *“atención a la persona con condiciones crónicas y necesidades de atención complejas”*, lo que en la literatura se conoce como *“patient with chronic conditions and complex needs”*, tanto de ámbito sanitario como social. Los cuidados que precisan las personas en determinadas situaciones de complejidad exigen una respuesta que se articule de forma diferente a la utilizada hasta ahora. Este abordaje ha de ser centrado en la persona, no en su enfermedad, y de respuesta múltiple en base a un modelo de atención integrada como se verá a continuación.

Difícilmente una sola organización o un solo grupo profesional, de un solo ámbito de conocimiento o asistencial, pueden dar una respuesta integral global, multidimensional e integrada, o al menos coordinada, a personas en situación de complejidad. Por este motivo se es necesaria una transformación de los sistemas de salud actuales, para conseguir equipos asistenciales basados en la evidencia y centrados en las personas, que provean de forma colaborativa, *“prácticas de valor”*.

También exige una alianza real y sincera entre el ámbito de los gestores y los líderes clínicos y profesionales. Debe incorporarse una toma de decisión de calidad en la gestión y la capacitación del ámbito de liderazgo clínico y profesional con profesionales que faciliten de manera clara esta gestión del cambio en esta agenda de transformación del modelo con visión de liderazgo sistémico.

En el marco internacional, la OMS publicó en un documento de referencia (Preventing chronic diseases, a vital investment) que instaba a que los sistemas de salud en todo el mundo diseñaran y establecieran estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando sus sistemas de atención. El objetivo propuesto es ofrecer una atención sanitaria y social integral e integrada, con una respuesta multidisciplinar a las necesidades de los pacientes en relación con la promoción y prevención de la salud, así como la atención en la fase de descompensación y la rehabilitación funcional, contribuyendo así a su recuperación.

La incorporación del paciente como autogestor de su propio proceso, implicándolo, corresponsabilizándolo y dotándolo de elementos para ello (educación sanitaria, autoayuda, etc.) también se reveló como una estrategia

clave. Y, en términos de sostenibilidad de sistema, diseñar e implementar políticas de mayor eficiencia y ahorro de recursos. En Europa, el Consejo de la Unión Europea (2010) dirigió unas recomendaciones a los países miembros para el desarrollo de planes de atención a la cronicidad que hicieran disminuir el impacto que estas tienen en términos sanitarios y socio-económicos.

1. RETOS DE FUTURO EN EL SISTEMA DE SALUD

El abordaje de las personas con problemas crónicos de salud o afectos de condiciones crónicas y necesidades complejas de, a partir del diseño, de la implantación y del desarrollo de programas específicos requiere unos cambios organizativos y operativos que afectan a todos los actores del sistema. En estos cambios es donde residen las principales dificultades para realizar una transición del modelo basado en la gestión de la enfermedad a un modelo basado en las necesidades de la persona de forma correcta.

Los puntos críticos del cambio se orientan según el siguiente enfoque:

RESPECTO AL SISTEMA DE SALUD

Las dificultades se orientan en varios aspectos:

- Estructurales: red de hospitales, existencia o no de hospitales de cuidados intermedios, equipos de atención domiciliaria, atención primaria con equipos básicos asistenciales reorganizados para la atención al paciente crónico complejo, sistemas de accesibilidad a la atención, equidad en el acceso a la cartera de servicios, identificadores de acceso y cuidados específicos, etc.
- De contratación y compra de servicios: aprovisionamiento de servicio con distintos proveedores, objetivos territoriales de resultado transversales, reorganización territorial de la cartera de servicios entre distintos proveedores, etc.
- De las tecnologías de información: sistemas de estratificación de población, historia clínica única o compartida con información sanitaria y social, sistemas de información adaptados, incorporación de sistemas telemáticos e-health, farmacia electrónica, etc.

RESPECTO A LAS ORGANIZACIONES/PROVEEDORES DEL SISTEMA SANITARIO

ASPECTOS:

- Internos: alineación de los planes estratégicos y los de calidad con las políticas autonómicas y del SNS, promoción e incentivación interna, reestructuración interna de recursos; priorización de estrategias en línea con los planes de atención a la cronicidad, creación de unidades funcionales de paciente crónico complejo, planes formativos específicos para los profesionales, responsabilidad social corporativa (RSC), etc.
- Externos: orientación a la ciudadanía, benchmarking territorial, alianzas estratégicas, rutas asistenciales territoriales, etc.

RESPECTO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

RELACIONADOS CON ASPECTOS:

- De cambio en la práctica: reciclaje en la atención, cambios de abordaje orientado a objetivos nuevos y distintos, aplicación de nuevos circuitos, orientación a la proactividad, atención dirigida a la persona y no al sistema, etc.
- Derivados de nuevas capacitaciones: práctica avanzada de enfermería, enfermeras gestoras de caso, consultoría médica proactiva, etc.
- Orientados a la interrelación entre profesionales: abordaje multidisciplinar, continuidad de cuidados, establecimiento de foros compartidos, conocimiento de las actuaciones de otros niveles asistenciales, etc.

RESPECTO A LAS PERSONAS/PACIENTES A ATENDER

Orientadas a situaciones de:

- Autocuidado: educación sanitaria; autoayuda; paciente experto; conocimiento de recursos; identificación de síntomas de alerta; uso de farmacia responsable, etc.
- Toma de decisiones: información y decisión; plan de cuidados avanzado; voluntades anticipadas, etc.

2. LOS SISTEMAS DE SALUD INTEGRADOS COMO RESPUESTA AL RETO DEL ENVEJECIMIENTO, CRONICIDAD Y COMPLEJIDAD

En la búsqueda de optimizar los recursos para facilitar un sistema sanitario sostenible y a la vez obtener resultados de salud acordes con las nuevas necesidades de la población cada vez más envejecida y con más problemas de salud (cronicidad), es inevitable la reflexión interna y la toma de decisiones que permitan adoptar nuevas fórmulas de gestión.

Los sistemas de salud tradicionales, en cuanto a su forma operativa, se han tornado estructuras rígidas y jerarquizadas que con mucha frecuencia compartimentan la atención, erigiéndose esta bajo el prisma del ámbito organizativo clásico (atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, terciarismo, etc.), pero con una evidente falta de visión global de la persona como eje principal.

Ante esta realidad, la demanda creciente de atención a la cronicidad requiere un cambio en los modelos tradicionales de atender a la persona, donde los recursos de cada territorio deben vertebrarse para ejercer como complemento, unos a otros, en varios aspectos clave: la atención específica dando respuesta a distintos grados de complejidad, la participación activa del usuario y potenciar los recursos asistenciales allí donde la persona se encuentre.

No obstante, esto comporta dificultades. La descentralización, la división y la especialización inherente a la estructura de las organizaciones tradicionales a menudo interfieren en los resultados orientados a calidad y eficiencia.

Por ello es necesaria la Atención Integrada. Ésta se podría definir como un conjunto coherente de métodos y modelos en el ámbito organizacional, planificación, cartera de servicios, provisión-financiación y resultados clínicos que pretenden generar coordinación, inercias, conexiones y afinidades entre los distintos niveles

asistenciales del sistema y los distintos proveedores de salud actores en el escenario territorial (Kodner, 2012). Los sistemas integrados en la cronicidad tienen unos objetivos muy definidos, que son mejorar la atención y la calidad de vida, obtener unos niveles elevados de satisfacción y mejor experiencia de atención del usuario y alcanzar unos grados óptimos de eficiencia en pacientes complejos crónicos, a medio y largo término, utilizando los distintos recursos de toda índole de que dispone cada territorio. Todo ello, llevado a la práctica, es la denominada atención integrada.

3. RESULTADOS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA

Los cambios en los sistemas sanitarios hacia modelos de atención integrada son recientes, es por eso y debido también a la variabilidad de las personas objeto de la intervención de sistema integrado que los resultados son heterogéneos y la evidencia es heterogénea (Santaeugenia, 2015).

A nivel de resultados habría que hacer algunas consideraciones:

Efecto de la Atención primaria de salud en el manejo de la multimorbilidad (MM) destaca la reciente revisión Cochrane de Smith en el que se valoran un conjunto de intervenciones complejas en APS para personas en situación de MM. En la mayoría de estudios el elemento de intervención predominante era un cambio en la organización de la provisión de la atención. Se observa poco impacto en resultados clínicos excepto en personas con problemas de salud mental, mejora ligera en autopercepción de salud, adherencia y en algún estudio mejora funcional y reducción de mortalidad. Se observa poco o ningún impacto en utilización de servicios. Los resultados sugieren una mejora de resultados en salud si las intervenciones se pueden dirigir a grupos poblacionales con factores como depresión o dificultades funcionales específicas. (Smith, 2016). Por otra parte, el meta-análisis llevado a cabo por Stokes de la Universidad de Manchester sobre el impacto de la gestión de casos en atención primaria sobre pacientes en situación de multimorbilidad y complejidad. Se seleccionaron 36 estudios y no se muestra una evidencia muy concluyente a favor de estas estrategias de gestión de casos, sin impacto significativo en la reducción de ingresos hospitalarios y utilización de servicios de atención especializada, ni en la reducción de costes y mortalidad. Se observa un efecto modesto sobre la autopercepción de salud y satisfacción a corto plazo. Un elemento de interés está en el subanálisis que demuestra que la inclusión del trabajo social en la dinámica de estos equipos multidisciplinares mejoraba el rendimiento de estos programas (Stokes, 2015).

Se ha de ser prudente en la escalabilidad y replicabilidad de algunas intervenciones sobre las que ya existe una evidencia previa. Intervenciones como la gestión de casos se comportan de manera diferente en entornos sin APS como es el caso de EE.UU., existiendo menor impacto en entornos con mayor desarrollo de la APS. Lo mismo ocurriría en el caso de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) con evidencia robusta en el ámbito hospitalario y de urgencias y no concluyente aplicada en APS (Elis, 2017) (Graf, 2011). En este último caso parece que debe explorarse qué poblaciones se podrían beneficiar más de la VGI y cómo se debe mejorar en la percepción de los clínicos de la APS sobre la utilidad de la VGI y las recomendaciones que de esta se desprenden (Chen P, 2016).

Deberían incorporarse en los modelos de atención a la cronicidad y sistemas locales de atención componentes de atención geriátrica (dado que la mayoría de dichos pacientes son mayores) sobre los que hay clara evidencia

como es el caso de las Unidades de Geriátría Agudos en ámbito hospitalario (Baztan JJ, 2009) o los hospitales de día geriátricos.

REFERENCIAS

- Chen P, Steinman M. (2016). Perception of primary care physicians on the impact of comprehensive geriatric assessment: what is the next step? *Israel Journal of Health Policy Research*, 5, 46.
- Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD006211.
- Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res*, 23(4), 244-54.
- Kodner D, Spreeuwenberg G. (2012) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*, 2, 1-6.
- Santa Eugenia S. (2015) *Efectivitat d'un nou model d'atenció integrada geriàtrica en el marc d'una organització sanitària integral* (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD006560.
- Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. (2015). Effectiveness of Case Management for 'AtRisk' Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 10 (7), e0132340.

Dirieitos Sociais e Pessoas Idosas - Uma Visão Europeia

Maria da Conceição Barbosa Carvalho Sampaio

Juiza Desembargadora do Tribunal da Relação de Guimarães, Portugal

Palavras chave (Keywords): pessoas idosas, políticas sociais, Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, Carta Social Europeia, Pilar Europeu dos Direitos Sociais.

RESUMO

A autora analisa a evolução na União Europeia das políticas sociais relativamente às pessoas idosas. O aumento do número de pessoas idosas e a evolução no sentido de concepções positivas do envelhecimento implicaram uma alteração das políticas públicas para a terceira idade. A degradação das condições sociais em consequência da globalização levou a uma maior relevância da vertente política e social da União Europeia, passando a considerar-se que as políticas sociais são um aspeto essencial do projeto europeu. Atualmente, os documentos essenciais nesta matéria são a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, a Carta Social Europeia e o Pilar Europeu dos Direitos Sociais.

ABSTRACT

The author analyzes the evolution of social policies related to the elderly in the European Union. The increase in the number of older people and the evolution towards positive conceptions of aging has led to a change in public policies for older people. The deterioration of social conditions as a result of globalization has led to a greater relevance of the political and social aspect of the European Union, and social policies are now considered an essential aspect of the European project. At present, the key documents in this area are the Charter of Fundamental Rights of the European Union, the European Social Charter and the European Pillar of Social Rights.

INTRODUÇÃO

A União Europeia não é sinónimo de palavras de ordem, nem de procedimentos, nem de regulamentos. A nossa União é uma garantia de que a liberdade, a dignidade, a democracia e a independência já não são apenas sonhos, mas sim a nossa realidade quotidiana - Presidente Donald Tusk, no 60º Aniversário dos Tratados de Roma.

1. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E AS MODIFICAÇÕES DAS POLÍTICAS SOCIAIS

A sociedade europeia caracteriza-se por um acentuado envelhecimento da população. O número de pessoas idosas por cada cem jovens é de 125,80%. Atualmente existem 4,4 pessoas em idade ativa por cada pessoa com mais de sessenta e cinco anos. A Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa alertou para

estimativas que indicam que no ano de 2025 este número seja de 3,1 e baixe para 2,1 no ano de 2050.

O aumento do número de pessoas idosas começou por ser encarado negativamente, sendo a idade um fator de discriminação social. Tratase do fenómeno do idadismo ou ageism (Marques, 2011). As pessoas idosas eram consideradas um peso para a sociedade, entendendo-se que tinham consequências negativas para o funcionamento da economia e os sistemas de saúde e de segurança social.

Esta visão encontra-se definitivamente ultrapassada.

O aumento do número de pessoas idosas é considerado um aspeto positivo que é o resultado do progresso e do desenvolvimento da sociedade.

A especialista em demografia Maria João Valente Rosa afirma que o processo de envelhecimento mergulha as suas raízes nas conquistas que se fizeram e na melhoria das condições de vida das populações. Fundamentalmente em consequência do desenvolvimento da medicina e da melhoria dos cuidados de saúde, as pessoas idosas vivem mais tempo e são cada vez mais pessoas ativas na sociedade. O envelhecimento deixou de estar associado a uma fase de decadência das faculdades e passou a ser encarado simplesmente como uma fase no ciclo da vida pessoal.

A este propósito, é um bom exemplo o documento que estabelece os princípios da Organização Mundial de Saúde para o envelhecimento, publicado no ano de 2002, cujo título é Envelhecimento Ativo, um Marco Político. Neste documento define-se o envelhecimento como o 'processo através do qual se possam otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, de modo a assegurar qualidade de vida à medida que se envelhece'.

A conjugação destes fatores implicou uma alteração das políticas públicas para a terceira idade. Estas políticas passaram de uma perspetiva assistencial e meramente residual para verdadeiras políticas de inserção e consideração dos idosos.

2. A UNIÃO EUROPEIA: A MAIOR IMPORTÂNCIADAS POLÍTICAS SOCIAIS NO PROJECTO EUROPEU

A génese da União Europeia está no pós-segunda guerra mundial. Pretendia-se a reconstrução da Europa e a pacificação entre Estados que até há poucos anos tinham estado em conflito (é um marco histórico o discurso de Winston Churchill proferido no dia 19 de setembro de 1946, na Universidade de Zurique, em que apelava à reconciliação franco-alemã e à criação de uma espécie de Estados Unidos da Europa).

Estes aspetos representam as duas características fundamentais do projeto europeu.

Desde o início, existiu uma vertente económica, relacionada com o progresso económico e a melhoria das condições de vida das populações. Porém, simultaneamente, existia uma vertente política e social, relacionada com a união entre os povos e a criação de um espaço comum de cidadania europeia.

É comum a afirmação de que 'a ideia dos pais fundadores era clara: começar pela economia para chegar mais longe, sobretudo às pessoas' (Vilaça, 2001).

A adesão de Portugal e Espanha à então Comunidade Económica Europeia, nos anos de 1985 e 1986, é particularmente demonstrativa destas vertentes. Aquilo que motivou estes países foi uma oportunidade de

crescimento económico, mas também a estabilização das suas democracias, na altura ainda recentes.

O modelo económico da União Europeia é o de uma economia social de mercado. Por seu lado, o modelo político e social é o de um estado de direito, assente na dignidade humana e em valores como a solidariedade e a inclusão. Inicialmente, existia uma harmonia de interesses entre o sistema capitalista e o desenvolvimento social (Canotilho, 2017).

As liberdades individuais eram vantajosas para o capitalismo, ao qual interessavam valores como a liberdade de escolha individual e a livre circulação de bens e serviços. Interessava também um conjunto alargado de cidadãos com condições económicas para acederem a um mercado de consumo, o que permitia a melhoria das condições de vida.

Nesta altura, as políticas sociais não eram uma prioridade. Considerava-se que o funcionamento da economia, assente no mercado comum, possibilitaria a superação das questões sociais através do surgimento de classes médias fortes.

Esta harmonia permitiu o desenvolvimento do mercado comum e a sua evolução para uma união económica e monetária, através do Tratado de Maastrich, no ano de 1992.

Com a globalização e a concorrência de áreas geográficas com menores custos de produção, esta harmonia foi quebrada. O sistema capitalista, fortemente pressionado por fatores externos, passou a estar interessado na redução dos custos de produção, em especial dos custos do trabalho, o que se traduziu numa maior precarização - dumping social - e no retrocesso das condições de vida, com a perda de direitos e o recuo do estado providencia.

A degradação das condições sociais levou a uma maior relevância da vertente política e social.

O Tratado da União Europeia consagrava uma economia de mercado aberto e de livre concorrência.

No ano de 2007, com o Tratado de Lisboa, esta referência foi substituída por uma economia social de mercado que tem como objetivos o pleno emprego e o progresso social (artigo 3º nº3 do Tratado da União Europeia). A economia social de mercado consiste numa economia com preocupações sociais que pretende aumentar a coesão social, o que é bem diferente de um modelo capitalista puro (Froufe, 2017).

Esta evolução demonstra uma progressiva relevância das políticas sociais na União Europeia. Se acrescentarmos as alterações demográficas que ocorreram, verificamos que atualmente as políticas sociais são um aspeto essencial do projeto europeu. Como afirma o eurodeputado português Carlos Coelho, 'uma europa dos cidadãos não pode deixar de ser uma europa social'.

3. O QUADRO JURÍDICO DA POLÍTICA SOCIAL DA UNIÃO EUROPEIA: A CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA E A CARTA SOCIAL EUROPEIA

O quadro jurídico da política social da União Europeia iniciou-se com o Tratado de Maastrich. Em grande medida por influência de Jaques Delors, este tratado incluiu um anexo relativo às políticas sociais.

No ano de 2000, em Nice, foi aprovada a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia que incorporou

os direitos sociais. A elaboração da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia foi decidida no Conselho Europeu de Colónia, realizado nos dias 3 e 4 de junho de 1999. Ficou decidido que a Carta devia refletir o 'adquirido comunitário e europeu' na matéria dos direitos fundamentais, tendo sido assinaladas especificamente três categorias de direitos. Uma destas categorias era relativa aos direitos sociais. No que respeita a estes direitos, a Carta devia incluir os direitos que resultavam da Carta Social Europeia e da Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores (Duarte, 2006).

O Tratado de Lisboa reconheceu à Carta o mesmo valor jurídico dos Tratados e formalizou a autonomia da política social (artigos 3º nº3 e 6º nº1 do Tratado da União Europeia).

Destinando-se a Carta Europeia dos Direitos Fundamentais a reforçar a proteção destes direitos no quadro da União Europeia, parece indicado que a sua natureza jurídica deva ser a de um instrumento vinculativo (Ramos, 2013). Daí que o elenco de direitos a elaborar deva constar de um ato de direito internacional de carácter vinculativo, subscrito pelos Estados-Membros.

A partir desta altura, os direitos sociais converteram-se em direitos fundamentais, passando a beneficiar da mesma tutela jurídica.

A efetividade da aplicação da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia está regulada nos art. 51º e 53º que consagram o princípio do primado e o princípio do nível mais elevado de proteção.

No que respeita ao princípio do primado, foi consagrada a jurisprudência do Tribunal de Justiça nesta matéria, no sentido que os Estados-Membros estão vinculados pelas disposições da Carta apenas quando apliquem o direito da União, muito embora esta expressão seja entendida de forma ampla.

Na abertura do XXV Congresso da Federação Internacional de Direito Europeu, realizado Tallinn, no dia 31 de maio de 2012, a Vice-Presidente da Comissão Europeia Viviane Reding pronunciou-se no sentido que esta limitação gera desapontamento para os cidadãos relativamente à Carta quando se apercebem que as instituições europeias não podem atuar. Com efeito, como afirma, se é verdade que a Carta se tornou um instrumento eficaz de integração dos direitos fundamentais em todas as propostas legislativas da União Europeia, não é menos verdade que tem defraudado muitas vezes as expectativas dos cidadãos que, dirigindo-se às instituições europeias com questões sobre os direitos fundamentais, não recebem a ajuda desejada.

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia contém uma norma relativa às pessoas idosas, estabelecendo que a União Europeia reconhece e respeita o direito dos idosos a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural (artigo 25º da Carta).

Tratase da única norma que refere expressamente as pessoas idosas, embora deva reconhecer-se que condensa uma orientação política moderna que corresponde a uma conceção atual do envelhecimento.

Considerada um avanço na proteção das pessoas idosas, consagra uma maior concretização e não, como refere Fausto Quadros, uma simples e platónica proteção da terceira idade (Quadros, 2015).

Esta norma deve ser conjugada com a Carta Social Europeia. Este documento não tem reconhecimento institucional porque não foi ratificado pela União Europeia. Por este motivo, não é aplicado diretamente, designadamente pelo Tribunal de Justiça, mas as suas normas devem ser utilizadas como elemento interpretativo e reforço das decisões políticas. Além disso, o cumprimento dos direitos sociais nos termos

previstos na Carta Social Europeia é monitorizado pelo Comité Europeu para os Direitos Sociais.

A Carta Social Europeia tem uma norma relativa às pessoas idosas (artigo 23º da Carta Social). Esta norma reconhece o direito dos idosos a permanecerem como membros ativos da sociedade pelo maior tempo possível, acolhendo a conceção do envelhecimento ativo. É reconhecido também o direito das pessoas idosas a decidirem livremente o seu modo de vida e a manterem a sua independência enquanto o desejarem e isso for possível

Seguindo a exegese de Maria Luisa Duarte (Duarte, 2014), podemos afirmar que o artigo 23º da Carta Social Europeia é composto por três partes.

A primeira diz respeito à criação de condições de vida que permitam à pessoa idosa levar uma vida ativa enquanto membro completo do corpo social pelo maior tempo possível (insere-se na linha de uma política de envelhecimento ativo).

A segunda parte do artigo 23º consagra o direito das pessoas de idade – e aqui são abrangidas pessoas com capacidade limitada devido a doença, deficiência ou idade avançada – a decidir livremente o seu modo de vida, e manterem a sua independência enquanto o desejarem, e isso for possível. Esta liberdade de escolha depende de um certo número de condições, fundamentalmente da existência de habitação condigna e da prestação de apoios sociais e de saúde. Os Estados não estão vinculados a políticas de habitação e apoios sociais determinados, dispondo de liberdade na forma de realização deste direito, desde que os recursos mobilizados se mostrem adequados e os resultados sejam atingidos.

A terceira, e última parte, deste artigo, diz respeito ao idoso institucionalizado. Trata-se aqui de garantir apoio adequado aos idosos que vivem em instituições e de assegurar a manutenção dos seus direitos fundamentais à privacidade, à dignidade, à propriedade, a participar nas decisões relativas à sua vida na instituição, a manter contacto com as pessoas que lhe são próximas e a reagir pela via hierárquica ou jurisdicional contra quaisquer violações desses mesmos direitos. Os países signatários devem também garantir a existência de instituições de acolhimento públicas ou privadas em número adequado, com preços comportáveis, devidamente licenciadas e fiscalizadas, de forma a que a qualidade do cuidado prestado aos idosos fique assegurada.

4. O PENSAMENTO EUROPEU FACE ÀS PESSOAS IDOSAS

No plano político, o pensamento europeu relativamente às pessoas idosas iniciou-se nos anos noventa.

O ano de 1993 foi instituído como o Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações.

No ano de 1999, na sequência dos trabalhos iniciados com esta iniciativa, foi publicada uma comunicação intitulada Uma Europa para todas as Idades - Promover a Prosperidade e a Solidariedade entre as Gerações.

O ano de 2012, foi instituído como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo. Neste ano, foi publicado o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável. No ano de 2013, foi publicado o documento Cidadãos Seniores Ativos pela Europa: Um Guia para a União Europeia.

Atualmente, o documento essencial nesta matéria é o Pilar Europeu dos Direitos Sociais.

Um dos fatores que era apontado para o afastamento dos cidadãos relativamente ao projeto europeu era um desfazamento entre a vertente económica e a política social. A este propósito, os especialistas têm chamado a

atenção de que não basta abrir mercados, que o paradigma do Estado de Direito é mais exigente, no sentido de fazer dos valores e princípios estruturantes das sociedades democráticas o alicerce normativo do complexo edifício jurídico previsto nos tratados (Duarte, 2006).

A União Europeia teve dificuldade em reagir às alterações demográficas e a questões como o desemprego, a pobreza e o envelhecimento da população.

Procurando intensificar a intervenção social, no dia 19 de janeiro de 2017, o Parlamento Europeu aprovou uma resolução em que apelava a um sólido Pilar Europeu dos Direitos Sociais com a finalidade de reforçar estes direitos e produzir um impacto positivo na vida das pessoas.

No dia 1 de março de 2017, foi apresentado o Livro Branco Sobre o Futuro da Europa que coloca em primeiro lugar a dimensão social da Europa, evidenciando a necessidade de construção de uma Europa mais social, em que a ação da União Europeia neste domínio seja eficaz para responder ao desafio demográfico, às novas formas de viver em sociedade, às maiores exigências de proteção social e, acima de tudo, ao objetivo comum de corrigir as desigualdades sociais.

Finalmente, no dia 25 de março de 2017, foi aprovada a Declaração de Roma em que os Estados-Membros afirmavam que 'nestes tempos de mudança, e cientes das preocupações que afligem os nossos cidadãos (...) comprometemo-nos a trabalhar em prol de uma Europa social'.

5. O PILAR EUROPEU DOS DIREITOS SOCIAIS

O Pilar Europeu dos Direitos Sociais tem como objetivo conferir aos cidadãos novos direitos e mais eficazes.

Baseia-se em 20 princípios fundamentais estruturados em torno de três categorias: igualdade de oportunidades e acesso ao mercado de trabalho, condições de trabalho justas e proteção e inclusão sociais.

A categoria da proteção e inclusão sociais refere expressamente as pessoas idosas, estabelecendo que devem ser garantidos os recursos e as condições para uma vida digna. Na parte dos cuidados de saúde consagra-se o direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde de qualidade preventivos e curativos a preços comportáveis e especificamente nos cuidados de longa duração enfatiza-se que todas as pessoas têm direito a cuidados de longa duração de qualidade e a preços comportáveis, em especial a serviços de cuidados ao domicílio e a serviços de proximidade.

Nas palavras de Marianne Thyssen, Comissária Europeia para o Emprego, Assuntos Sociais, Competências e Mobilidade Laboral, o Pilar Europeu dos Direitos Sociais é um marco na História Social da Europa. O Pilar é o guia para uma política orientada para o futuro. O seu propósito é reduzir as grandes diferenças sociais entre os Estados-Membros europeus, convergindo para melhores padrões de vida e para empoderar as pessoas.

6. O FUTURO DA UNIÃO EUROPEIA: A EUROPASOCIAL

Na definição e execução das suas políticas a União Europeia deve ter sempre em conta as exigências sociais.

A análise dos diversos instrumentos jurídicos permite concluir que a União Europeia dispõe de um conjunto de normas que garantem uma proteção adequada das pessoas idosas. Constata-se também que existe um movimento político muito acentuado relativamente às questões do envelhecimento, o que denota uma

particular atenção da União Europeia.

Não podemos senão congratularmo-nos com esta evolução.

Contudo, o essencial está na concretização.

As competências da União Europeia limitam-se a coordenar, incentivar e complementar a atuação dos Estados-Membros.

Na distribuição dos meios financeiros, a área social não tem sido prioritária. Cremos, todavia, que a realidade acabará por impor-se, tanto mais que é sabido que a história da União Europeia é, em grande medida, feita da superação de crises que resultaram no seu fortalecimento.

A construção europeia só será sustentável se e enquanto a coesão social e a convergência estiverem no cerne da ação política europeia. Só através de um esforço conjunto e direcionado poderá ser garantida a unidade e o sucesso do projeto europeu.

Neste sentido, concordamos inteiramente com autores como António Martins da Silva para quem 'a ambição não pode, pois, esmorecer: a Europa (do futuro), para existir, só pode ser mais unida e mais forte, mais democrática (...) e, sem dúvida, mais social - porque nenhuma daquelas é viável sem esta'.

REFERÊNCIAS

- Canothilo, M. Rodrigues, in *Quarenta Anos de Constituição, Trinta Anos de Integração Europeia: Entre Passado e Presente, Abertura e Pertença - UNIO EU Law Journal* (2017), pág. 41.
- Canothilo, M. Rodrigues, in *O Princípio do Nível mais Elevado de Proteção em Matéria de Direitos Fundamentais - Tese de Mestrado - Universidade de Coimbra* (2008), pág. 113, disponível em <https://infoeuropa.eurocid.pt/>.
- Coelho, C., in *II Congresso Iberoamericano de Intervenção Social - Direitos Sociais e Exclusão* (2018), pág. 14.-Duarte, M. L., in *Direito Internacional Público e Ordem Jurídica Global do Século XXI*, Coimbra Editora (2014).
- Duarte, M. L., in *Estudos de Direito da União e das Comunidades Europeias - Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia-Natureza e Meios de Tutela* (2006), pág. 256.
- Duarte, M.L., in *Estudos de Direito da União e das Comunidades Europeias - O Modelo Europeu de Proteção dos Direitos Fundamentais - Dualidade e Convergência* (2006), pág. 193.
- Faria, P. Leite Ribeiro de, in *A Proteção Social das Pessoas Idosas na Carta Social Europeia Revista, no Código Europeu da Segurança Social e no Direito Português - Revista Jurídica de Los Derechos Sociales* (2017), pág. 305.
- Froufe, P. Madeira, in *Constituição Económica da União Europeia, antes e depois de Lisboa (Entre o Princípio Concorrencial e a Economia Social de Mercado) - UNIO EU Law Journal* (2017), pág. 118.
- Marques, S., in *Discriminação da Terceira Idade - Fundação Francisco Manuel dos Santos* (2011), pág. 17.
- Pinto, F. M. R. da Fonseca Ferreira, in *A Integração de Portugal nas Comunidades Europeias - Tese de Mestrado -Universidade de Coimbra* (2011), pág. 69, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt>.

- Quadros, F. de, in *Direito da União Europeia* (2015), pág. 209.
- Ramos, R. M. Moura, in *A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia -Alguns Aspetos* (2013), pág. 307.
- Silva, A. Martins, In *A União Europeia e a Política Social: Parâmetros, Perplexidades e Perspetivas* - Universidade de Coimbra (2013), pág. 164.
- Silveira, A., in *Do Âmbito de Aplicação da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia: Recai ou não Recai? - Eis a questão!* - *Revista Julgar* (2014), pág. 181.
- Vilaça, J. L. da Cruz, in *A Proteção dos Direitos Fundamentais na Ordem Jurídica Comunitária - Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Rogério Soares* (2001), pág.417.

Personas mayores y diversidad funcional desde la perspectiva socioeducativa

Paula Varela Costa

Costa Grupo de trabajo Ceesg en Diversidade, de Colexio de Educadoras e Educadores Sociais de Galicia, Santiago de Compostela, España.

Palabras clave (Keywords): Diversidad, envejecimiento, accesibilidad, derechos, empoderamiento.

RESUMEN

En este taller workshop queremos abordar desde una perspectiva experiencial el significado del concepto Diversidad Funcional como un principio fundamental de la relación entre todas las personas a través de las diferentes capacidades, edades y contextos urbanos (y rurales). Planteamos esta experiencia en tres pasos básicos:

1. Introducción sobre la discapacidad y las personas mayores.
2. Breve resumen del paradigma social de la discapacidad.
3. Experiencia de accesibilidad en una ciudad con alta presencia demográfica de personas mayores.
4. Experiencia de resiliencia mediante el estándar narrativo del *Viaje del Héroe*.

INTRODUCCIÓN

Para abordar esta temática desde la educación social consideramos que la diversidad funcional humana es un rasgo definitorio de una sociedad inclusiva, no solo una manera diferente de denominar la discapacidad si no una cualidad de bienestar social de la que participamos todas las personas, tengamos o no una discapacidad reconocida. No obstante, nos referiremos a la discapacidad como el concepto que determina y define la Administración Pública para organizar y coordinar toda la estructura de servicios sociales destinados a la inclusión de las personas que tengan reconocido un grado ("Grado de discapacidad") superior al 33%.

Nuestro objetivo es acercar la realidad de la accesibilidad universal (derecho de la ciudadanía reconocido en la legislación estatal y europea), a todas las personas que con su interés ya manifiestan motivación por contribuir a la armonía y la convivencia global; lo realizaremos implementando técnicas de dinamización grupal que fomentan el conocimiento mediante la empatía y el tacto pedagógico.

1. APUNTES SOBRE PERSONAS MAYORES Y DISCAPACIDAD.

Nos basamos en el documento el envejecimiento de las personas con discapacidad - Documento de posición del CERMI Estatal (Borrador) Elaborado por el Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del CERMI Estatal (2012). Con un resumen de su contenido conoceremos la realidad del envejecimiento con discapacidad en España.

1.1 IMAGEN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

En la perspectiva del envejecimiento activo, tema central de este Congreso, el modelo social de la discapacidad (que más adelante explicaremos) es un paradigma paralelo a lo largo de la vida, que acaba por converger en la vejez. La discapacidad representa una especificidad, en el proceso de envejecimiento significa la presencia o evolución de varias circunstancias. Podemos abordar esta temática desde dos perspectivas:

- Las condiciones de vida de las personas con discapacidad son mucho mejores que en pasado, por lo que la esperanza de vida es mayor. Este es un indicativo de éxito del estado del bienestar, ya que muchos de los avances científicos y médicos, las técnicas de rehabilitación y las terapias actuales empezaron a desarrollarse al finalizar la II GM. Hay muchas personas con discapacidad que pueden llegar a edades avanzadas, lo que aumenta cualitativa y cuantitativamente su presencia como colectivo en la sociedad.
- La población mundial, en los países desarrollados, está más envejecida demográficamente que en ningún otro momento de la historia. En cuanto a la discapacidad, significa que pueden desarrollarse más condicionantes funcionales asociados tanto a enfermedades como lesiones o accidentes, dado que el envejecimiento biológico debilita el organismo haciéndolo más frágil.

Si bien en el texto se observa que el envejecimiento con discapacidad es menos abrupto que sin ella, a causa de que los individuos están más inclinados a considerar los condicionantes funcionales como algo inevitable. La imagen de la discapacidad no deja de estar considerada un proceso patológico y muchas veces se obvia con ello las posibilidades de rehabilitación o la necesaria visión de género sobre el colectivo.

1.1.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Por una parte, vemos el envejecimiento con DI es un signo de la mejora de la calidad de vida en la sociedad actual porque hace años no se conocían muchas personas con más de 30 años.

Pero, sin embargo, la particularidad de la DI en su envejecimiento es que revela una segunda discapacidad, desarrollándose dependencias nuevas o aumentadas; como sucede con algunas enfermedades que influyen en la autonomía personal cuando, unido esto a la pérdida de la capacidad de adaptación, convierte a las personas en mucho más vulnerables.

1.1.2 SÍNDROME DE DOWN

Es una de las situaciones más estudiadas. Se conoce que conlleva un envejecimiento prematuro del organismo, que se asocia con una esperanza de vida de 10 o 20 años menos que con otras discapacidades.

1.1.3 PARÁLISIS CEREBRAL

Para abordar la asistencia al envejecimiento, es necesario una perspectiva multidisciplinar, a causa de la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales intervinientes. Además, se ha observado que alrededor de los 40 años, muchas personas entran en una aceleración del envejecimiento a causa del estrés y la tensión agravadas por las adversidades sociales.

1.1.4 ENFERMEDAD MENTAL

La atención específica en el proceso de envejecimiento con EM se manifiesta como una prioridad para los

servicios de salud del entorno ambulatorio; que no vaya a trastocar la tendencia a la desinstitucionalización, en la que han vivido con armonía las personas que se están acercando a los 65 años.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos más frecuentes, es la depresión entre personas institucionalizadas en residencias y hospitalizadas. Su presencia reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida.

1.1.5 DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

Cuando hablamos de DCA, las principales etiologías son los accidentes cerebrovasculares (ictus) y los traumatismos craneoencefálicos.

Además de una atención específica al origen de la lesión y la vigilancia en la fase crítica, se requieren una atención especializada en el ámbito sanitario y unas medidas ajustadas individualmente que pongan énfasis en la promoción de la autonomía personal y la inclusión social.

1.1.6 SORDERA

Dentro de los tipos y etiología de la hipoacusia y sordera, es de especial atención el impacto personal que significan las situaciones postlocutivas; acarrear una carga emocional y afectiva muy difícil de reencaminar ya que el entorno social, laboral y familiar es eminentemente oral, y se sienten de repente abandonadas y aisladas.

1.1.7 AUTISMO

Desde los años 70 se ha definido los Trastornos del Espectro Autista, los más conocidos son: Autismo infantil, Síndrome de Rett y Síndrome de Asperger.

Las personas diagnosticadas en España están alcanzando la mediana edad, por lo que es necesario comenzar a definir la especificidad de la atención al envejecimiento en los servicios de salud como en los sociales.

1.1.8 ENFERMEDADES RARAS

Se trata de enfermedades poco frecuentes, habitualmente crónicas e incurables, que acompañan a lo largo de toda la vida muchas veces desde el nacimiento o primeros años. En ocasiones se pueden detener temporalmente con tratamientos médicos o quirúrgicos pero el elevado coste social y sanitario que conlleva hace difícil la atención pública pertinente.

Este factor económico influye en la calidad de vida de las personas afectadas por la insuficiencia de los recursos económicos con los que sufragar los tratamientos y desplazamientos a las clínicas especializadas, muchas veces en otros países.

Con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, el enfoque ha de hacer frente de forma integral y coherente a las necesidades de este grupo tan desfavorecido.

Dada la especificidad de las ER, no es válido aplicar el mismo criterio que con las enfermedades crónicas; estas plantean desafíos a la medicina y a la propia persona en sí, que con el paso de los años requieren abordajes novedosos y costosos en cuanto al control y beneficios de la rehabilitación, calidad de vida, discapacidad y envejecimiento.

1.1.9 DISCAPACIDAD VISUAL

El cambio demográfico experimentado por los países occidentales como consecuencia del incremento, absoluto y relativo, del grupo de personas mayores, tiene implicaciones particulares en el ámbito de la discapacidad visual.

Se trata de una condición que cada paso es más numeroso en los países más desarrollados, paradójicamente puesto que: los avances de la ciencia y la medicina hacen posibles rehabilitaciones visuales impensables en otras épocas. La causa de ello es el envejecimiento de la población, que acarrea mayor prevalencia de enfermedades como las cataratas o el glaucoma.

Paralelamente, por otra parte, las personas con DV desde edades más tempranas, tienen una mayor esperanza de vida gracias a la mejora de la calidad de la atención y los tratamientos.

2. APUNTES SOBRE PERSONAS MAYORES Y DISCAPACIDAD

Este apartado se ha elaborado a partir de la obra *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*; de la Doctora en Derecho, abogada y Coordinadora del Área de Discapacidad de la Cátedra "Norberto Bobbio" sobre Igualdad y no Discriminación, Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas" de la Universidad Carlos II: Agustina Palacios. Se ha realizado un breve resumen de los siguientes apartados para explicar los orígenes del modelo social de la discapacidad, fundamento filosófico de este trabajo.

2.1 MOVIMIENTO DE VIDA INDEPENDIENTE

Edward Verne Roberts (enero 23, 1939 – marzo 14, 1995), Ed Roberts, fue un activista estadounidense que está considerado el padre del Movimiento de Vida independiente, aunque no fue su fundador.

En su adolescencia contrajo la polio y le causó graves secuelas físicas, necesitando a partir de entonces una silla de ruedas y un pulmón mecanizado.

En la educación secundaria vivió su primera situación de discriminación al negársele el título de secundaria por no realizar la educación física con sus compañeros; ello motivó su primera protesta de alcance institucional y consiguió la graduación y el acceso a la universidad.

Su universidad escogida para estudiar fue la de Berkeley, California, sin embargo, ésta le denegó el acceso argumentando no contar con instalaciones residenciales adecuadas a su discapacidad. Pero gracias a su empoderamiento y legitimidad, en 1962 fue admitido en ella y residió en la enfermería del campus. Allí fueron llegando otros jóvenes con discapacidad y poco a poco se fue formando un grupo que configurarían el primer grupo de activismo de Vida Independiente del mundo.

Para analizar la situación social de las personas con discapacidad, Ed Roberts se fijó en el movimiento feminista. Los cuerpos de las mujeres eran discriminados al igual que los de las personas con discapacidad.

Advirtió también que las personas con discapacidad estaban comenzando a cuestionar la medicalización de sus cuerpos y de sus propias vidas, sin contar con la toma de decisiones de los propios individuos.

Roberts dirigió su trabajo al sistema educativo, en concreto al apoyo académico de las minorías étnicas, pues

consideraba que el problema del absentismo y el abandono escolar estaba relacionado, igual que la diversidad funcional, con la falta de oportunidades sociales y no con características personales.

En cuanto al movimiento VI, propuso que los programas destinados a las personas con diversidad funcional fuesen gestionados por personas con DF. De ello emana el Lema del movimiento VI: *Nada sobre nosotros sin nosotros*.

El significado de Vida independiente se basa en la independencia de una persona con discapacidad. Según el modelo de discapacidad, era evaluada sobre la base de *"cuán lejos podía caminar después de una enfermedad o cuando podían doblar las piernas luego de un accidente"* (Palacios, A., 2008). E.R. redefinió el concepto de independencia como el control que una persona tiene sobre su propia vida. La independencia debía ser medida no en relación con cuántas tareas puede ser realizadas sin asistencia, sino en relación con la calidad de vida que se podía lograr con asistencia.

El primer centro de vida independiente fue inaugurado en el año 1972. Y su filosofía ha tenido enorme influencia en países como Suecia, Canadá, Reino Unido y, hace unos años, España.

Un grupo de personas de Gran Bretaña viajaron a USA para conocer esta experiencia y regresaron con el germen del que en Europa se denominaría el Movimiento social de la discapacidad. En nuestro contexto sociocultural europeo se han adoptado los términos de vida integrada o vida inclusiva, en lugar de la original vida independiente, pues el modelo de Estado del Bienestar considera la importancia del contexto en la calidad de vida.

Su primer objetivo fue conseguir que las personas con discapacidad pudieran elegir el salir de las instituciones.

2.2 EL MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD

Nace en la organización: Unión De Personas Con Discapacidad Física Contra La Segregación UPIAS, 1983; de ella señalamos algunos principios definitorios como:

- Clara distinción entre deficiencia y discapacidad.
- Centrarse en el empleo no es suficiente.

La discapacidad surge como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida social, económica y cultural.

2.3 CONCEPTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Aunque el modelo social tiene su origen en la filosofía de vida independiente, tiene unos principios fundamentales que van más allá en el análisis de la discapacidad como una forma específica de opresión social.

Esta idea está expresada en el manifiesto elaborado por UPIAS, en que afirmaba que la sociedad discapacita a las personas con discapacidad.

En palabras de la activista y periodista Jenny Morris, 1993: *"una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar en un edificio debido a que la entrada consiste en una serie escalones es una discapacidad"* y *"Las resoluciones no se elaboran apuntando individualmente a la persona afectada, sino*

más bien que se encuentran dirigidas hacia la sociedad, o teniendo muy presente el contexto social en el cual la persona desarrolla su vida.”

El modelo social ha llegado a importantes logros como la presencia en la legislación europea de los principios de Accesibilidad Universal y el Diseño Para Todos como las herramientas fundamentales para la prevención de situaciones de discapacidad.

Las acciones de *rehabilitación* y de *normalización* deben tener por objeto el cambio de la sociedad y no de las personas.

3. OURENSE. RÚAS LIBRES. ENERO 2019

Exponemos una síntesis del trabajo realizado por un grupo de personas que han considerado necesario inventariar y resolver un conjunto de problemas de accesibilidad urbana con una perspectiva social y global, no solo para las personas con discapacidad si no también para las personas mayores y para toda persona que lo necesite en algún momento de su vida, y por lo tanto para toda la sociedad como diría el modelo social de la discapacidad.

Estas personas han sido: Juan Cadabón Gutiérrez. Mario Vázquez Yáñez. Paula Varela Costa. Gabriel Gavela González. Felisa Nchama Alogo Abuy. Lucía González Luengo.

3.1 UNA NECESIDAD CRECIENTE

La accesibilidad es una necesidad social a nivel global, independientemente del nivel de desarrollo de cada país, los seres humanos deben tener el derecho a participar en los medios de producción y recursos culturales; en definitiva, tener una calidad de vida digna.

En nuestro contexto los motivos más visibles son:

- El Aumento de la esperanza de vida.
- La exigencia de los derechos, de la individualidad y la diferencia.
- Calidad urbana basada en Diseño universal como principio rector: la recuperación del espacio público y las nuevas necesidades de movilidad entre las razones.

3.2 ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

En las últimas décadas se han proclamado leyes y normativas que reconocen el fenómeno de la diversidad funcional, sin embargo, el cumplimiento de las mismas es muy deficiente y continúa tratándose de una reivindicación permanente en la sociedad.

Las desventajas que presenta una persona con diversidad funcional tienen su origen en los obstáculos que tiene su persona a causa de las limitaciones que presenta la sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, opuestas a la plena participación de estos ciudadanos.

La accesibilidad urbana es:

“podríamos acotar en la práctica que la accesibilidad urbana engloba todos los elementos que podemos encontrarnos al salir de casa. Todo el mobiliario urbano o público. Por accesibilidad urbana se entiende rampas,

pasos de cebra rebajados, así como señales que puedan percibir personas con diversos tipos de diversidad funcional (semáforos sonoros para personas ciegas, carteles significativos para personas sordas, o señales claras para que puedan ser fácilmente comprendidas por personas con diversidad funcional intelectual). También, las plazas de aparcamiento reservadas para personas con diversidad funcional y movilidad reducida son otro aspecto de la accesibilidad urbana, ya que facilita el movimiento de los usuarios por la ciudad o localidad."

Y que, por lo tanto:

"la falta de accesibilidad de los entornos, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero muy eficaz de discriminación, de discriminación indirecta en este caso, pues genera una desventaja cierta a las personas con diversidad funcional en relación con aquellas que no lo son, al igual que ocurre cuando una norma, criterio o práctica trata menos favorablemente a una persona con diversidad funcional que a otra que no lo es." (Ourense, rúas libres, pág. 4).

3.3 ACCESIBILIDAD Y CIUDADANÍA

La aplicación del principio de accesibilidad universal no solo beneficia a las personas con DF, *"las personas mayores (...), personas con carritos de bebés o con otros tipos de impedimentos no calificados con la condición de diversidad funcional, escolares en busca de mayor independencia para acudir a los centros educativos o simplemente, recuperar los juegos en las calles, podrían verse especialmente beneficiados con la implementación de las medidas"* (Ourense, rúas libres, pág. 5).

Pero no solo alcanza a las personas, la creación de espacios en consonancia con el medio ambiente, libres de tráfico y sostenibles, es un beneficio colectivo y sus consecuencias pueden mejorar las condiciones de vida de las nuevas generaciones de población urbana y mundial.

3.4 UNA CIUDAD PARA TODOS

Se analizan los obstáculos detectados en la ciudad y se aplican los criterios de diseño universal según las fuentes consultadas para ello:

3.4.1 BARRERAS Y OBSTÁCULOS

Semáforos.

- Instalación de señal sonora. Esta instalación puede realizarse de manera progresiva en función de criterios de prioridad.
- La consigna debiera ser que si existe una señal visual verde debe haber una señal sonora.
- Durante el periodo nocturno la señal sonora puede ser más leve aprovechando que hay menos ruido ambiente, pero nunca puede quedar inhabilitada esta indicación para los peatones de seguir existiendo indicación de semáforo en verde a fin de no incurrir en ningún tipo de discriminación.
- Cada par de emisores de sonido o altavoces implicados en un cruce estarán enfrentados, de forma que emitan el sonido orientado al peatón que se aproxima por la calzada.
- El tono de la señal sonora no debe quedar enmascarado ni reproducir sonidos habituales (trinos de pájaros), y su volumen debe auto ajustarse según el sonido ambiente, producido principalmente por la densidad de tráfico, obras, etc.

Paradas de autobús: postes y marquesinas.

- Desarrollo de una aplicación móvil accesible para indicar a tiempo real cuáles la parada más cercana con respecto a la situación espacial del usuario, así como los horarios de las diferentes líneas de autobuses y su frecuencia de paso en relación con la parada.
- Así mismo, es conveniente la disposición de un dispositivo de información sonora accionable con mando a distancia (Sistema Ciber o similar), que permita a los peatones con baja visión y otros ciudadanos, gozar de un desplazamiento independiente.
- También se propone la instalación de un mensaje sonoro exterior en los autobuses en el que se indique el origen y el destino del recorrido de la correspondiente línea de transporte.
- En las marquesinas, deben evitarse los cantos vivos o aristas, y la marquesina estará ubicada de forma que su acceso garantice el ancho mínimo libre de paso peatonal. Así mismo, se eliminarán los obstáculos que impidan el acceso al autobús desde la posición de la marquesina (postes, señales, automóviles situados en el espacio reservado para el estacionamiento del autobús).
- Debe establecerse por normativa la posibilidad de que las personas con diversidad funcional puedan descender por la puerta delantera del autobús.

Pavimentos:

- Indicación de pasos de peatones mediante franjas señalizadoras de botones con rebaje, claramente diferenciables visual y táctilmente con el resto de la acera, ubicadas justo en el centro o eje del paso peatonal, en dirección perpendicular a la marcha.
- Instalación en la calzada de bandas delimitadoras a ambos lados para determinar táctilmente los límites del paso peatonal. Adecuación de la altura máxima de los bordillos e isletas o medianas. En caso de aceras a un máximo de 12cm con canto redondeado o achaflanado.
- Se procurará que las aceras mantengan una posición plana en sentido paralelo a la carretera, evitando salientes y desniveles para el acceso a garajes que puedan por su gran desnivel, dar lugar a tropiezos.
- Disposición de pavimentos en relieve, textura y disposición que permitan un desplazamiento sin tropiezos. Para permitir un desplazamiento sin tropiezos. Deben ser antideslizantes en seco y en mojado, duros, regulares, compactos, firmemente fijados y sin cejas ni resaltes entre piezas.

Escaleras, rampas y ascensores:

- Franja señalizadora de acanaladura (perpendicular a la dirección de la marcha). En el acceso de la escalera o rampa se deberá situar una franja señalizadora de 120 cm de ancho ubicada en la acera, perpendicular a la dirección de la marcha, cubriendo la totalidad del itinerario peatonal. Deberá emplazarse inmediatamente antes de la escalera y previamente a la huella del primer escalón, cubriendo todo el ancho de esta. Así mismo, deberán situarse bandas antideslizantes en los cantos de los peldaños.
- Cubrimiento de alcorques de forma que queden enrasados con el pavimento, no dejando huecos superiores a 2 cm.

Mobiliario urbano

- Evitar el peligro u obstáculo del mobiliario urbano para el peatón. No debe sobresalir del plano vertical, sin base en el suelo, ninguno de sus elementos a una altura inferior a 220 cm.
- Todo elemento del mobiliario urbano debe ubicarse respetando el ancho y alto libres de paso peatonal.
- Mantener siempre libre de obstáculos o mobiliario urbano las siguientes zonas: paso o vado peatonal, centro de acera y junto a línea de fachada o zona opuesta al bordillo.

Debe ubicarse alineado en el borde exterior de la acera, es decir, en el tramo de esta más próximo al bordillo y en sentido longitudinal al itinerario peatonal.

3.4.2 FUENTES CONSULTADAS

Accesibilidad en los Espacios Públicos Urbanizados. Ministerio de Vivienda, Gobierno de España, octubre 2010.

Accesibilidad para personas con ceguera y deficiencia visual. Blanco Sanz, Rosa María; Blanco Zárate, Laura; Luengo Jurdado, Soledad; Pastor Martínez, Gerardo; Rivero Coín, Manuel; Rodríguez De Luengo, María Rosario; Vicente Mosquete, María Jesús; Martín Andrade, Pablo Coord.; Luengo Jurdado, Soledad Coord.; Martínez Calvo, Francisco Javier Ed. Lit.; Rivero Coín, Manuel II.; Lucas Fandos, Silvia il. Madrid. Organización Nacional de Ciegos Españoles, Dirección de Autonomía Personal y Bienestar Social. 2003

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Guía de responsabilidad social empresarial y discapacidad de la fundación once. - La igualdad de trato y la no discriminación. http://rsed.fundaciononce.es/igualdad_conceptos.html

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

4. TALLER DE STORYTELLING

¿Conoces el viaje del héroe? Es un estándar narrativo muy utilizado para desarrollar la resiliencia en las situaciones de cambios vitales porque se refleja no solo lo que sucedió si no cómo se resolvió y sobre todo el aprendizaje que produjo para poder compartirlo en el momento presente.

Muchas veces se piensa que los logros vitales de personas con discapacidad han sido una fortuna, pero la realidad es que "la fortuna" surge cuando una afronta un reto y va tomando decisiones resolutivas basadas en su buen criterio y la ayuda de los demás. Hay muchas personas que con una situación personal muy incapacitante han logrado hechos que parecen arte de magia, sin embargo, la verdadera magia es que ha sido todo obra suya, eso es una heroína o un héroe.

Para desarrollar nuestro viaje cuéntanos aquella vez en la que te sentiste incapacitada, durante un día o varios años, y como lo resolviste de manera heroica.

Uno) ¿Cómo estabas antes de lo que sucedió? ¿Cómo era tu tranquila cotidianidad?

Dos) ¿Qué te paso? Un accidente, una enfermedad, un proyecto personal fracasado, etc.

Tres) ¿Por qué empezaste el viaje? Es decir, en lugar de quedarte con las consecuencias de lo ocurrido, afrontarlo de manera pasiva, resignarse a la situación, etc. ¿Por qué decidiste salir de ello a lo que fuese, desconocido e incierto?

Cuatro) ¿Quién o quienes obraron en tu favor, te ayudaron y de qué manera?

Cinco) *¿Quién o quienes, o que ente, te boicotearon, te pusieron obstáculos o te atacaron?*

Seis) *¿Cuál fue la inspiración, motivación o idea que surgió y adoptaste en el momento preciso para salir de las dificultades del camino?*

¿Qué sabiduría obtuviste, qué consejo nos darías?

REFERENCIAS

- Cadabón Gutiérrez, J., Gavela González, G., González Luengo, L., Nchama Alogo Abuy, F., Varela Costa, P., Vázquez Yáñez, M. (2019). *Ourense. Rúas Libres*.
- CERMI, Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del CERMI Estatal (2012). *El envejecimiento de las personas con discapacidad*. Madrid, España. Documento de posición del CERMI Estatal (Borrador).
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España. Colección CERMI nº36, Ed. Ediciones Cinca.

Vulnerabilidad y derechos de las personas mayores en Paraguay. Un camino y una oportunidad

Patricia Alejandra Giménez León

Ministerio de Salud de la República del Paraguay, Asunción, Paraguay.

Palabras clave (Keywords): Vulnerabilidad, derechos, adultos mayores, oportunidad, Paraguay

RESUMEN

El envejecimiento poblacional en el mundo, va avanzando y Paraguay no escapa a esa realidad, aunque aún es incipiente. A pesar de ser un país, cuya población es eminentemente joven, presenta grandes problemas, para el abordaje de la atención integral de la Salud de los Adultos Mayores del país y los demás dispositivos necesarios para alcanzar el estado de Bienestar de los mismos.

Los mayores desafíos, se encuentran en la capacidad del Estado, para articular acciones a favor de lograr un Sistema de Protección Social, que brinde el acceso a los servicios sociales y de salud a las personas más vulnerables, como en el caso de la población de adultos mayores.

Para ampliar el alcance de análisis de este trabajo, se ha realizado la revisión bibliográfica de varios informes Nacionales e Internacionales, como también estudios de investigación realizados sobre el tema. El objetivo principal de este documento, es analizar los avances de los últimos años, en cuanto a las Políticas de Protección a los Adultos Mayores en el Paraguay, basados en los puntos principales de la Carta de San José, compromiso asumido por el país en el año 2012. Así mismo, se busca identificar los principales desafíos, que deben ser tenidos en cuenta en el abordaje de la construcción de nuevas estrategias, acciones y políticas, que garanticen el ejercicio de sus *"Derechos a los Adultos Mayores en el Paraguay"*, para impulsar la concienciación de los tomadores de decisión, en los diferentes niveles de responsabilidad del Gobierno, para construir una sociedad inclusiva, solidaria entre las generaciones, es decir una *sociedad para todas las edades*.

Una sociedad, que cuida de sus Adultos Mayores, es una sociedad que se ocupa y no solo se preocupa de los mismos, que lo mira, como un *"Sujeto"* de derecho y no como un *"Objeto"*, que respeta la vida en todas sus etapas y es responsable en forma colectiva del alcance del *"Estado de Bienestar"* de sus ciudadanos.

INTRODUCCIÓN

Este documento, pretende realizar el análisis de las acciones realizadas desde la Salud Pública y demás Instituciones involucradas, en pro de la construcción de Políticas de Protección Social para los Adultos mayores del Paraguay, de los últimos 20 años, basado en los derechos de los mismos y la oportunidad de acceso a una *"Vida Digna"*. La estructura del mismo se basa en el Informe Técnico, presentado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, en la *"Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe - realizado en la ciudad de Asunción, del 27 a 30 de junio de 2017"*.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA DEL PARAGUAY

En 1936, bajo el gobierno del coronel Rafael Franco, se creó el Ministerio de Salud Pública, mediante la promulgación del Decreto Ley N° 2.000/36 del 15 de junio de 1936.

Por el Decreto Ley N° 2.001/36 quedaron establecidas la organización y las funciones de la nueva Secretaría de Estado. Aquí es importante mencionar, que con anterioridad a 1936, todos los servicios de salud eran proveídos y administrados por el Ministerio del Interior en el Paraguay; pero ante las secuelas sanitarias que produjo la Guerra del Chaco entre Paraguay y Bolivia (1932-1935); en la población paraguaya, el médico militar Dr. Pedro Duarte Ortellado, solicitó al Gobierno la creación del Ministerio de Salud Pública, para brindar asistencia médica a los heridos y mutilados de la contienda chaqueña, y controlar efectivamente el tratamiento y la transmisión de enfermedades como el paludismo, la disentería y la tifoidea, que migraron hacia la Región Occidental una vez concluida la Guerra, con el retorno de los combatientes a sus hogares¹.

El documento "Plan de Desarrollo de los Servicios Sanitarios – Asistenciales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del año 1957, describe la estructura organizacional aprobada por Decreto N° 9142, del 2 de diciembre de 1954, que presenta: 1 Dirección General de Salud, hoy el Viceministerio de Salud; 4 Direcciones de Área: D. Bienestar Social (Hoy D.G. Bienestar Social de donde depende la Dirección de Adultos Mayores), D. Normativa (Hoy D.G. Planificación y Evaluación); D. Administrativa (Hoy D.G. Administración y Finanzas); D. Ejecutiva (Hoy D. G. de Desarrollo de Servicios y Regiones Sanitarias). Esto demuestra que la Salud, siempre estuvo articulada con la acción social, para la atención a las comunidades vulnerables.

La asistencia a las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad en el Paraguay, hasta hace poco menos de 20 años atrás, no se visualizaba, como una acción de abordaje institucional del Estado, sino más bien como un acto de beneficencia, por lo general, transfiriendo la responsabilidad a misioneros, instituciones religiosas etc. de la Salud y se inician acciones a favor del cuidado de las poblaciones más vulnerables.

En el año 1998, el Decreto Ley N° 2.001/36, fue derogado con la promulgación del Decreto N° 21.376/98, por el cual se estableció la nueva organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, donde se incluye en el Artículo 13, las funciones específicas en el área de Bienestar Social, que se describe a continuación:

- a. Implementar un Sistema Nacional de Servicios Sociales dirigido a los sectores más desprotegidos y vulnerables de la población, buscando la articulación de acciones entre el Estado, la Sociedad Civil y la Comunidad organizada, a fin de promover la equidad social y de género en el acceso a las oportunidades que posibilitan el desarrollo humano sostenible.
- b. Elaborar y coordinar investigaciones y diagnósticos para identificar la naturaleza, magnitud y características de los problemas sociales, a fin de generar multisectorialmente las políticas sociales y estrategias alternativas, para abordar la atención a la población en situación de riesgo y exclusión social.
- c. Diseñar, coordinar y ejecutar planes, programas y proyectos de promoción, prevención y protección, en base a una red de servicios sociales, comunitarios, intermedios, especializados y otras modalidades de apoyo para la Familia, la Mujer, la Infancia, la Juventud y los Adultos Mayores, a nivel nacional, regional y local.

¹ Ramírez - Rojas M.E. (2017), El Ministerio de Salud y sus Ministros.

Este documento, fue firmado por el entonces Presidente de la República, Juan Carlos Wasmosy y propiciado por el Ministro Andrés Vidovich Morales, en consonancia, según reza en su artículo primero, con los preceptos pertinentes de la Constitución Nacional y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

En esta normativa, ahora vigente, se puso especial énfasis en la función rectora de la salud humana y ambiental, y de bienestar social, que debía cumplir el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), que a partir de ese momento inició una etapa de reformas y modernizaciones, principalmente legislativas y pasa a convertirse en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

A partir de este Decreto, el Instituto de Bienestar Social, inicia el abordaje de las acciones sociales, como un brazo que complementa, las acciones del cuidado de la Salud, a favor de las poblaciones vulnerables, principalmente, niños y adultos mayores.

COMPROMISOS INTERNACIONALES POR LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES

El Paraguay, ha asumido varios compromisos internacionales, cuya evaluación y monitoreo continuo, permite dar pasos hacia adelante para construir Políticas Públicas que contribuyan al Bienestar de las Personas Adultas Mayores. Por tal motivo, el análisis de estos puntos permitirá visualizar, en qué etapa está el Paraguay; y cuáles son los pasos a seguir, para llegar a las metas propuestas, como país y como Región.

La globalización en los procesos sociales de derechos, no está ajeno al Paraguay, por tanto mencionar la importancia de la *"Declaración Ministerial De Viena 2012"*, adoptada por unanimidad por los Estados Miembros de la CEPE durante la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento celebrada en Viena los días 19 y 20 de septiembre de 2012, con el lema de *"Garantizar una Sociedad para Todas las Edades: Promover la Calidad de Vida y el Envejecimiento Activo"*, donde las Naciones, han reafirmado el compromiso asumido en la Declaración Ministerial de Berlín en 2002 y posteriormente confirmado en la Declaración Ministerial de León en 2007, de implementar la Estrategia Regional de Berlín (RIS) del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA).

MIPAA, en el año 2002, se constituye en el primer acuerdo mundial que reconoce a las personas mayores como sujetos y actores del desarrollo; y compromete a los gobiernos a incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo social y económico, incluyendo los programas de reducción de la pobreza. Esto nos lleva a analizar la vinculación de las Políticas, con los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015), los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030) "No Dejar a Nadie Atrás" y el Plan Nacional de Desarrollo 2030 del Paraguay.

Según el Informe Técnico Paraguay 2017, presentado en la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe - Asunción, 27 a 30 de junio de 2017, "el país se encuentra en un proceso de construcción progresiva de participación activa de las personas adultas mayores, en la lucha por sus derechos desde hace más de 20 años.

En los primeros quince años se circunscribió al ámbito legislativo, logrando la aprobación de la Ley 1885/2002 del Adulto Mayor y la reglamentación de la misma en el año 2007, que crea la Dirección de Adultos Mayores, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como Ente Rector Nacional. En su estructura se contempla al Comité Consultivo y el Enlace de Adultos Mayores, conformado por representantes de personas

sin cobertura social y jubiladas.

En los últimos años las personas adultas mayores organizadas del Paraguay, a través de sus luchas, consiguieron la promulgación de la Ley 3728/09 de la pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza, cuyo Art. N°1 dice: *Todo paraguayo natural, mayor de sesenta y cinco años de edad y en situación de pobreza, residente en el territorio nacional, recibirá del Estado, una pensión mensual no menor a la cuarta parte del salario mínimo vigente.* Esta Ley, se implementa desde el año 2010 y al 2017 benefició a un total de 153.526 personas (24% del total de personas sin ingresos jubilatorios ni pensión). Además, han logrado otras conquistas sociales que favorecen a los jubilados y pensionados del Instituto de Previsión Social, la Caja Fiscal, la Caja Bancaria y la Caja de Oficiales y Suboficiales Retirados de las Fuerzas Públicas”



Figura 1.

4ª CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Asuncion 2017.

Equipo de las Américas.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN PARAGUAY

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PARAGUAY

La importancia de la dependencia demográfica en el desarrollo económico y social de un país, es bastante conocida, por lo cual el análisis de las características de la población, definen las Políticas Públicas a ser implementadas. Por ejemplo, una elevada proporción de personas jóvenes puede aumentar los costos del desarrollo incrementando los gastos en educación. Por otra parte, un porcentaje elevado de adultos mayores aumentaría los gastos en seguridad social. La estructura de la población también determina el tamaño de la población en edad de trabajo, lo cual está relacionado con un exceso o un déficit de mano de obra. Disponer de esta información desagregada por áreas urbanas y rurales es fundamental en la planificación para el desarrollo².

TABLA 1. PARAGUAY. POBLACIÓN TOTAL PROYECTADA POR SEXO, 2017

POBLACIÓN	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
Total	6.953.646	3.506.242	3.447.404
60 y más	643.829	311.107	332.722

Fuente: STP/DGEEC (2015)

² DGEEC, 2016 Paraguay Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025

La población paraguaya, siempre se ha caracterizado por contar con una población joven mayoritariamente, con un envejecimiento incipiente. Como se refiere en el Informe Técnico relacionado a la Situación de los Adultos Mayores en el Paraguay 2017, el dato estimado para ese año, fue de un total de 643.829 personas adultas mayores, el cual representa el 9,3% de la población total del país.

La siguiente tabla muestra el aumento de la población adulta mayor, en el periodo comprendido entre 2012 y 2017.

TABLA 2. POBLACIÓN NACIONAL ESTIMADA Y PROYECTADA. PERÍODO 2012-2017. PARAGUAY

	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017
Total País	6.461.041	6.590.027	6.657.232	6.755.756	6.854.536	6.953.645
60 y Más	530.723	551.927	573.967	596.043	619.530	643.829

Fuente: STP/DGEEC (2015)

Teniendo en cuenta estas proyecciones, Paraguay debe empezar a planificar una política de planificación familiar que garantice el crecimiento continuo de la tasa de fecundidad, a medida que la población también va envejeciendo, para garantizar de esta forma la sostenibilidad de la población económicamente activa, que también influirá en una buena calidad de vida para la población adulta mayor.

CONDICIÓN DE POBREZA

En el análisis de datos de la EPH 2016; el 3,2% de la población adulta mayor de 60 años y más de edad es pobre extremo y el 18,8% es pobre no extremo. El análisis por área de residencia, evidencia que presentan mayor pobreza los adultos mayores rurales. Es decir que alrededor de 134.750 adultos mayores, se encuentran en situación de pobreza en el Paraguay, según los datos de la EPH 2016.

1. MÉTODO

1.1 INSTRUMENTOS

- Informes Técnicos Oficiales del Paraguay.
- Marco Legal vigente.
- Planilla de relevamiento de datos en base a los puntos acordados en la “Carta de San José” en el año 2012 entre los países de América Latina y el Caribe.
- Encuestas

1.2 PROCEDIMIENTO

La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo, se basó en las revisiones bibliográficas, documentales y un análisis observacional en territorio, con entrevistas a referentes de nivel nacional en el abordaje de la Protección Social para los adultos mayores en el Paraguay.

1.3 ANÁLISIS DE DATOS

SALUD: La situación de los Adultos Mayores en el Paraguay, desde el enfoque de ciclo de vida del “Ser

Humano”, es importante tener en cuenta que el envejecimiento trae consigo un incremento a la susceptibilidad de contraer enfermedades crónicas y discapacidades propias del avance de la edad, lo que a su vez demanda más servicios de atención médica, servicios de promoción y prevención, servicios sociales y económicos, que deben contemplarse en la construcción de las políticas públicas de salud y de protección social.

Analizando esta situación, se observa que la demanda de servicios de salud, en los establecimientos perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se ha incrementado en los últimos años alcanzando en el 2016, un total de 882.416 consultas médicas a personas adultas mayores (60 años y más) según los datos proporcionados por las Regiones Sanitarias, esto representa a 228.153 personas. Aquí es importante analizar, ¿donde consultan el resto de los adultos mayores?, Puede suponer que existe una importante brecha en el acceso a los servicios de Salud de esta población. Por otra parte se identifica la falta de oferta para la formación especializada en el cuidado de los Adultos Mayores, como por ejemplo: Enfermería, Gerocultores etc. Y las malas condiciones edilicias de los Hogares Públicos para los Adultos Mayores del MSPBS.

SEGURIDAD SOCIAL: Según el estudio de investigación realizado por el Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP), que se presenta en un artículo periodístico en el Diario Ultima Hora, el 11 de febrero del año 2018 ; solo el 16% de quienes tienen 65 años y más perciben jubilación; y el 22% vive en situación de pobreza. Al finalizar la vida laboral, la seguridad social no es suficiente. Es decir que el 84% de los adultos mayores en el Paraguay, no tienen jubilación y el 60% no poseen ningún seguro médico. Con esto, se evidencia una pesada carga para el Estado y el sistema de salud pública³.

En el año 2009 se aprobó la Ley 3728/09 “De pensión alimentaria para las personas mayores de 65 años, en situación de pobreza”. Esta legislación pone al Paraguay a tono con los países de la región, dado que era el único de los países que integran el Mercosur que no contaba con una pensión de carácter no contributivo para solucionar esta inequidad social.

EL MINISTERIO DE HACIENDA, es la responsable de la implementación de la Ley 3728/09, a través de la Dirección de Pensiones No Contributivas (DPNC). Fueron beneficiados 153.239 Adultos mayores activos en el Programa de Pensión Alimentaria y además 287 Veteranos (Pensión y subsidio) en el periodo del 2010 al 2016. Es una política de Estado que consiste en una asistencia monetaria mensual, equivalente al 25% del salario mínimo vigente. Las ayudas del Estado: sumando los programas Tekoporã y las Pensiones Alimentarias para Adultos Mayores, el porcentaje asciende a 28,3%. Seguido de este porcentaje se encuentran los ingresos por las ayudas de las familias, un 26%.

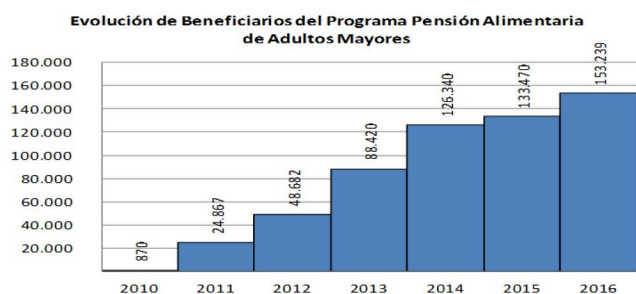


Gráfico 1.

EVOLUCIÓN DE LA PENSIÓN ALIMENTARIA DE ADULTOS MAYORES 2010-2016.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Secretaría de Acción Social (Actualmente Ministerio de Desarrollo Social 2018).

3 Rodríguez L. Benítez G. (2018). Análisis del efecto de las ayudas sociales en la población de adultos mayores sobre las tasas de pobreza. CADED. Asunción - Paraguay.

EL MINISTERIO DEL INTERIOR – Viceministerio de Asuntos Políticos, a través de la Dirección de Población y el Departamento de Identificaciones de la Policía Nacional, han ejecutado Programas de Políticas Públicas de seguridad, campañas masivas de cedulación a fin de garantizar el “Derecho a la Identidad” de todas las personas adultas mayores residentes en el Territorio Nacional, documento necesario para acceder a todos los derechos constitucionales, y mejorar la calidad de vida de las personas adultas.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La evidencia del análisis de los datos de la investigación concluye importantes puntos:

- i) A medida que se avanza en edad y se finaliza la vida laboral, en el Paraguay el sistema de seguridad social, tiene una muy baja cobertura poblacional, por lo que se debe recurrir voluntaria o no voluntariamente al ámbito familiar.
- ii) Analizando el marco legal en el Paraguay, *“Envejecer con bienestar y plenas garantías de derechos”*, no debiera ser un privilegio de unos pocos si se tiene en cuenta que el Estado, ha aprobado diversas normativas nacionales y ratificados acuerdos internacionales en la búsqueda de la protección y garantía de calidad de vida de las personas y la eliminación de cualquier tipo de discriminación.
- iii) Los derechos de las personas adultas mayores están acogidos en la Constitución Nacional (1992) Art. 6 de la calidad de vida, Art. 57 de la protección integral.
- iv) El Código Penal del Paraguay, Ley 1160/97, contempla, en su Art. N° 227, la pena privativa de libertad para “quienes violen gravemente su deber legal de cuidado de personas ancianas o discapacitados [...]”. El Código Civil, Ley 1183/85, en los Art. 256 a265 regula el deber de prestación alimentaria entre ascendientes y descendientes.
- v) Como conquista social y avance en materia legislativa, se destaca la promulgación de la Ley N° 1885/02 *“De las personas adultas”*, que tiene por finalidad principal tutelar los derechos de las personas adultas mayores, según lo estipulado en el Art. 57 de la Constitución Nacional. Esta Ley, en su Art. 4, establece como obligación estatal: “concurrir al logro del bienestar social de las personas de la tercera edad, garantizando el ejercicio de sus derechos, y velando para que aquellas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, carezcan de familia o se encuentren abandonadas, sean ubicadas en lugares públicos o privados y se les ofrezcan programas de servicios sociales intermedios”. Determinando que tendrán prioridad en la salud, vivienda, alimentación, transporte, educación, entretenimiento y educación.

3. CONCLUSIONES

Existen grandes desafíos para el Paraguay, en cuanto al avance de la Protección Social para la población adulta Mayor. Si bien se ha iniciado acciones y cuenta con un marco legal fuerte, donde se garantizan los *“Derechos desde la misma Constitución Nacional”*, es necesario fortalecer a las estructuras de las Instituciones responsables de dar cumplimiento al ejercicio de esos derechos, con presupuestos robustos, que permitan el desarrollo del Política, Planes, Pro-gramas y Proyectos; sin olvidar que el “Centro de todo: ¡SON LAS PERSONAS!, y siguiendo el Lema de la Agenda 2030 *“No dejar a Nadie Atrás”*, es fundamental visibilizar la problemática de la Población Adulta Mayor en el Paraguay, para *“Humanizar la Atención centrada en las Personas”* y generar

condiciones para avanzar hacia la construcción de “Una Sociedad Amigable con sus Adultos Mayores”, con autoridades en los tres Poderes del Estado, que “No Solo se PREOCUPEN en los Discursos, sino que se OCUPEN, desde la responsabilidad de la función que les toque desempeñar, para impulsar ACCIONES, para la crear un Sistema de Protección Social, que cuente con suficientes recursos económicos, que sea inclusivo, eficiente y centrado en el cuidado de las poblaciones vulnerables, generando Políticas de Estado y no solo acciones débiles de Gobiernos, con resultados parches y no con soluciones verdaderas. Se debe impulsar espacios de aprendizaje formales e informales, que permitan contar con profesionales del cuidado en todos los niveles, para garantizar la calidad en las acciones.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en la persona del Dr. Miguel Ángel Vázquez Vázquez y a todos los miembros de la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriátrica, por la oportunidad de compartir en un espacio de aprendizaje e intercambio de conocimiento, una mirada de la realidad de una parte de la América Latina, que sueña con cambios profundos, para alcanzar vivir, *en una sociedad con mayor justicia social*.

REFERENCIAS

- Ramírez Rojas, M.E. (2018). *El Ministerio de Salud y sus Ministros*. DGPE- MSPBS.
- DGEEC (2016). *Paraguay Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025*.
- Rodríguez, L., Benítez, G. (2018). *Análisis del efecto de las ayudas sociales en la población de adultos mayores sobre las tasas de pobreza*. Asunción, Paraguay: CADED.

COMUNICACIONES CLÍNICAS

Efectos de los cambios estacionales y climatológicos en la salud de los mayores: una revisión sistemática

Carlos Sotelo-Martínez y Cristina Gómez-Cantorna

EUE Meixoeiro, Vigo, España

Palabras clave (Keywords): Adultos mayores, estaciones, cambio climático, trastorno afectivo estacional.

RESUMEN

OBJETIVOS: Valorar el conocimiento y resultado de estudios, sobre los efectos de los cambios estacionales y climatológicos en los mayores. Por otra parte, se busca la valoración de las posibles alteraciones en la salud, provocadas por el cambio climático y la contaminación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica entre diciembre de 2018, y marzo de 2019. Las bases de datos consultadas fueron: CUIDEN, COCHRANE LIBRARY, LILACS, IME y PUBMED.

RESULTADOS: Tras la búsqueda realizada, se han seleccionado un total de 15 artículos aplicando los criterios de inclusión y exclusión adecuados. Con ello, se han obtenido 3 artículos que analizan la depresión asociada al clima, 6 artículos que analizan eventos perjudiciales de tipo cardiovascular asociados a cambios climatológicos, 2 artículos que valoran la adaptabilidad fisiológica de los mayores en condiciones estivales, 2 artículos que valoran los efectos del clima sobre problemas musculoesqueléticos y 2 artículos sobre el impacto del cambio climático y contaminación en la salud de los mayores.

CONCLUSIONES: Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos, hemos llegado a la conclusión de que el clima afecta a la salud, tanto física como psicológicamente. El cambio climático y la contaminación, producen actualmente efectos perjudiciales en la salud de los mayores y además, con el paso del tiempo aumentará su gravedad y número. El papel psicológico es muy importante a la hora de sufrir más o menos efectos perjudiciales relacionados con el clima. A la hora de actuar y conseguir una buena prevención de estos efectos, es necesario un mayor estudio de la capacidad de vulnerabilidad y resiliencia de los mayores. A pesar de que es un tema de debate actual y futuro en la sociedad, los efectos que tienen los cambios climatológicos y estacionales en la salud de los mayores, son aspectos poco valorados y estudiados en la actualidad. Además, las personas mayores son un colectivo cada vez más numeroso e influyente en la sociedad, por lo que el estudio y análisis de dichos efectos puede ser muy favorable para la salud global de una población.

INTRODUCCIÓN

Durante el trascurso de un año de vida, el ser humano se expone a diferentes situaciones climatológicas según

la estación en la que se encuentre. Estos cambios se notan en la temperatura, en el viento, en el aumento o disminución de las precipitaciones, en la humedad e incluso en la presión atmosférica.

Dichas modificaciones no solo representan cambios en la sensación climatológica que puedan detectar los humanos, sino que también, repercuten en su salud y especialmente en uno de los colectivos más frágiles de la sociedad, como es el caso de las personas mayores, situando a los mismos entre los 60 y 65 años de edad en adelante.

En este colectivo, destacan problemas asociados a la depresión debida a cambios climatológicos y estacionales, alteraciones en la tensión arterial, alteraciones en la termorregulación y alteraciones de tipo musculoesquelético.

Por tanto, en la presente revisión sistemática, vamos a centrarnos en los efectos referidos a cambios climatológicos y estacionales que sean más destacados y más influyentes en la salud de los mayores, valorando además, la importancia que puede tener para nuestro ámbito de trabajo.

1. MÉTODOS

1.1 DISEÑO

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica entre diciembre y marzo de 2019, en las bases de datos CUIDEN, COCHRANE LIBRARY, LILACS, IME y principalmente en la base de datos PUBMED, a partir del cual, hemos obtenido la mayor parte de la información aportada en el presente estudio. A la hora de elegir los efectos a tratar en esta revisión, inicialmente se ha llevado a cabo una búsqueda de los efectos en general que pueden provocar tanto el clima, como el cambio de estación en los mayores. Debido a que estos efectos pueden ser muchos, se han seleccionado los más destacados y sobre los cuales existen una mayor cantidad de estudios e información. Además, al seleccionar los efectos más importantes que pueden sufrir los mayores de 60 años, evitamos problemas característicos de otros grupos de edad.

1.2 BASES DE DATOS Y ECUACIÓN DE BÚSQUEDA

Para realizar esta revisión, inicialmente buscamos los efectos que pueden afectar a los mayores y sobre los que existen más estudios y una mayor veracidad de resultados. Una vez hecho, hemos realizado una búsqueda bibliográfica en la que se incluyan estos efectos más destacados y más importantes, mediante los cuales, podremos cumplir el objetivo planteado en la presente revisión. Debido a la complejidad de la búsqueda, ausencia de artículos sobre el tema en concreto o falta de artículos válidos para el estudio en la mayor parte de las bases de datos, los artículos seleccionados pertenecen en mayor parte, a la base de datos PUBMED, ya que posee el mayor número de publicaciones en ciencias de la salud a nivel internacional.

Para realizar todas las búsqueda hemos empleado los términos médicos “Mesh”, con el objetivo de concretar el estudio y que este sea más significativo. Por otro lado, se han empleado operadores booleanos con el mismo objetivo, en este caso, se han utilizado AND, NOT y OR.

TABLA 1. ALGORITMO DE BÚSQUEDA EMPLEADO

BASES DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA
PUBMED	("Aged"[Mesh]) AND ("Seasons"[Mesh] OR "Seasonal" OR "climate change"[Mesh]) AND ("Body Temperature Regulation"[Mesh] OR "Osteoarthritis"[Mesh] OR "Arthritis"[Mesh] OR "Seasonal affective disorder"[Mesh] OR "Hypertension"[Mesh] OR "health impact") NOT animals NOT children
CUIDEN	"Health impact" AND (seasons OR seasonal OR climate change) AND aged
LILACS	"Health impact" AND (seasons OR seasonal OR climate change) AND aged
COCHRANE LIBRARY	"Health impact" AND (seasons OR seasonal OR climate change) AND aged
IME	"Health impact" OR "health effects" AND (seasons OR seasonal OR climate change) AND aged

1.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN E INCLUSIÓN:

- Artículos que respondan a los objetivos planteados.
- Artículos sobre efectos del clima y estación en mayores.
- Artículos sobre los efectos del cambio climático en mayores de 60 años.
- Artículos de los últimos 10 años.
- Artículos con una metodología válida.
- Artículos con relevancia de resultados.
- Artículos realizados en humanos.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Artículos en idioma Castellano, Inglés y Portugués.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos relacionados con el tema, pero no con los objetivos planteados.
- Artículos en los que no se incluyan mayores de 60 años.
- Artículos sobre efectos del clima y estación, sobre los niños y adolescentes.

- Revisiones narrativas.
- Artículos posteriores a 10 años.

1.4 EXTRACCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La extracción de los datos se realizó a partir del algoritmo de búsqueda descrito (Tabla 1). En primer lugar, se realizó una lectura del título y resumen del artículo con el fin de seleccionar los estudios que sean más acordes. Una vez seleccionados se pasaría a la siguiente fase, en la cual, se tienen en cuenta los criterios de selección anteriormente descritos. Además, en esta última fase es necesario realizar una lectura del artículo a texto completo, obteniendo así, el conocimiento necesario para saber si el artículo en cuestión es válido para nuestro estudio. Todo este proceso, está explicado en la Tabla 2, que podemos observar a continuación.

TABLA 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

BASE DE DATOS	A.E. ¹	1ª S. ²	2ª S. ³
PUBMED	129	27	15
CUIDEN	0	0	0
LILACS	9	0	0
COCHRANE LIBRARY	8	1	0
IME	0	0	0

¹.A.E.: Artículos encontrados.

².1ª S.: Primera selección de artículos, tras leer título y resumen.

³.2ª S.: Segunda selección de artículos, tras aplicar los criterios de selección y el análisis del artículo a texto completo.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Mediante la búsqueda bibliográfica, se han obtenido un total de 146 artículos, de los cuales, tras la lectura del título y resumen de los mismos, se han seleccionado en una primera fase 27 artículos. Posteriormente, se realizó la segunda selección de artículos recurriendo a su lectura a texto completo. Tras la segunda fase de selección, se han escogido 15 artículos que cumplen los criterios establecidos.

Con respecto al efecto que produce el cambio climatológico y estacional en la salud mental de los mayores, destaca un tipo de depresión llamada TAE. Sobre esta depresión, hemos observado que en muchos casos no se llega a diagnosticar correctamente, puesto que se diagnostica como trastorno depresivo mayor y no se tiene en cuenta la asociación estacional. En el artículo de Pjrek et al. (2016), se determina el tipo de depresión a partir de tres cuestionarios, en el caso de SPAQ el resultado de TAE es el doble que en el SHQ, por tanto, actualmente no existe un método totalmente veraz a la hora de detectar esta patología. Por otra parte, a partir del cuestionario SDS, Pjrek et al. (2016), establece que el deterioro social de los jóvenes era superior con respecto al de los mayores.

Por otro lado, la estación y horas de luz influyen en la aparición de depresión y aparición del propio TAE, pero en algunos estudios como el de Hollaway et al. (2013), no llegaron a demostrar un incremento de casos en los meses más oscuros y valoró la posibilidad de que los mayores pueden tener síntomas depresivos durante todo el año. En cambio, en el de O'Hare et al. (2016), si se demostró esta diferencia, estableciendo que en los meses de invierno y en otoño, los síntomas depresivos son mayores que en verano y aumenta la posibilidad de sufrir TAE. Estos datos pueden ser contrarios debido a que Hollaway et al. (2013), solo recoge datos sobre población anciana y O'Hare et al. (2016), recoge datos a partir de 50 años de edad.

Por tanto, a partir de estos artículos (Pjrek et al. 2016, Hollaway et al. 2013 y O'Hare et al. 2016), podemos determinar que el cambio de estación puede inducir a sufrir depresión estacional, aunque en los mayores, estos efectos no están tan marcados como en los jóvenes. Esto se debe en parte, a que los jóvenes suelen tener una actitud más positiva, y la depresión en ellos destaca más. Por otra parte, deberían de tenerse en cuenta las modificaciones sociales y personales que provoca el envejecimiento. Esto quiere decir, que aunque se detecte una depresión característica de una estación en concreto o de un cambio climatológico, el propio mayor ya puede partir de una situación depresiva. Esta situación depresiva no tendría por qué ser muy destacada, pero podría surgir a partir de los cambios en la calidad de vida asociados al envejecimiento. Además, con el clima lluvioso y las estaciones frías, los mayores tienden a reducir su vida social, aumenta el sedentarismo y la soledad, incrementando esos síntomas depresivos de base. Esto podría concluir con el desarrollo de TAE en las estaciones más frías y lluviosas, especialmente en las regiones con climas más extremos.

Con respecto a la tensión arterial, durante el invierno y en las situaciones climatológicas más frías, la tensión se ve incrementada en torno a un 12%. Este incremento de tensión puede llegar a ser muy peligroso cuando los pacientes parten de inicio siendo hipertensos. En el caso de temperaturas frías y estaciones invernales u otoñales, se incrementa el riesgo de sufrir hemorragias intracerebrales e insuficiencias cardíacas agudas (Hinsala et al. 2014, Hirai et al. 2014). Por otra parte, Hintsala et al. (2014), no determina que los aumentos de tensión sean mayores en hipertensos que en no hipertensos.

Otro de los aspectos que se deben de tener en cuenta es la presión atmosférica. En este caso, se produce una influencia semejante con respecto a la temperatura frente la tensión arterial. Según Kamiński et al. (2016), cuando la presión atmosférica es más baja, aumenta la tensión y se incrementan los riesgos de sufrir problemas cardiovasculares. Esto suele ocurrir a principios de primavera y en las noches de invierno. Por tanto, si sumamos ambas variaciones climatológicas (temperaturas frías y presión atmosférica baja), la situación de mayor peligro cardiovascular se podría situar antes de anochecer en invierno, ya que por las noches la tensión arterial disminuye. Aun así, pueden producirse eventos de este tipo en otras estaciones debido a cambios climatológicos bruscos.

Por otra parte, en verano nos encontramos con una influencia climatológica totalmente diferente. Como dice Huang et al. (2015), el peligro es debido a la hipotensión que provocan las altas temperaturas, y esto junto con los tratamientos antihipertensivos que toman en muchas ocasiones los mayores, puede acabar produciendo un síncope o un golpe de calor. Por ello, tanto para las situaciones de invierno que aumentan la tensión y peligros cardiovasculares, como para las situaciones de verano que disminuyen la tensión y aumentan los peligros sincopales, es necesario establecer una medicación correcta para cada situación (Gill et al. 2013,

Hintsala et al. 2014, Hirai et al 2014, Huang et al. 2015 y Kaminski et al. 2016).

Uno de los problemas más comunes en los mayores, se encuentra en la disminución de la capacidad para captar situaciones que ponen en peligro la salud. En el artículo de Waldock et al. (2018), se establece que los mayores tienen disminuida su capacidad para detectar molestias térmicas en el entorno. Esto provoca, que ante ejercicios moderados como en el caso de caminar o bailar, los mayores no detectan o tardan en detectar los peligros de deshidratación que pueden sufrir, especialmente en las estaciones más calurosas, por lo que tardan en corregir estos problemas. Como esta capacidad está disminuida, es conveniente que los profesionales pertenecientes al ámbito sanitario informen adecuadamente a los mayores de estos peligros.

Con respecto a los problemas musculoesqueléticos, las alteraciones provocadas por el clima son más subjetivas y difíciles de valorar. Esto se debe a que el efecto que pueden producir los cambios climatológicos y estacionales se basan en el aumento de rigidez y dolor, datos que no se pueden valorar objetivamente. Según los artículos de Yazmalar et al. (2013) y Timmermans et al. (2014), el clima y las estaciones tienen una ligera influencia en estas enfermedades musculoesqueléticas. Una de las teorías más comunes que asocian estas enfermedades con el clima está relacionada con la vitamina D. La reducción de vitamina D, está relacionada con la pérdida de densidad ósea y como se ve reducida durante las estaciones más nubladas y con menos horas de luz, las enfermedades musculoesqueléticas pueden estar influidas por este aspecto estacional. Además, los niveles séricos de vitamina D suelen encontrarse más bajos durante el desarrollo de estas enfermedades. En cambio, Yazmalar et al. (2013) ha demostrado que su influencia no es estadísticamente significativa.

Con respecto al aumento de dolor asociado a los cambios bruscos del clima, así como el asociado a los cambios de estación, se han encontrado datos que pueden estar relacionados con las depresiones estacionales y la sensibilidad al clima. En el artículo de Timmermans et al. (2014), se ha demostrado que los cambios climatológicos (especialmente el aumento de frío y humedad) pueden provocar una mayor apreciación dolorosa en las articulaciones de los mayores. Aunque podemos afirmar esta teoría, dicha afirmación no ocurre por igual en toda la población aunque tenga características físicas y sociales semejantes. Esto se debe a que existen ciertas personas que son más sensibles a los cambios estacionales. Por otra parte, Timmermans et al. (2014), estableció que las personas mayores residentes de climas moderadamente cálidos detectaron más dolor ante los cambios climatológicos, que las que viven en climas con temperaturas más frías. Esta sensibilidad climatológica, puede estar asociada con los problemas de adaptación que tienen los mayores debidos al envejecimiento. Por lo tanto, los mayores que ya desde pequeños se encontraban con un clima más severo, pueden adaptarse con mayor eficacia a las dificultades y dolores resultantes propios de estas enfermedades y del envejecimiento. Estos estudios (Timmermans et al. 2014 y Yazmalar et al. 2013), nos pueden ayudar a comprender qué pacientes son más frágiles al clima y por tanto, facilitará el tratamiento de los mayores que se encuentren más afectados por los cambios estacionales y climatológicos.

Con respecto al cambio climático, los estudios actuales se basan principalmente en valorar los efectos provocados por eventos catastróficos pasados, como olas de calor o inundaciones. Por otra parte, se realizan análisis de los efectos perjudiciales que los contaminantes pueden provocar en la salud, valorando cómo afectan en estos momentos para poder evaluar cómo afectarán en el futuro. A partir del artículo de Goldberg et al. (2017), se establece una relación causal entre los contaminantes del aire y la mortalidad no accidental,

especialmente sobre la enfermedad arterial coronaria aguda y crónica, hipertensión y cáncer. En cambio, no se estableció ninguna relación con enfermedades cerebrovasculares y respiratorias. En este caso, al ser un estudio del 2013 aunque sea realizado con datos de seguimiento de 14 años, los datos aportados pueden ser diferentes a los actuales, por ello, si se extrapolara el mismo estudio a la actualidad, es posible que aumenten las relaciones entre contaminación y más enfermedades debido al aumento progresivo de la contaminación en la sociedad.

Por otra parte, la sensibilidad a la contaminación y a los efectos del cambio climático es mayor en unas personas que otras. Esto quiere decir, que si la contaminación favorece estas enfermedades en población general, si el colectivo al que afecta es más frágil (como en el caso de los mayores), es mucho más probable que padezcan un mayor efecto perjudicial en su salud. Sobre estos aspectos, se habla en la revisión de Leiva et al. (2017). En este caso, la valoración es posterior y se encontraron asociaciones entre el aumento de problemas respiratorios, la contaminación y variabilidad climatológica resultante del cambio climático. Con respecto a otros problemas como el cáncer y enfermedades cardiovasculares, también se estableció una relación con su incremento y agravamiento, especialmente en los mayores.

Además, los eventos catastróficos que pueden provocar el cambio climático, puede afectar gravemente a la salud mental de los mayores, apareciendo trastornos por estrés postraumático, depresiones y ansiedad. Por otro lado, Leiva et al. demuestra que existe una gran capacidad de resiliencia a pesar de la fragilidad que pueden aparentar física y psicológicamente. Por tanto, se podría decir que existen niveles de vulnerabilidad en los mayores y sería necesario su análisis para comprender hasta qué punto ofrecen resiliencia (Leiva et al. 2017).

3. CONCLUSIONES

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos en la presente revisión, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La influencia del clima afecta a la salud, tanto física como psicológicamente.
- La sensibilidad al clima es un factor determinante en el padecimiento, agravamiento o incremento, de los efectos asociados a la climatología.
- El cambio climático y la contaminación, producen actualmente efectos perjudiciales en la salud de los mayores. Además, con el paso del tiempo aumentará su gravedad y número.
- El papel psicológico es muy importante a la hora de sufrir más o menos efectos perjudiciales relacionados con el clima.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo y el trabajo realizado en todo momento por la co-autora del trabajo, de la cual, he recibido siempre ayuda, consejo y asesoramiento. Por otra parte, también debo agradecer al 31 Congreso Internacional de Gerontología y Geriatria, el haberme dado la oportunidad de presentar este proyecto.

REFERENCIAS

- Gill, R. S., Hambridge, H. L., Schneider, E.B., Hanff, T., Tamargo, R. J., & Nyquist, P.(2013). Falling temperature and colder weather are associated with an increased risk of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *World neurosurgery*, 79 (1), 136-142.
- Goldberg, M. S., Burnett, R. T., Stieb, D. M., Brophy, J. M., Daskalopoulou, S. S., Valois, M.F., & Brook, J. R. (2013). Associations between ambient air pollution and daily mortality among elderly persons in Montreal, Quebec. *Science of the Total Environment*, 463, 931-942.
- Hintsala, H., Kandelberg, A., Herzig, K. H., Rintamäki, H., Mäntysaari, M., Rantala, A.,...Ikäheimo, T. M. (2013). Central aortic blood pressure of hypertensive men during short-term cold exposure. *American journal of hypertension*, 27 (5), 656-664.
- Hirai, M., Kato, M., Kinugasa, Y., Sugihara,S., Yanagihara, K., Yamada, K.,...Yamamoto, K. (2014). Clinical scenario 1 is associated with winter on set of acute heartfailure. *Circulation Journal*, 79 (1), 129-135.
- Holloway, L. E., & Evans, S. (2014). Seasonality of depression referrals in older people. *Community Mental Health Journal*, 50 (3), 336-338.
- Huang, J. J., Desai, C., Singh, N., Sharda, N.,Fernandes, A., Riaz, I. B., & Alpert, J. S.(2015). Summer syncope syndromeredux. *The American journal ofmedicine*, 128 (10), 1140-1143.
- Iwahori, T., Miura, K., Obayashi, K., Ohkubo,T., Nakajima, H., Shiga, T., & Ueshima, H.(2018). Seasonal variation in home blood pressure: findings from nation wide web-based monitoring in Japan. *BMJ open*, 8 (1), e017351.
- Kaminski, M., Cieslik-Guerra, U. I., Kotas, R.,Mazur, P., Maranda, W., Piotrowicz, M.,...Rechcinski, T. (2016). Evaluation of the impact of atmospheric pressure in different seasons on blood pressure in patients with arterial hypertension. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 29(5), 783.
- Leyva, E. W. A., Beaman, A., & Davidson, P.M.(2017). Health impact of climate changein older people: An integrative review and implications for nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 49 (6), 670-678.
- O'Hare, C., O'Sullivan, V., Flood, S.,...Kenny, R. A. (2016). Seasonal and meteorological associations with depressive symptoms in older adults: A geo-epidemiological study. *Journal of affective disorders*, 191, 172-179.
- Pjrek, E., Baldinger-Melich, P., Spies, M., Papageorgiou, K., Kasper, S., & Winkler, D.(2016). Epidemiology and socioeconomic impact of seasonal affective disorder in Austria. *European psychiatry*, 32, 28-33.
- Timmermans, E. J., Van Der Pas, S., Schaap, L.A., Sánchez-Martínez, M., Zambon, S., Peter, R., ... Siviero, P. (2014). Self-perceived weather sensitivity and joint pain in older people with osteoarthritis in six European countries: results from the European Projecton OSteoArthritis (EPOSA). *BMC musculoskeletal disorders*, 15 (1), 66.
- Waldock, K. A. M., Hayes, M., Watt, P. W., & Maxwell, N. S. (2018). Physiological and perceptual responses in the elderly to simulated daily living activities in UK summer climatic conditions. *Public health*, 161, 163-170.
- Wang, K., Li, H., Liu, W., & You, C. (2013). Seasonal variation in spontaneous intracerebral hemorrhage

frequency in Chengdu, China, is independent of conventional risk factors. *Journal of Clinical Neuroscience*, 20 (4), 565-569.

- Yazmalar, L., Ediz, L., Alpayci, M., Hiz, O., Toprak, M., & Tekeoglu, I. (2013). Seasonal disease activity and serum vitamin D levels in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and osteoarthritis. *African health sciences*, 13 (1), 47-55.

Proyecto de cribado de deterioro cognitivo y marcadores genéticos de riesgo de enfermedad de Alzheimer

Lorena Tenorio-Salgueiro, Bibiana Guisado-Barral, Rocío Mera-Gallego, Laura León-Rodríguez, Jorge Pérez-Vicente, José A. Fornos-Pérez

Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Vigo (España)

Palabras clave: Deterioro cognitivo, cribado, factores de riesgo, marcadores genéticos, farmacia comunitaria.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo el cribado de DC en farmacias comunitarias (FC) y estudio de marcadores genéticos de riesgo de la enfermedad de Alzheimer (EA), evaluando hábitos de vida que pueden modificar el riesgo.

Estudio casos/controles en FC de Galicia, coordinado por la Universidad CEU-Cardenal Herrera. Pacientes ≥ 50 años que acuden a la farmacia para dispensación de medicamentos. El farmacéutico detecta queja subjetiva de memoria, dificultad para realizar actividades complejas, seguir el tratamiento médico, etc.

Instrumentos de medida: *Memory Impairment Screen* (MIS), test de Pfeiffer, test de Fluidez Verbal Semántica (FVS). Se recoge muestra de saliva para el estudio genético. Los que obtienen puntuación en los cuestionarios compatible con DC se derivan a Atención Primaria.

Participan inicialmente seis farmacias de Pontevedra y una de Ourense. 22 pacientes (13 mujeres), edad media 69,9 años (DE=9,9), de los que 5 (22,7%) resultaron positivos (3 mujeres) edad media 81,6 años (DE=5,8).

Puntuación MIS: 6,5 (DE=1,6). En los casos: 4,2 (DE=0,8). Errores Pfeiffer: 1,2 (DE=1,4). En los casos: 2,8 (DE=1,6). Puntuación FVS: 19,2 (DE=11,9). En los casos: 6,8 (DE=1,1)

Hasta el momento se han detectado 5 (25,0%) casos de posible DC, lo que ha permitido su derivación al médico para su valoración y eventual inicio de las medidas oportunas de carácter preventivo, terapéutico y de apoyo.

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo es una disminución mantenida de las funciones cognitivas con elevado riesgo de conversión a demencia, considerándose un estado intermedio hacia esta desde el envejecimiento normal.

La prevalencia en España es del 9,6%, afectando en mayor proporción a las personas mayores y al sexo femenino (Lara, et al., 2016). Se incluye en este grupo a los pacientes que presentan una fragilidad cognitiva (Morley, 2015) mayor y secundaria a reducción de la reserva cognitiva, derivada del padecimiento de enfermedades crónicas.

Se asocia a marcadores genéticos y factores de riesgo (FR): envejecimiento, patología cerebral vascular

previa, obesidad, estrés, soledad, etc., aunque también se conocen factores protectores del DC: alimentación baja en grasa, aumento del consumo de pescado, vitamina D, frutas y verduras, realización de ejercicio físico regular, dormir al menos siete horas al día, evitar el estrés y la obesidad, controlar los problemas crónicos de salud, participar en actividades recreativas y educativas de estimulación cognitiva y potenciar la vida social del entorno del paciente (Öhman, Savikko, Strandberg, & Pitkälä, 2014; Chowdhury, et al., 2012; Marioni, et al., 2015).

Ante los beneficios del diagnóstico temprano de DC para el inicio precoz de los tratamientos conductuales y, se recomienda realizar el cribaje cuando existiera sospecha de su existencia. En nuestro caso se ha elegido como tal la queja subjetiva de fallos de memoria.

Proyecto de cribado de deterioro cognitivo y marcadores genéticos de riesgo de enfermedad de Alzheimer Lorena Tenorio-Salgueiro, Bibiana Guisado-Barral, Rocío Mera-Gallego, Laura León-Rodríguez, Jorge Pérez-Vicente, José A. Fornos-Pérez Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Vigo (España) Palabras clave: Deterioro cognitivo, cribado, factores de riesgo, marcadores genéticos, farmacia comunitaria.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un programa de cribado de DC (CRIDECO-GA) en pacientes con edad ≥ 50 años en farmacia comunitaria (FC) y estudio de marcadores genéticos de riesgo de la enfermedad de Alzheimer (EA).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la prevalencia de sospecha de DC en la población objeto de estudio que acude a la FC y derivar al médico para su evaluación.

Genotipado de los 22 polimorfismos de un solo nucleótido, incluyendo entre otros marcadores genéticos de riesgo poligénico (PRS) de EA: APOE, TREM2.

Evaluar hábitos de vida que pueden modificar el riesgo: ejercicio, horas de sueño, actividades cognitivas, hábitos, patologías relacionadas con riesgo cardiovascular, enfermedades que afectan al sistema nervioso central, consumo de fármacos y adherencia a dieta mediterránea.

1. MÉTODOS

1.1 DISEÑO

Estudio de casos y controles en farmacias comunitarias de Galicia coordinado por la Universidad CEU-Cardenal Herrera para investigar si existe relación significativa entre exposición a FR y presencia de DC. El estudio comenzó en marzo de 2019 y concluirá cuando se alcance la muestra necesaria.

1.2 PARTICIPANTES


Pacientes ≥ 50 años que acuden a la farmacia para dispensación de sus medicamentos.

El farmacéutico comunitario, durante la dispensación detectará (por referencia expresa del paciente, sus familiares o por pregunta indirecta del farmacéutico) las quejas subjetivas de problemas de memoria, aparición

de sentimientos depresivos, aumento de somnolencia, alteración en el reconocimiento de objetos, alteración en el lenguaje, dificultad para realizar algunas actividades complejas como usar el transporte público, administrar el dinero, seguir un tratamiento médico, etc.

1.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Hoja registro de características demográficas, hábitos, y demás factores relacionados con el DC (Figura 1).



FARMACIA		FECHA (dd/mm/aa):			
CÓDIGO PACIENTE (Nº Farmacia/Nº orden):	EDAD:	PESO (Kg):	TALLA (cm):	SEXO (VM):	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Nº DE HIJOS:	Antecedentes de familiares sanguíneos con deterioro cognitivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
VARIABLES DEMOGRÁFICAS					
Menopausia	Nivel de formación	Aportación	Ocupación (sector)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tratamiento con estrógenos	<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores	<input type="checkbox"/> TS-1 <input type="checkbox"/> TS-2 <input type="checkbox"/> TS-3 <input type="checkbox"/> TS-4 <input type="checkbox"/> TS-5 <input type="checkbox"/> Mutua	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
ESTILOS DE VIDA					
Ejercicio físico semanal	Nº de horas actualmente	Nº de horas antes (más/menos/igual)	Agua diaria	Nº de vasos:	
Lectura semanal			Té, café y/o chocolate diario	tazas:	
Actividades semanales: pintura, música, etc.			Alcohol semanal	copas:	
Entrenamiento para la memoria diario			TV diaria	horas	
Pasatiempos diarios/Juegos de mesa			Consumo de tabaco:		
TV diaria			<input type="checkbox"/> Fumador (nº cigarrillos / día)		
Sueño de día (diario)			<input type="checkbox"/> Ex fumador (tiempo / años)		
Sueño de noche (diario)			<input type="checkbox"/> No fumador		
PATOLOGÍAS					
Diabetes	Hipertensión	Hiperlipemia	Depresión		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Con tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Controlado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Con tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Controlado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Con tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Controlado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Con tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Controlado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
MEDICACIÓN					
¿El paciente está tratado con benzodiazepinas?		<input type="checkbox"/> Sí (tiempo ____ años) <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Insomnio			
¿El paciente está tratado con anticolinérgicos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número total de fármacos de uso crónico					
¿Asiste a algún tipo de entrenamiento GUIADO para la memoria?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiempo de evolución de pérdida de memoria?		Meses:			
¿Tiempo de evolución en la pérdida de reconocimiento de objetos?		Meses:			
¿Tiempo de evolución en la alteración del lenguaje?		Meses:			

Figura 1.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEMOGRÁFICOS, HÁBITOS Y DEMÁS FACTORES DE RIESGO.

Cuestionario MEDAS-14, adaptación del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de la dieta mediterránea PREDIMED (PREvención con la Dieta MEDiterránea) (Ferreira-Pêgo, et al., 2016; Rosique-Esteban, et al., 2017) ya que varias publicaciones apuntan el papel protector del aceite de oliva y consumo elevado de pescado, frutas y verduras en el desarrollo de EA (Scarmeas, Stern, Mayeux & Luchsinger, 2006; Martínez-Lapiscina, et al., 2013). Se definió baja adherencia la puntuación <7, media entre 7-9 y buena ≥10 (Trichopoulou, Costacou, Bamia & Trichopoulos, 2003; SEEDO, 2019).

Cuestionarios de cribado de DC: Memory Impairment Screen (MIS) (Böhm, Peña-Casanova, Gramunt, Manero, Terrón, & Quiñones-Ubeda, 2005), Test de Pfeiffer: Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) (Martínez de la Iglesia, Dueñas, Ons, Aguado, Albert, & Luque, 2001) y test de Fluidez Verbal Semántica (FVS) (López Pérez-Díaz, Calero, & Navarro-González, 2013).

Se recogieron, tanto a los que resultaron casos como a los controles, muestras de saliva para el estudio genético con el fin de ayudar a la caracterización futura del estadio preliminar de la enfermedad. Los pacientes que obtuvieron puntuación compatible con DC en al menos uno de los cuestionarios se derivaron para su valoración por el médico de familia con un informe del farmacéutico comunitario sobre la participación en el estudio y las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de cribado.

1.4 TAMAÑO MUESTRA

Para una frecuencia de exposición a factores del 20-60%, diferencia significativa entre casos y controles

proporcionada por un Odds Ratio de 2,5, nivel de significación del 5%, potencia estadística del 80% resulta una muestra de 70 casos por 140 controles con un perfil y hábitos similares a los posibles casos.

1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por CEIC del Hospital Arnau de Vilanova (Valencia). En la toma de datos se ha cumplido con las instrucciones para la actualización del apartado de protección confidencial de datos personales en la hoja de información al paciente como indica el Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos en vigor desde 21 de mayo de 2018.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participan inicialmente seis farmacias de la provincia de Pontevedra y una de Ourense. En junio de 2019 se incorporaron al estudio tres nuevas farmacias de Pontevedra y otras tres de Ourense.

Se presentan los resultados correspondientes a los primeros 22 sujetos incorporados al estudio (hasta 10 de junio de 2019), 13 mujeres y 9 hombres, con una edad media de 69,9 años (DE=9,9) (53-89).

De ellos 5 (22,7%), 3 mujeres y 2 hombres, obtuvieron una puntuación compatible con sospecha de DC. La edad media en estos cinco casos fue de 81,6 años (DE=5,8) (73-89).

En conjunto la media de edad en la muestra de nuestro estudio está resultando considerablemente elevada, especialmente en los pacientes que por la puntuación obtenida resultan casos, lo que parece compatible con el relativamente alto porcentaje de positivos en sospecha de DC.

El índice de masa corporal medio es de 27,4 kg/m² (DE=4,2) (22,2-36,1). 7 normopeso, 9 sobrepeso, 6 obesidad.

HÁBITOS

Los cambios en relación con las horas diarias dedicadas a sus hábitos “antes”, reconocidos por los sujetos se presentan en la Tabla 1.

TABLA 1. CAMBIOS EN LOS HÁBITOS.

HÁBITO	MÁS N (%)	IGUAL N (%)	MENOS N (%)
Ejercicio	3 (13,6)	10 (45,5)	9 (40,9)
Lectura	2 (9,1)	11 (50,0)	9 (40,9)
Horas TV	9 (40,9)	13 (59,1)	0 (0,0)
Sueño de día	3 (13,6)	19 (86,4)	0 (0,0)
Sueño de noche	5 (22,7)	15 (60,2)	2 (9,1)

Aunque parece haber diferencias notables entre los hábitos referidos por los participantes en relación con la situación anterior a la percepción de problemas de memoria, la muestra no es suficiente para un análisis estadístico adecuado.

En el momento actual ninguno de los sujetos es fumador. La mitad, 11 (50,0%) son exfumadores y los otros 11 (50,0%) no han fumado nunca.

El consumo medio diario de agua es de 4,9 vasos (DE=2,3) (0-8), de café/té/infusiones es de 2,2 tazas (DE=1,0) (0-5) y de alcohol 2,3 copas (DE=3,6) (0-14).

PATOLOGÍAS

Las patologías referidas por los sujetos o comprobadas por los farmacéuticos participantes como investigadores se muestran en la Tabla 2.

TABLA 2. PATOLOGÍAS REFERIDAS O COMPROBADAS PADECIDAS POR LOS SUJETOS.

PATOLOGÍA	N (%)	EN TRATAMIENTO N (%)	CONTROLADO N (%)
Diabetes	2 (9,1)	2 (100,0)	1 (50,0)
HTA	8 (36,4)	8 (100,0)	5 (62,5)
Dislipemia	11 (50,0)	9 (81,8)	8 (72,7)
Depresión	7 (31,8)	6 (85,7)	5 (71,4)

El número medio de fármacos utilizados de manera continuada por los pacientes es de 4,2 (DE= 3,3) (0-14). 6 de los sujetos no tomaban ningún medicamento. 9 de ellos (40,9%) tomaban benzodiazepinas (6 por depresión/ ansiedad y 3 por insomnio), desde hace una media de 15,8 años (DE=14,0) (2-40). Este dato indica un uso incorrecto de estos medicamentos y puede constituir un importante factor de riesgo de desarrollo de DC (Billioti de Gage, et al., 2012).

9 pacientes (40,9%) tenían antecedente de familiares en primer grado con DC. El tiempo medio desde que comenzó la pérdida de memoria manifestado por los sujetos fue de 15,9 meses (DE=11,1) (1-48)

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

2 (9,1%) participantes tenían una adherencia baja, 14 (63,6%) media y 6 (27,3%) una buena adherencia. Dos de los casos tenían buena adherencia y tres media. Los resultados medios de los casos y los controles se muestran en la Tabla 3.

El reducido tamaño de la muestra hasta ahora obtenida no permite analizar la posible relación entre adherencia a la dieta mediterránea y los resultados positivos o negativos en los cuestionarios de cribado de DC.

TABLA 3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MEDAS-14

CUESTIONARIO	CASOS N=5	CONTROLES N=17	TOTAL N=22
MEDAS-14	9,8 (2,2) (8-13)	8,8 (1,8) (6-13)	9,0 (1,9) (6-13)

CRIBADO DEL DC

Los resultados obtenidos tras la administración de los tres cuestionarios de cribado de DC se presentan en la Tabla 4. 5 (22,7%) de los participantes resultaron positivos a sospecha de DC en al menos uno de los tres cuestionarios.

TABLA 4. RESULTADOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE CRIBADO DE DC. PUNTUACIÓN MEDIA (DE).

CUESTIONARIO	CASOS N=5	CONTROLES N=17	TOTAL N=22
MIS	4,2 (0,8)	7,2 (0,9)	6,5 (1,6)
SPMSQ	2,8 (1,6)	0,7 (0,8)	1,2 (1,3)
FVS	6,8 (1,1)	22,2 (9,2)	18,7 (10,0)

3. CONCLUSIONES

Hasta el momento en las FC participantes se han detectado 5 (22,7%) casos de posible DC, lo que ha permitido su derivación al médico para su valoración y eventual inicio de las medidas oportunas de carácter preventivo, terapéutico y de apoyo.

Aunque el número de sujetos participantes en el estudio es hasta ahora reducido, se ha comprobado la viabilidad del estudio y la utilidad de los instrumentos de cribado para la detección de un número de casos proporcionalmente alto.

No obstante, al tratarse se una muestra pequeña no se puede de momento establecer conclusiones en cuanto a influencia de los factores de riesgo ni relación entre las variables estudiadas.

AGRADECIMIENTOS

El Grupo Berbés y el Comité Científico del estudio CRIDECO agradecen a los pacientes participantes y sus familiares la amabilidad e interés con que accedieron a colaborar y se prestaron a cumplimentar los diversos cuestionarios y pruebas realizadas.

Igualmente expresamos nuestro agradecimiento a los farmacéuticos comunitarios de las provincias de Pontevedra y Ourense que están participando como investigadores en el estudio.

REFERENCIAS

- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J.F., Pérès, K., et al.(2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*, 345, e6231. doi: 10.1136/bmj.e6231.
- Böhm, P., Peña-Casanova, J., Gramunt, N., Manero, R.M., Terrón, C., & Quiñones-Ubeda,S.(2005). Spanish version of the Memory Impairment Screen (MIS): normative data and discriminant validity. *Neurologia*, 20 (8), 402-11.-Chowdhury, R., Stevens, S., Gorman, D., Pan, A., Warnakula, S.,
- Chowdhury, S., et al.(2012). Association between fish consumption, long chain omega 3 fatty acids, and risk of cerebrovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*; 345, e6698 doi.org: 10.1136/bmj.e6698.

- Ferreira-Pêgo, C., Nissensohn, M., Kavouras, S.A., Babio, N., Serra-Majem, L., Martín Águila, A., et al. (2016). Beverage Intake Assessment Questionnaire: Relative Validity and Repeatability in a Spanish Population with Metabolic Syndrome from the PREDIMED-PLUS Study. *Nutrients*, 8(8), 475. doi: 10.3390/nu8080475.
- Lara, E., Koyanagi, A., Olaya, B., Lobo, A., Miret, M., Tyrovolas, S., et al. (2016). Mild cognitive impairment in a Spanish representative sample: prevalence and associated factors. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(8), 858-67.
- López Pérez-Díaz, A.G., Calero, M.D., & Navarro-González, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol*, 56, 1-7.
- Marioni, R.E., Proust-Lima, C., Amieva, H., Brayne, C., MatthMejews, F.E., Dartigues, J.F., et al. (2015). Social activity, cognitive decline and dementia risk: a 20-year prospective cohort study. *BMC Public Health*, 15, 1089. doi: 10.1186/s12889-015-2426-6.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas, R., Onís, M.C., Aguado, C., Albert, C., & Luque, R. (2001). 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)*, 117 (4), 129-34.
- Martínez-Lapiscina EH, Clavero P, Toledo E, San Julián B, Sanchez-Taínta A, Corella D et al. (2013). Virgin olive oil supplementation and long-term cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomized trial. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17 (6), 544-52.
- Morley, J.E. (2015). Editorial. Cognitive frailty: A new geriatric syndrome? *European Geriatric Medicine*, 6, 408–411.
- Öhman, H., Savikko, N., Strandberg, T.E., & Pitkälä, K.H. (2014). Effect of Physical Exercise on Cognitive Performance in Older Adults with Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 38, 347–365.
- Rosique-Esteban, N., Díaz-López, A., Martínez-González, M.A., Corella, D., Goday, A., Alfredo Martínez, J., et al. (2017). Leisure-time physical activity, sedentary behaviors, sleep, and cardiometabolic risk factors at baseline in the PREDIMED-PLUS intervention trial: A cross-sectional analysis. *PLoS One*, 8, 12 (3): e0172253.
- Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R. & Luchsinger, J.A. (2006). Mediterranean diet, Alzheimer disease, and vascular mediation. *Archives of Neurology*, 63 (doi:10.1001/archneur.63.12.noc60109).
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Dieta Mediterránea. *Cuestionarios MEDAS 4*. (Acceso 18/6/201). Disponible en <https://www.seedo.es/index.php/pacientes/dieta-mediterranea>
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C. & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. *N Engl J Med*, 348, 2.599-2.608.

Impacto de un programa de envejecimiento activo en personas jubiladas a través de dispositivos tecnológicos. Estudio mixto

María del Carmen Miranda-Duro, Marta Carracedo-Vázquez, Laura Nieto-Riveiro, Patricia Concheiro-Moscoso, Betania Groba y Nereida Canosa

Grupo TALIONIS. CITIC. Universidade da Coruña, A Coruña, España.

Palabras clave (Keywords): Jubilación, calidad de vida, adaptación, ordenadores, envejecimiento activo.

RESUMEN

OBJETIVOS: El objetivo general fue determinar el impacto de un programa de envejecimiento activo implementado con personas jubiladas, a través de dispositivos tecnológicos.

Material y métodos: El diseño del estudio es mixto. Por un lado, un estudio cuasi-experimental, utilizándose el EuroQol-5D-5L, un cuestionario de elaboración propia y, teniendo en cuenta las fases de preparación para la jubilación basadas en el Modelo de Prochaska y Diclemente, así como un estudio de investigación-acción desarrollado a través de entrevistas grupales. La intervención fue implementada en una muestra de 31 personas jubiladas desde hace un máximo de 12 años, constando de 5 sesiones presenciales.

RESULTADOS: A pesar de la ausencia de grupo control, se ha podido observar que tras la intervención los participantes valoraron mejor su estado de salud. Dicha afirmación se ve respaldada por las entrevistas grupales realizadas tras la intervención, ya que en los discursos de los participantes emergió una valoración positiva del programa.

CONCLUSIÓN: La preparación para la jubilación en personas jubiladas se debe basar en proporcionar recursos para que estas continúen realizando nuevas actividades, y así promover el envejecimiento activo. Asimismo, en cuanto a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, se pudo observar que aportar beneficios para la implementación de programas en personas jubiladas.

INTRODUCCIÓN

La jubilación se corresponde con el final de la vida laboral remunerada, siendo comprendida como una etapa más del ciclo vital. Así, la forma de acceder a esta etapa, puede ser de forma voluntaria o forzosa. De este modo, se puede comprender que la jubilación depende tanto de la propia persona, como de la empresa o del Estado (Sirlin, 2007).

A su vez, se puede comprender como un acontecimiento importante en la vida de la persona, ya que implica la elección de un estilo de vida distinto. De igual modo, es un proceso continuo en el que se identifican deseos, necesidades y desarrollo de planes, lo cual constituye la esencia de una correcta planificación de la jubilación. (Sirlin, 2007).

En este proceso, se distinguen diferentes fases. El Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente sobre el cambio de conducta, se centra en el proceso vivenciado por las personas durante la Preparación para la Jubilación (Leandro, Giardini, & Bratfisch, 2014).

A través de este modelo, se engloban las diferentes actitudes que puede adoptar una persona durante el proceso de preparación, y así observar los posibles avances. Se distinguen las siguientes etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Leandro, Giardini, & Bratfisch, 2014).

Así, al no haber encontrado ninguna experiencia similar de un programa de preparación para la jubilación a través de dispositivos tecnológicos con personas jubiladas, se ha determinado la necesidad de estudiar su impacto y explorar los beneficios que puede aportar a los participantes en relación con la calidad de vida y la conducta que estos adopten hacia la jubilación.

Por lo tanto, se define como objetivo general del estudio, determinar el impacto de un programa de envejecimiento activo implementado con personas jubiladas, a través de dispositivos tecnológicos. Así, de forma más específica, se pretende analizar el impacto en la calidad de vida tras su participación en el estudio y estudiar la evolución alcanzada con respecto a las fases de la Preparación a la Jubilación adaptada al modelo de Prochaska y Diclemente.

1. MÉTODOS

El presente estudio se diseñó como una investigación mixta. Por un lado, con respecto al enfoque cuantitativo, se planteó un estudio cuasi-experimental (estudio antes-después), también conocido por ser un diseño de series temporales. Este tipo de diseño está dirigido a valorar el efecto de una intervención sobre una población determinada, realizándose para ello, mediciones “*pre*” y “*post*” intervención, pero sin existir comparación con un grupo control. (Pulgar & Thomas, 2014)

Por otro lado, con respecto a la investigación cualitativa, se planteó un estudio de investigación-acción basado en la visión del paradigma socio-crítico, caracterizado por la conciencia crítica. La ciencia crítica incorpora la metodología experimental, analítica y constructivista con el fin de reflexionar y razonar sobre un tema. En este caso, se basó en los mitos y prejuicios sobre la vejez construidos socialmente en nuestra cultura. (Berenguera, Fernández de Sanmamed, Pujol, Rodríguez, & Saura, 2014; del Rincón, Arnal, Latorre, & Sans, 1995)

1.1 PARTICIPANTES

Los participantes son personas en situación de jubilación desde hace un máximo de 12 años que no presentan alteraciones cognitivas y/o psicológicas que pudieran interferir en la entrevista. Además, se excluyeron aquellas personas que no hayan tenido un puesto laboral remunerado o que hubieran realizado previamente un programa de preparación para la jubilación.

1.2 INSTRUMENTOS

Se seleccionaron como técnicas de recogida de datos para la investigación cuantitativa una hoja de registro de elaboración propia, la escala EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L) y la observación en relación con las fases del modelo de Prochaska y Diclemente. En cuanto a la investigación cualitativa, se emplearon la entrevista semiestructurada

grupal, y la observación participante a través del diario de campo. La entrevista semiestructurada se empleó de forma grupal, realizándose 3 grupos diferentes. Además, las observaciones a lo largo de todo el proceso se recogieron en el diario de campo de la investigadora.

1.3 PROCEDIMIENTO

Este estudio se ha desarrollado entre enero y junio de 2017, tras la aprobación del Comité Autonomo de Ética de Galicia, dando comienzo a la entrada al campo, la cual se realizó con la ayuda de la directora de los recursos seleccionados para el estudio. Dichos recursos pertenecen al área metropolitana de A Coruña – Ferrol.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos a nivel cuantitativo, se realizó a través del programa estadístico PSPP desarrollado por GNU Project (<http://www.gnu.org/software/pspp/>), que es un software libre para el análisis de datos.

El análisis de datos al nivel cualitativo, se basó en la generación de afirmaciones empíricas de diversos alcances y de distintos niveles de inferencia. En investigación cualitativa, para saber si se han obtenido los datos suficientes, se debe realizar el análisis de los datos paralelamente a la recogida de los mismos. (Cano & González, 2010)

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La realización de este estudio permitió cumplir los objetivos planteados al inicio del mismo, tal y como reflejan los resultados alcanzados. A continuación, se discuten dichos resultados con los de otros estudios similares o con estudios que abordaron diferentes aspectos del fenómeno estudiado.

El perfil de participantes en este estudio se caracteriza por un predominio de mujeres, del entorno urbano, casados, de clase social media y que se jubilaron de forma anticipada y voluntaria. Dicho perfil influye en cómo comprenden la jubilación y la preparación para la misma. Así, Hermida, Tartaglini y Stefani refieren que las mujeres presentan una mejor actitud ante la jubilación. En este estudio, el hecho de que exista un predominio de mujeres puede reflejar que tengan una visión más positiva. (Hermida, Tartaglini, & Stefani, 2016)

Asimismo, comprenden la jubilación como una lucha por el paso del tiempo. Esta lucha, tal y como reflejan en sus resultados Ponce, Ramos, Suárez y Rodríguez, indica que los prejuicios, estereotipos y creencias sobre la jubilación y el envejecimiento influyen de forma negativa en la adaptación a la misma. Además, también mencionan que la pérdida del rol profesional afecta a dicha adaptación. Esta última afirmación no fue tan acentuada en el presente estudio. (Ponce, Ramos, Suárez, & Rodríguez, 2010).

Otro factor al que los participantes conceden gran importancia es el aspecto económico, ya que conciben que el disponer de una pensión adecuada, les permitirá realizar diferentes actividades, por lo que tendrán una mejor calidad de vida. Esta afirmación confluye con una de las premisas básicas de la teoría de la actividad (Matellanes, Díaz, & Montero, 2010; Neugarten B, Havighurst R, 1961).

Así, Ponce et al (2010) reflejan que la adaptación a la jubilación dependerá a su vez de tener una situación económica favorable en la familia. Sin embargo, dentro de los temas definidos por la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados en torno a la Preparación a la Jubilación, en concreto las cuestiones financieras, no

pueden ser abordadas cuando la persona ya está jubilada. (Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, 1990)

Asimismo, los participantes dieron gran importancia a la salud como factor influyente en su adaptación a la jubilación. En relación con esto, y tal y como reflejan las autoras Ponce et al, el 61% de su muestra percibe cambios al caminar. En el presente estudio, se han observado problemas para caminar en aproximadamente el 23% de la muestra, relacionados con el proceso de envejecimiento. Además, también presentan problemas de dolor y malestar, y de ansiedad y depresión. En esta línea, en la investigación llevada a cabo por Hessel, se identificaron inicialmente limitaciones por el dolor, apreciando que tras la jubilación la salud de los participantes mejoraba. Esto último se puede explicar por la liberación del estrés laboral. (Hessel, 2016; Ponce et al., 2010)

En cuanto al uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en este caso el ordenador, tal y como mencionan Damant, Knapp, Freddolino y Lombard (2016), a pesar de los beneficios que pueden aportar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, se evidencia una preocupación generalizada de que el uso de los mismos conlleve a sustituir el contacto humano y la participación social. En el presente estudio no se identificó esta preocupación, pero sí el hecho de que se sustituya el ordenador por la búsqueda tradicional de información a través de los libros y, además, que mencionan la necesidad del uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para mantenerse al día, lo que repercutirá a su vez en la brecha digital.

Así, los primeros años de jubilación según Vilaplana (2013), son considerados los años decisivos para convertirse en nuevo usuario de las nuevas tecnologías en caso de no serlo previamente.

En relación con el impacto y la evolución alcanzada con respecto a las fases de la Preparación a la Jubilación adaptada al modelo de Prochaska y Diclemente, los participantes han retrocedido de acción-mantenimiento a preparación-acción. Los estudios que han utilizado este modelo, ya que se centraron en personas que aún no estaban jubiladas, no han observado dicho retroceso, tal y como muestran en su estudio Leandro-Franca, Giardini y Bratfish. Aun así, es coherente pensar que al llevar unos años jubilados y debido a la visión positiva que se les intentó transmitir, hayan cambiado su percepción y se ubiquen en una etapa en la que aún se pueden preparar y llevar los planes a cabo (Leandro, Giardini, & Bratfish, 2014).

Para finalizar, es de mencionar que este estudio presenta una serie de limitaciones, de las cuales se proponen así mismo una serie de futuras líneas de investigación. Entre ellas, se pudo contemplar que la implementación breve de la intervención no permitió obtener los resultados esperados, por lo que, como futura línea de investigación, sería interesante implementar un programa con mayor duración.

3. CONCLUSIONES

En respuesta a los principales objetivos, las conclusiones que subyacen de los resultados obtenidos en el presente estudio son:

- La adaptación a la jubilación se ve determinada por la pérdida de la rutina laboral, y por aspectos económicos y de salud. El concepto de jubilación está influenciado por los mitos, estereotipos y prejuicios asociados a la vejez, así como por la dificultad de identificarse como persona jubilada. Añadido a todo esto, la jubilación no siempre es vivenciada como una crisis, ya que ésta dependerá de cada persona.

- A través del programa de EA implementado, mejoró la calidad de vida de los participantes, pero se observó el empeoramiento de sus capacidades físicas.
- En base a las fases del modelo de Prochaska y Diclemente, los participantes han retrocedido de acción-mantenimiento a preparación-acción.
- La Preparación para la Jubilación en personas jubiladas se debe centrar en proporcionar recursos para que estas continúen realizando nuevas actividades, y así promover el envejecimiento activo. Asimismo, las TIC pueden aportar beneficios para la implementación de programas en personas jubiladas.

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación científica fue financiada por las ayudas de apoyo a la etapa predoctoral en las universidades del Sistema universitario gallego, en los organismos públicos de investigación de Galicia y en otras entidades del Sistema Gallego de I+D+i, cuyo financiamiento procede de la Unión Europea a través del Fondo Social Europeo en un 80% y en un 20% restante de la Secretaría General de Universidades, perteneciente a la Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria da Xunta de Galicia.

REFERENCIAS

- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Retrieved from <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
- Cano, A., & González, T. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Invest*, (45), [1-10]. Retrieved from <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/index>
- del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A., & Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales* (Dykinson). Madrid.
- Hermida, P. D., Tartaglini, M. F., & Stefani, D. (2016). Actitudes y significados acerca de La jubilación: Un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. *LIBERABIT*, 22(1), [57-66]. Recuperado a partir de www.revistaliberabit.com
- Hessel, P. (2016). Does retirement really lead to worse health among European men and women across all educational levels? *Soc Sci Med*, 151, [19-26]. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.018>
- Leandro, C., Giardini, S., & Bratfisch, M. (2014). Efeitos de uma Intervenção Breve no Planejamento para a Aposentadoria. *Rev Psicol Organ Trab*, 14 (3), [257-70]. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1984-6657&lng=pt&nrm=iso
- Matellanes, B., Díaz, U., & Montero, J. (2010). El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención psicosocial. Bilbao: Deusto, Ed.
- Neugarten B, Havighurst R, T. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Gerontol*, 16(2), 134–143. <https://doi.org/DOI10.1093/geronj/16.2.134>
- Ponce, T. M., Ramos, Y., Suárez, D., & Rodríguez, R. (2010). Diseño de un programa educativo de preparación para la jubilación en jubilados (as) de Santa Isabel de las Lajas. *Duazary*, 7, [11p]. <https://doi.org/>

- Sirlin, C. (2007). *La jubilación como situación de cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje*. Comentarios de la Seguridad Social (Vol. 16). <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. (1990). *Jornadas internacionales 26 y 27 de Noviembre: Preparación para la jubilación* (1a edición; IMSERSO, Ed.).
- Vilaplana, C. (2013). ¿Es la jubilación un buen momento para aprender informática? *Ariadna*, 1 (1), [78-82]. Recuperado a partir de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/83294>

Nuevos anticoagulantes orales en geriatría. ¿Sí o no? Revisión clásica

Lígia Costa Rocha¹, Daniela Gomes², Roberto Ribas³, Filipa Pimenta⁴, Vítor Costa¹ y Rosa Couceiro¹

1. Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) Chaves 1B, Chaves, 2. UCSP Alhandra, Vila Franca de Xira, 3. Unidade Saúde Familiar (USF) Vidago, Chaves, 4. USF Aquae Flaviae, Chaves

Palabras clave (Keywords): New oral anticoagulants, atrial fibrillation, elderly.

RESUMEN

La fibrilación auricular aumenta significativamente el riesgo de fenómenos tromboembólicos, sobre todo el accidente vascular cerebral (AVC).

La prescripción de los nuevos anticoagulantes orales ha aumentado para prevenir fenómenos tromboembólicos en los pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Las evidencias actuales sugieren que los NACO reducen los riesgos de AVC isquémico y hemorrágico comparados con los AVK y deben ser considerados especialmente en pacientes con INR inestable.

Comparando los diferentes NACO, el apixaban y edoxaban sobresalen por reducir el riesgo de hemorragias graves en los ancianos en comparación con los AVK. El dabigatran aumentó el riesgo de hemorragia grave de manera dosis dependiente. El ribaroxaban presentó riesgo semejante a los AVK.

Los ensayos realizados en ancianos son escasos y paradójicamente éstos son los que tienen mayor riesgo de hemorragia y tromboembolia.

La anticoagulación crónica puede ser difícil y se debe ponderar la relación entre riesgo y beneficio, debiendo ser individualizada para cada paciente.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la edad geriátrica, siendo la prevención de los episodios tromboembólicos y la subsecuente anticoagulación oral una necesidad indiscutible en la mayor parte de los casos. Las tablas CHADS₂DS₂-VASc y HAS-BLED se crearon para estratificar el riesgo tromboembólico y hemorrágico en la tentativa de seleccionar los pacientes ideales para la anticoagulación oral, considerándose la edad un factor clave.

La población geriátrica es más frágil, está polimedicada y tiene varias comorbilidades, lo que hace que sean más vulnerables. La probabilidad de aparición de hemorragias y el importante riesgo de caída constituyen los principales límites de la prescripción de estos fármacos en esta franja etária.

Los antagonistas de la vitamina K (AVK) fueron, durante más de 50 años, los únicos anticoagulantes orales disponibles. Dada su farmacocinética y farmacodinámica, se hizo necesario el desarrollo de nuevas moléculas, los nuevos anticoagulantes orales (NACO), tales como dabigatran (inhibidor directo de la trombina), rivaroxaban, apixaban y edoxaban (inhibidores directos del factor Xa), una alternativa para los pacientes con FA no valvular (FANV).

Los objetivos de esta revisión son: Conocer de que manera los NACO pueden aumentar la calidad de vida del paciente sin aumento del riesgo hemorrágico, cuando comparados con los AVK; Saber si son o no una buena opción terapéutica en este grupo de edad, y dentro de ellos cuales serían los más indicados según la patología existente.

1. MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura con búsqueda online en bases de datos científicas (PubMed, Uptodate, Cochrane) y otras publicaciones sobre el tema (guidelines de la Sociedad Europea de Cardiología sobre FA). La selección de artículos se realizó por su pertinencia y actualidad utilizando los siguientes términos MeSH: Atrial Fibrillation, New oral anticoagulants, elderly.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de la revisión de la literatura, se verificó que hubo un crecimiento exponencial del uso de NACO, sobretudo por las ventajas inherentes, tales como la dosis oral fija, farmacocinética previsible, interacciones medicamentosas escasas, ausencia de monitorización, superioridad o igualdad terapéutica y perfiles de seguridad esperanzadores con bajo riesgo de hemorragia.

Se destaca una importante inversión en esta área con la realización de diferentes ensayos clínicos de fase III, con especial destaque para estudios comparativos con la varfarina, a saber: ARISTOTLE, RE-LY, ENGAGE AF-TIMI 48 y ROCKET-AF.

El ARISTOTLE (apixaban vs varfarina) verificó superioridad del apixaban frente a la varfarina en la prevención de embolismo sistémico, con reducción de las hemorragias y de la mortalidad.

El RE-LY (dabigatran vs varfarina) demostró una reducción significativa de hemorragia grave con dabigatran 110 mg y riesgo similar con dabigatran 150 mg y varfarina. Ambas dosis disminuyeron, nítidamente, la hemorragia intracraneal, potencialmente fatal, y de cualquier naturaleza. La gran desventaja de la terapéutica con dabigatran 150 mg se resume al riesgo aumentado de hemorragia gastrointestinal y síntomas dispépticos.

El ENGAGE AF-TIMI 48 (edoxaban vs varfarina) reveló disminución significativa de AVC y embolismo sistémico con edoxaban 60 mg, deduciéndose que el riesgo de hemorragia grave es menor con la dosis de 30 mg.

El ROCKET – AF (rivaroxaban vs varfarina) destacó que en la prevención de AVC y embolismo sistémico sin afectar el SNC, el rivaroxaban tuvo resultados no inferiores a la varfarina. Los episodios de hemorragia grave e no grave fueron similares, a pesar de que se registró aumento de hemorragia gastrointestinal con el Rivaroxaban.

Aún así, fue posible constatar un número menor de hemorragias intracraneales y de órganos nobles, y menor mortalidad asociada en los pacientes tratados con Rivaroxabano.

Los NACO tienen un perfil de riesgo beneficio favorable, con reducciones significativas de AVC, hemorragia intracraneal y mortalidad, constituyendo una opción terapéutica de primera línea en pacientes sin otras contraindicaciones.

Es importante tener en consideración que la población incluida en la mayoría de los ensayos clínicos no refleja la realidad clínica: anciano con comorbilidades. Priorizando una de las más frecuentes en los pacientes con FA: la insuficiencia renal crónica. Esta aumenta el riesgo de episodios tromboembólicos y hemorrágicos graves, exigiendo precaución y control riguroso de la anticoagulación principalmente porque todos tienen eliminación parcial por vía renal.

El Apixaban debe reducirse para 2,5 mg si la edad \geq 80 años, peso \leq 60 kg e Cr \geq 1,5 mg/dl. Se establece reducción de la dosis de dabigatran para 110 mg 2id y rivaroxaban para 15 mg 1 id si ClCr $<$ 50 ml/min. Por fin, el edoxaban debe reducirse para la dosis de 30 mg 1 id si ClCr 30-50 ml/min.

El dabigatran está contraindicado con ClCr $<$ 30 ml/min, mientras que el rivaroxaban, el apixaban y el edoxaban no están recomendados con ClCr $<$ 15 ml/min. Todos los NACO están formalmente contraindicados en los pacientes con FA que realicen hemodiálisis o con IRC pre terminal (ClCr \leq 15 ml/min), sin embargo, los AVK pueden ser una opción viable independientemente de la función renal.

3. CONCLUSIONES

Los médicos de familia deberán considerar las mejores opciones terapéuticas para los pacientes con FANV, priorizando la seguridad y la calidad de vida del paciente.

Actualmente los NACOs ofrecen eficacia y seguridad, y prevalecen cuando se comparan con los AVK. Pueden ser utilizados en dosis fijas, sin monitorización analítica y con menos interacciones medicamentosas y alimentares.

Estudios y ensayos de fase III demostraron la eficacia y seguridad de los NACOs en ancianos con FA no valvular, con menor riesgo de hemorragia grave.

El tratamiento con estos fármacos debe ser individualizado vigilando la función renal y el grado de dependencia, siendo los más recomendados en los pacientes con movilidad reducida.

La anticoagulación en el anciano es compleja. No existen guidelines rigurosas ni ensayos clínicos representativos en esta clase de pacientes. Por lo tanto, en ausencia de orientaciones claras, se sugiere una visión completa que considere las comorbilidades, riesgo de caída, inmovilidad, nivel cognitivo, autonomía y polifarmacología en el anciano. Estos factores podrán aumentar el riesgo hemorrágico y consecuentemente habrá que ponderar la utilización de la anticoagulación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo de las instituciones de trabajo por el tiempo cedido para la revisión de la literatura.

REFERENCIAS

- Marques da Silva, P. (2016). Em torno da fribriilhação auricular do idoso... complexo emultifacetado. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23 (3), 63-69.

- Caldeira, D. et al. (2019). Non-Vitamin K antagonist oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation: A systematic review with meta analysis and trial sequential analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 209-214
- Mee Kim, H. et al. (2019). Effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in octogenarian patients with non-valvular atrial fibrillation. 14(3):e0211766
- Hohmann, C et al. (2018) Non-Vitamin K Oral Anticoagulants in Comparison to Phenprocoumon in Geriatric and Non -Geriatric. Stroke, Systemic or Venous Thromboembolism
- Chueca Fernández, H et al. (2019) Consensus in cardiology on non-vitamin k oral anticoagulants for patients with atrial fibrillation. Current Medical Research and Opinion. DOI:10.1080/03007995.2019.1605049
- Monelli, M et al. (2019) Non-vitamin K oral anticoagulant use in the elderly: a prospective real-world study – data from the REGISTRY of patients on Non-vitamin K oral Anticoagulants (REGINA). *Vascular Health and Risk Management* 15:19-25
- Sommerauer, C et al. (2017) Effectiveness and safety of vitamin K antagonists and new anticoagulants in the prevention of thromboembolism in atrial fibrillation in older adults – a systematic review of reviews and the development of recommendations to reduce inappropriate prescribing. *BMC Geriatrics* 17 (1): 223
- Tepper, P et al. Real-world comparison of bleeding risks among non-valvular atrial fibrillation patients prescribed apixaban, dabigatran, or rivaroxaban. *PLoS ONE* 13 (11): e0205989
- Mekaj Y, et al. (2015) “New oral anticoagulants: their advantages and disadvantages compared with vitamin K antagonists in the prevention and treatment of patients with thromboembolic events, *Therapeutics and clinical risk management* 11: 967-977
- Trusz-gluza M et al. (2015) Patients with atrial fibrillation and low risk of stroke: ¿do they really need anticoagulation? *Pol Arch MedWewn* 125:678–684.
- Kundu, A et al. (2011) Minimizing the Risk of Bleeding with NOACs in the Elderly. *Drugs and Aging Springer International Publishing* 33:491–500.
- Hylek EM et al. (2011) Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 365:981–992.
- Romanelli RJ et al. (2016) Dabigatran Versus Warfarin for Atrial Fibrillation in Real-World Clinical Practice A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 9:126–135.
- Graham DJ et al. (2014) Cardiovascular, Bleeding, and Mortality Risks in Elderly Medicare Patients Treated with Dabigatran or Warfarin for Non-Valvular Atrial Fibrillation. *Circulation* 131:157–164.
- Daiichi S. (2014) Europe GmbH. Anticoagulants. *A Guide through Acronyms and Major Clinical Trials*.
- Rost, S et al. (2016) Outcomes With Edoxaban Versus Warfarin in Patients With Previous Cerebrovascular Events-Findings From ENGAGE AF-TIMI 48 (Effective Anticoagulation With Factor Xa Next Generation in Atrial Fibrillation-Thrombolysis in Myocardial Infarction 48). *Stroke* 47:2075–2082.
- Murphy SA, W et al. (2013) Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 369:2093–2104.

- Kirchhof, P et al. (2016) ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Europ. *Eur Heart J* 37:2893–2962.
- Hacke W, Breithardt G, Halperin JL, HankeyGJ, et al. (2016) Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *N Engl JMed* 365:883–891.
- Ruff CT et al. (2013) Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 6736:1–8.
- Hicks T, Stewart F, Eisinga A. (2016) NOACs versus warfarin for stroke prevention inpatients with AF: a systematic review and meta-analysis. *Open Hear* 3:1–10.
- Potpara T, Lip G. (2015) Oral Anticoagulant Therapy in Atrial Fibrillation Patients at High Stroke and Bleeding Risk. *Prog Cardiovasc Dis* 58:177–194.
- Verheugt F, Granger C. (2015) Novel antithrombotic agents 3 Oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: current status, special situations, and unmet needs. *Lancet* 6736:1–8.

COMUNICACIONES SOCIALES

Red de Formación Ibérica, plan de desarrollo europeo conjunto para los centros de formación sociosanitaria

Imma Miralles y Cristina Dimas

Foro Técnico de Formación Madrid (FTF); Centro de Formação Profissional para o Comércio e Afins (CECOA)

Palabras clave (Keywords): Emprendimiento social, innovación social, garantía de calidad, pedagogía, didáctica.

RESUMEN

A. OBJETIVOS

Este proyecto de movilidad cofinanciado por el programa ERASMUS+ con CECOA (Portugal), centro de formación con larga experiencia europea como nosotros, nos proporciona la posibilidad de conjuntamente poder construir modelos de trabajo específicos que beneficiaran a nuestros clientes comunes, alumnos, nuestros propios profesionales e indirectamente al sector socio sanitario y a nuestra sociedad. Los objetivos concretos se centran en

1. Consensuar criterios de calidad europeos para poder ofrecer programas de formación certificados a nuestros clientes europeos comunes.
2. Diseñar nuevos protocolos de trabajo aportando innovación, generando competencias y capacidades para nuestro ámbito de trabajo socio sanitario
3. Innovar con nuevas metodologías de trabajo, aprovechando la experiencia y conocimientos en ambos países.
4. Detectar futuras necesidades para nuestros clientes europeos comunes.
5. Intercambiar buenas prácticas y el desarrollo de la innovación.

B. MATERIAL Y MÉTODOS

La actividad principal es el desarrollo de una movilidad del personal de FTF, responsable técnico, administrativo y docentes de los cursos de certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad, a la organización de acogida,

CECOA, de 4 días de duración de 6 horas por día, para un máximo 8 participantes.

El programa consta de las siguientes actividades, en el área de capacitación de profesionales de atención a personas en situación de dependencia

- a) Talleres y presentaciones con sus profesionales

- b) Intercambios con formadores y otros profesionales de campo
- c) Visitas a empresas e instituciones en el ámbito socio sanitario

C. RESULTADOS

Los resultados esperados de aprendizaje que se espera que adquieran los participantes en la movilidad a CECOA sobre las 5 unidades de aprendizaje definidas son:

1. Conocimientos del sistema de formación CAP (certificado de profesionalidad), de la formación dual, formación continua en Portugal, su acreditación y su certificación.
2. Conocimiento del sistema de calidad de la formación acreditados en Portugal
3. Conocimiento de la metodología didáctica de la formación dual, los contenidos y objetivos, así como la temporalización de la formación de la familia profesional de servicios a la comunidad en Portugal y el certificado de profesionalidad
4. Conocimiento del sistema de evaluación continua de conocimientos y competencias profesionales de los estudiantes.
5. Conocimiento de la conexión y la adaptación de contenidos y los objetivos de la formación teórica y práctica según las necesidades del Grupo Orpea y Domusvi.

D. CONCLUSIONES

El impacto deseado, tanto a nivel nacional en España y Portugal, como europeo, dada la implantación transnacional de nuestra actual actividad, es el crecimiento como proveedores de formación de referencia, realizando cursos a centros socio sanitarios europeos, Implantando nuestra plataforma online en diferentes países de la UE. Ambos clientes comunes ya están utilizándola para su formación de acogida en ambos países.

INTRODUCCIÓN

FTF siempre hemos ido delante en la formación de profesionales y futuros profesionales del sector de atención a la dependencia en todo el territorio español para su certificación profesional.

Desde 2008 impartiendo los módulos formativos de las cualificaciones profesionales de la familia de servicios socio-culturales y a la comunidad del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales: SSC089_2 Atención socio-sanitaria a personas en el domicilio y SSC320_2 Atención, en socio-sanitaria a personas dependientes en instituciones sociales

Desde 2012, certificando oficialmente a los profesionales como centro acreditado por la Comunidad Autónoma de Madrid para los correspondientes certificados de profesionalidad: N°26829 el SSCS0208 y N°27565 el SSSCS0108.

A partir del 2015-2016 en modalidad mixta desde que tenemos nuestra Aula Virtual acreditada por el por el SEPE para el certificado de profesionalidad SSCS0208, y desde 2016 dicha formación es oficialmente financiada por nuestros clientes, las empresas de servicios sociosanitarios, a través de los créditos de la FUNDAE.

Dichas empresas nos piden ahora un paso más:

- Una dimensión europea de nuestra formación, para que siga los mismos criterios que los centros de formación del resto de Europa.
- Que para la formación de los Certificados profesionales de la misma especialidad en los diferentes países se utilice la misma aula virtual, instancia creada por nosotros y que se adquieran las mismas competencias para trabajar en cualquiera de sus centros ya sea en España u otros países europeos.
- El cuidado a los usuarios sea equiparable en técnicas y metodologías utilizadas y en estándares de calidad de atención al usuario.

Este año es especialmente importante que crezcamos en nuestra dimensión europea, ya que debido a que algunos de nuestros clientes de formación, prestadores de servicios socio- sanitarios son o han sido adquiridos por compañías con implantación europea hemos empezado a tener contacto con organizaciones que están formando a los profesionales de dichas compañías en Portugal.

1. MÉTODOS

Por todo ello este año hemos decidido llevar a cabo una movilidad de docentes y plantilla de FTF a CECO A que desarrolla certificados de profesionalidad y formación continua en el sector de servicios a la comunidad a los centros de trabajo de ORPEA y DOMUSVI como nosotros aquí en España y aprovechar la larga experiencia portuguesa, y europea de CECO A.

Para ello hemos presentado un proyecto a la Convocatoria 2019 Turno 1 KA1 -Movilidad de las personas por motivos de aprendizaje (KA1) KA102 - Movilidad de Estudiantes y Personal de Formación Profesional. KA102-9E52A608

Hemos escogido un proyecto KA1 ERASMUS+ con posibilidad de acreditación dentro del sistema ECVET para que cualquier docente de cualquier edición de nuestros CP pueda participar en la movilidad, con la garantía de que además es certificado y compartir los objetivos del proyecto, valorizar los resultados en el resto de la organización formando a sus compañeros y por supuesto participar en su visualización y difusión.

1.1 PARTICIPANTES

El método de selección de los participantes ha sido el siguiente: Se ha decidido involucrar por un lado al personal de gestión y coordinación, por su implicación y experiencia en otros proyectos nacionales e internacionales. Y con el objetivo de que trasladen la información al resto del equipo. Y por otro al personal docente eventual por su dedicación a nuestros clientes y por su espíritu de crecimiento e aprendizaje. La estrategia de crecimiento de FTF es crecer a nivel europeo e implicar a la mayor parte del equipo y clientes posibles.

* *5 participantes de la plantilla:* Dirección Técnica; Técnico; Coordinador; Gestión de expertos; Técnico Proyectos EU, con nivel de idioma suficiente (inglés), por su implicación en el proyecto de certificados de personalidad, participación en la movilidad de acogida anterior de MFR (Francia) y en los planes de formación con nuestros clientes ORPEA Y DOMUSVI.

* *3 participantes del personal docente-eventual*

Para nuestros docentes los criterios de selección son:

1. Estar dentro del grupo que a nivel nacional imparte formación de los certificados de profesionalidad de atención a la persona dependiente en instituciones
2. El conocimiento de inglés a un nivel B1
3. La antigüedad como formador de FTF (al menos 5 años)
4. La media de puntuación del año anterior en la evaluación realizada por los alumnos en los cursos en los que ha participado. (> 4 /5)

Perfil de los 5 participantes en la acogida del personal de CECO: En Lisboa, Cristina Dimas-Coordinadora de la Unidad de Innovación y Negocios y1 Técnico coordinadora del Sistema de Gestión de Calidad y en Coímbra 1 coordinadora y 2 docentes.

1.2 OBJETIVOS

El plan de desarrollo europeo que compartimos con CECO define las siguientes áreas principales a mejorar:

- a) Los estándares de calidad europeos en la certificación profesional del sector socio-sanitario.

La formación certificada profesional aporta el crecimiento personal y las habilidades laborales para potenciar nuestro sector. Debemos ser conscientes que vivimos en un mundo global donde no hay fronteras y diferentes culturas. Participar en proyectos europeos nos abre la mirada a descubrir y aprender otras herramientas, metodologías, experiencias...Un proyecto de movilidad con Portugal, CECO nos proporcionaba posibilidad de conjuntamente poder construir modelos de trabajo específicos que beneficiaran a nuestros clientes, alumnos y en segundo lugar a nuestra sociedad.

Trabajar conjuntamente nos hace crecer en la misma dirección.

- b) Mejorar las competencias profesionales de nuestro equipo de gestión de proyecto y formación.

Formar parte de una empresa de formación implica como principio estar en constante aprendizaje.

En nuestros proyectos son esenciales varias competencias para poder ofrecer un servicio de calidad.

Actualmente estamos enfocados en potenciar:

- a) Planificación y organización: nuestro sistema de control de la coordinación, la ejecución y la evaluación de nuestra formación.
- b) Comunicación: establecer redes de comunicación con otras empresas similares a nosotros con la finalidad de colaborar conjuntamente en proyectos y motivaciones comunes.
- c) Orientación al cliente: captar las futuras necesidades del cliente. Las necesidades que actualmente tienen los clientes de CECO son o pueden ser las necesidades futuras de nuestros clientes
- d) Análisis de problemas: en el día a día se nos plantean diferentes situaciones. Compartir bilateralmente CECO Y FTF estos casos nos facilita enriquecernos de la experiencia y know-how. Aprendiendo maneras y enfoques diferentes de resolver e implementar acciones para llevar a cabo.
- e) Creatividad: En modelos de formación continuada es importante incluir la creatividad. El alumno de nuestro sector no tiene una habilidad desarrollada de estudio, por ello es muy importante educar de una manera didáctica y divertida

f) Trabajo en equipo internacional: Nos entusiasma poder descubrir y ser más cercanos con otros países. Aunque nos parezca que somos muy similares, poseemos maneras de trabajar y educar diferentes. Potenciar el trabajo en equipo internacional enriquece las carencias y las convierte en riquezas.

Con ello contribuimos directamente a un mayor desarrollo de nuestra estrategia de internacionalización (Plan de Desarrollo Europeo) que implica directamente:

- a) A nuestros docentes
- b) A nuestra organización
- c) El departamento de proyectos de teleformación
- d) A nuestros colaboradores
- e) A nuestros alumnos

Mejorando en:

- a) Cualificación y calidad de los docentes en sus competencias y capacidades
- b) La metodología didáctica y aprendizaje continuado
- c) La alineación en objetivos europeos
- d) Contenidos de nuestros cursos en certificación profesional y formación continua
- e) Generar nuevas oportunidades de desarrollo y colaboración

Por extensión se verá beneficiada toda la oferta formativa, incorporando otros cursos dirigidos a profesionales del sector de atención a personas de colectivos desfavorecidos, programas y servicios más innovadores.

1.3 PROCEDIMIENTO

Dicha movilidad son 4 días de duración de 6 horas por día (+2 viaje), para un máximo 8 participantes.

Está previsto realizarla en enero 2020, la selección de la semana en concreto se realizará según disponibilidad de los participantes.

El programa que desarrollará CECO A para la movilidad consta de las siguientes actividades, en el área de capacitación "Trabajo y orientación social" y el campo de "Atención a personas en situación de dependencia",

- a) Talleres con sus profesionales
- b) Presentaciones de sus profesionales
- c) Intercambios con formadores y otros profesionales de campo
- d) Visitas a empresas e instituciones en el campo de Atención de personas en situación de dependencia

La movilidad se realizará en 2 ubicaciones

1. Lisboa. El primer-segundo día: centro de FP homologado-CECO A
2. Coímbra. En el tercer y cuarto día, cada día un responsable de cada uno de los programas formativos (CAP/ Formación dual/ Formación continua)

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Las competencias relacionadas con cada resultado de aprendizaje que deben adquirir son las siguientes:

1. De detección de elementos innovadores en los anteriores resultados de aprendizaje
2. De determinar la aplicabilidad en la formación de CP de FTF
3. De programar la implantación de estos elementos innovadores para la mejora de la formación de CP de FTF
4. De trasladar a sus compañeros dichos conocimientos
5. De hacer un seguimiento de la implantación de estas mejoras.

Los criterios de evaluación a seguir por los evaluadores para dichas competencias son los siguientes:

1. Lista de elementos innovadores de los 3 tipos formación
2. Programa de aplicación de los elementos innovadores en FTF (formación a los compañeros)
3. Fecha y responsables de la aplicación de los elementos innovadores en FTF

Para ello utilizaremos los siguientes 4 cuestionarios:

1. Pre-movilidad de conocimientos (versión alumno)
2. Pre-movilidad de competencias (versión alumno)
3. Post-movilidad de conocimientos (versión alumno)
4. Post-movilidad de competencias (versión: alumno y tutor)

Los cuestionarios de competencias serán Escalas tipo Likert complementadas si fuera necesario por pruebas prácticas.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados esperados de aprendizaje que se espera que adquieran los participantes en la movilidad a CECOA sobre objetivos de aprendizaje descritos anteriormente van a ser los 7 siguientes:

1. Conocimientos del sistema de formación CAP (certificado de profesionalidad), de la formación dual, formación continua en Portugal, su acreditación y su certificación.
2. Conocimiento del sistema de calidad seguro en la formación de los centros.
3. Conocimiento de la metodología didáctica de la formación dual, los contenidos y objetivos, así como la temporalización de la formación de la familia profesional de servicios a la comunidad en Portugal y el certificado de profesionalidad temporalización de la formación de la familia profesional de servicios a la comunidad en Francia y del certificado de profesionalidad.
4. Conocimiento del sistema de evaluación continua de conocimientos y competencias profesionales de los estudiantes.
5. Conocimiento del perfil profesional y su et de su formación y reciclaje.
6. Análisis de la Utilidad /Usabilidad de la modalidad mixta / aprendizaje a distancia en la formación (nivel

de alfabetización informática de estudiantes y profesores) y la identidad de los profesores de CECO para el tutorado de la teleformación.

7. Conocimiento de la conexión y la adaptación de contenidos y los objetivos de la formación teórica y práctica según las necesidades del Grupo Orpea y Domusvi.

Foro técnico de formación conjuntamente con CECO emitirá además un certificado de asistencia y aprovechamiento de la movilidad a aquellos que cumplan con el 100% de asistencia y superen la evaluación de competencias.

El Programa Erasmus+ promueve el uso de instrumentos y certificados como Europass y ECVET para la validación de los resultados de aprendizaje adquiridos por los participantes durante su estancia en el extranjero. Por ellos además del certificado, se emitirá el Documento de movilidad Europass, validado por CECO y el Servicio Español de Internacionalización de la Formación (SEPIE)

Además, se acompaña a todos los participantes en la elaboración de su CV Europass para que incluyan convenientemente su certificación oficial como participantes de la movilidad y la extensión europea de la movilidad ERASMUS +

3. CONCLUSIONES

El impacto directo para los participantes, es la incorporación en su docencia de una visión europea de los objetivos, contenidos, y metodología del curso de CP en formación profesional Portugal, además a la mejora de las competencias lingüísticas y de intercambio con otros profesionales docentes de su perfil profesional.

El impacto directo en la organización, es la extensión de estos conocimientos y competencias al resto de los profesionales docentes, por supuesto a través de los cursos de formación internos, impartidos por ellos, programados en nuestro plan de formación anual y por supuesto en la calidad de vida del usuario final a través de los alumnos de los cursos de los certificados de profesionalidad mejorando las competencias de estos como profesionales cuidadores en un rol europeo.

El impacto directo en FTF como centro de formación es:

1. Detectar elementos innovadores en la formación de certificados de profesionalidad (CAP) de servicios a la comunidad en Portugal, especialmente relacionados con los proveedores europeos de servicios a la dependencia, como el GRUPO ORPEA y DOMUSVI.
2. Determinar su aplicabilidad en nuestra formación de Certificados de profesionalidad (CP) Adaptarlo por parte del responsable de proyecto, en la programación de al menos un curso CP en 2020
3. Programar la implantación de alguno de esos elementos innovadores para la mejora de nuestros CP, trasladar a todos los docentes del CP.
4. Establecer el seguimiento de la implantación de estas mejoras por parte de la dirección técnica y del coordinador proyectos EU para incluir en informe final.

El impacto previsto para CECO es:

1. La apertura al conocimiento de la formación de CP y continua del sector socio-sanitario en el estado español.

2. La posible colaboración con otras organizaciones proveedoras de servicios del sector, para futuras movilidades de sus alumnos y de otros centros de formación de CP de la Asociación Nacional de Centros de Certificados de Profesionalidad, con los la que FTF les pondrá en contacto como posibles socios y que posibilitan la promoción de su proyecto.
3. Respecto al impacto europeo se prevé ofertar a CECOIA la incorporación como miembro a la asociación CRES (centro de investigación europea) y la colaboración en las áreas temáticas comunes con los socios.

Responsabilízate + PeR SE. Innovación social en un centro xerontológico: primeros resultados

José Caamaño Ponte¹, Carlos Dosil Díaz¹, Romina Mouriz Corbelle¹, Marta López Piñeiro¹, Ana Rodríguez Vázquez²

¹Complexo Terapéutico Xerontológico “A Veiga”, Láncara, Lugo, España; ²Programa Responsabilízate, Consellería de Economía, Emprego e Industria, Xunta de Galicia, España.

Palabras clave (Keywords): Responsabilízate, stakeholders, buen gobierno, social, medioambiental.

RESUMEN

Dentro de la “Estratexia Galega de Responsabilidade Social Empresarial (RSE) 2019-2021”, el programa Responsabilízate tiene como objetivo fundamental acercar a las pequeñas y medianas empresas (pymes) y autónomos de Galicia la RSE para hacer del gallego un tejido empresarial más justo, rentable y competitivo a través de una forma de gestión sostenible con la sociedad y el medio ambiente.

En el marco de este programa, el CTX a Veiga ha elaborado un Plan Estratégico de RSE (PeR SE) 2019-2021 que identifica los principales grupos de interés (“stakeholders”) recogiendo aquellos asuntos materiales que para ellos tienen mayor relevancia en las materias económica y de buen gobierno, social y medioambiental, en consonancia con el Plan Estratégico Global de la empresa Serge Lucense S.A.

Una vez diseñado el PeR SE 2019-2021 el objetivo fundamental será la implantación progresiva de los 19 subprogramas del Plan Operativo, 5 en la dimensión económica y de buen gobierno, 9 en la dimensión social y 5 en la dimensión medioambiental.

Concluimos que el programa Responsabilízate ha contribuido de forma notable a la implantación de casi un 50% de las acciones del PeR SE dirigidos al logro de la innovación social en gerontología y la sostenibilidad durante los 6 primeros meses del año 2019.

INTRODUCCIÓN

La relación entre el concepto de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) y la atención al envejecimiento es bien conocida. Existen razones de derecho social y de gratitud generacional relacionadas con el papel pasado y futuro de los mayores y con la necesidad por parte de la sociedad de entender el proceso de envejecimiento como algo biológico, natural, independiente de su situación cognitiva, conductual y funcional. (Diego, Zamarreño & Caamaño, 2012).

En este punto, el papel de las instituciones de atención a las personas mayores parece esencial si quieren responder de forma adecuada a sus propios planteamientos y misión fundamentales y, tanto los consejos de administración, los gerentes de los centros y los profesionales integrados en ellos podrán ser más eficientes

en la medida en que conozcan aspectos relacionados con la RSE e interactúen con los nuevos sistemas de gestión de la sostenibilidad y no sólo manejen los habitualmente relacionados con las técnicas incluidas en las competencias de cada área de trabajo (Caamaño, Gandoy & Del Monte, 2015).

La Comisión Europea (CE) en el texto *“Estrategia renovada de la Unión Europea para 2011-2014 sobre la Responsabilidad Social de las Empresas”*, definió ésta como “la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y ambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores”. Se trata en definitiva, la RSE, de considerar el impacto que su actividad supone al entorno social y ambiental con el que interactúa, ampliando las dimensiones internas y externas de la misma, desde las normativas legales y laborales, a las éticosociales y medioambientales, implicando a la sociedad en su conjunto. La Comisión hablaba del *“Programa de Acción para el período 2011-2014”* abordando temas como la transparencia y visibilidad de las entidades, los códigos de buenas prácticas, el compromiso social, las políticas medioambientales y el consumo responsable, la integración conceptual en la educación, la formación y la I+D+i, especificando 13 propuestas concretas para el logro de objetivos en el horizonte del año 2020.

La Comisión Europea habla de Innovación Social como la forma de “encontrar nuevas formas de satisfacer las necesidades sociales, que no están adecuadamente cubiertas por el mercado o el sector público..., o en producir los cambios de comportamiento necesarios para resolver los grandes retos de la sociedad..., capacitando a la ciudadanía y generando nuevas relaciones sociales y nuevos modelos de colaboración”. Esto implica proactividad, creatividad, creación de valor económico y social, a la vez que transferencia generosa (Caamaño, Pérez Hervada & Gil Paz, 2017).

Ya en nuestro entorno, la *“Estrategia Galega de Responsabilidade Social Empresarial (RSE) 2019-2021”*, haciendo suyos los postulados sobre Sostenibilidad de la UE, plantea el programa Responsabilízate que tiene como objetivo fundamental *“acercar a las pequeñas y medianas empresas (pymes) y autónomos de Galicia la RSE para hacer del gallego un tejido empresarial más justo, rentable y competitivo a través de una forma de gestión sostenible con la sociedad y el medio ambiente”*.

En este contexto, Serge Lucense S.A. se planteó el diseño de un Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial (PeR SE) tras haber sido seleccionada en la convocatoria de la 2ª edición del programa Responsabilízate (Xunta de Galicia) procediendo a su implantación gradual en el CTX A Veiga, Lán cara, como estrategia de innovación social en el período 2019-2021.



FIGURA 1. IMAGEN DEL PROGRAMA RESPONSABILÍZATE (XUNTA DE GALICIA).

1. MÉTODO

Se trata de una metodología mixta emplea de forma habitual en el desarrollo de los planes estratégicos de empresas y entidades de cualquier actividad comercial o social que integra aspectos generales y específicos (Vilas, Pérez, Carrera & Caamaño, 2004. Caamaño, J. & Vilas, M. 2012).

1.1 PROCEDIMIENTO

Se ha seguido un procedimiento global de planificación estratégica empresarial al que se ha incorporado el diseño de indicadores específicos a la actividad de la empresa siguiendo las sugerencias de la Global Reporting Initiative (GRI, 2013), teniendo en cuenta objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Además, para el diagnóstico externo se emplearon el Programa Xunta Pro-RSE y la Herramienta Dircom 2R de medición del valor reputacional de la RSE.

La temporalización ha sido muy relevante en todo momento, pues constituye un factor de éxito en la dinámica del plan.

1. Presentación a la convocatoria del programa Responsabilízate (DOGA nº 31, 13 de febrero de 2018).
2. Admisión a la 2ª edición del Programa Responsabilízate (Resolución do 18 de setembro de 2018).
3. Formación y asesoramiento por la persona consultora del programa Responsabilízate a los responsables del diseño del plan y diagnóstico de la realidad de la empresa en materia de RSE
4. Análisis del entorno general y específico del sector desde la óptica de la RSE por el equipo motor interno.
5. Diagnóstico estratégico según análisis DAFO.
6. Identificación de grupos de interés (GI) internos y externos que intervienen de forma relevante en la actividad de la empresa.
7. Análisis de materialidad y elaboración de la matriz de materialidad con aquellos asuntos de mayor relevancia para los GI.
8. Diseño de indicadores económicos, sociales y medioambientales.
9. Deliberación sobre prioridades estratégicas internas y externas.
10. Diseño del Plan Estratégico de RSE, que incluye la visión, la misión, los valores y el código de conducta de la empresa.
11. Recepción del diagnóstico externo con aspectos de mejora (consultora del programa) para su inclusión en el Plan Estratégico definitivo.
12. Diseño de Planes Operativos y temporalización, años 2019-2021.
13. Implantación de acciones año 2019.
14. Comunicación secuenciada del PeR SE.

1.2 ANÁLISIS DE DATOS

Dado que se trata de resultados iniciales, el análisis de datos definitivo se realizará al finalizar el plan mediante el contraste con los indicadores diseñados. 2 Resultados y discusión Como factores internos, el DAFO mostró

algunas debilidades como la ausencia de cultura de RSE por escasa implicación de órganos de decisión en la materia asociado al déficit estructural en políticas y estrategias de RSE y la pobre identificación del personal con la relevancia del concepto de sostenibilidad. En lo que se refiere a fortalezas, destacan, el conocimiento del sector del envejecimiento y la experiencia en gestión de la dependencia dentro de un proyecto empresarial consolidado, además de un equipo profesional experto en sostenibilidad y sistemas de calidad en contacto permanente con clientes y agentes sociales.

Entre los factores externos, las amenazas estarían representadas por la concentración del sector y los conceptos de conciliación e igualdad, transparencia y sostenibilidad (claro, siempre que las prácticas no sean las razonables). Las oportunidades reflejan las tendencias del sector, la Administración y la sociedad en general, es decir, la orientación a la educación en RSE y a la implantación de estrategias de innovación social, o la impronta en la competitividad, la credibilidad y el prestigio de la empresa (eslogan “empresa responsable, empresa confiable”), finalmente, en la consecución de la sostenibilidad como concepto de gestión.

El diagrama de influencia de los grupos de interés se muestra en la figura 2.

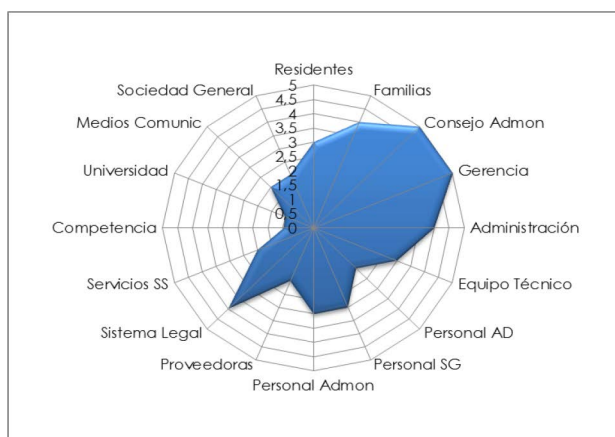


FIGURA 2. MODELO DE GRUPOS DE INTERÉS.

Fuente: elaboración propia.

El informe de diagnóstico externo incidió en aquellos aspectos que el diagnóstico interno podría obviar por una visión sesgada de la realidad de la empresa y aportó matices e ideas de enorme valor para la implantación de acciones. La tabla 1 muestra la puntuación de indicadores de la Herramienta Dircom 2R de medición del valor reputacional de la RSE.

Además, la consultora elaboró un Excel en el que se incluían de forma estructurada por dimensiones, algunas de las acciones ya implantadas o sugeridas para implantar de forma complementaria al PeR SE, entre ellas incidía en elementos como la transparencia, la igualdad de género, la conciliación o la comunicación adecuada del plan.

TABLA 1. HERRAMIENTA DIRCOM 2R DE MEDICIÓN DEL VALOR REPUTACIONAL DE LA RSE.

VARIABLE RSE	RESULTADO EVALUACIÓN	VALORACIÓN DEL ESTADO
Comportamiento ético	41.78	Aceptable
Transparencia y buen gobierno	56.32	Aceptable
Comportamiento con empleados	78.81	Bueno
Medioambiente cambio climático	29.12	Regular
Contribución a la comunidad	71.37	Bueno

Los programas operativos diseñados han sido 19, a saber (entre paréntesis situación de desarrollo a 28 de Junio de 2018):

DIMENSIÓN ECONÓMICA Y BUEN GOBERNO.

1.AconsellaRSE

- Objeto: Creación de una comisión de RSE integrado por representantes de los principales grupos de interés.
- Temporalización: 1º semestre 2019.
- Situación: constituido y operativo.

2.CreaRSE

- Objeto: Estabilizar la estrategia de RSE de Serge mediante la creación de un área de gestión de RSE con estructura profesional.
- Temporalización: 1º semestre 2020.
- Situación: en proceso.

3.SensibilizaRSE

- Objeto: Acciones desarrolladas por los órganos de dirección en materia de RSE colaborativa con entidades del sector (AGARTE, SGXX o Universidades).
- Temporalización: 2019-2021.
- Situación: implantada.

4.PrestixiaRSE

- Objeto: Visibilizar la política de Serge en materia de RSE.
- Temporalización: 2019-202.
- Situación: implantada.

5.SosteneRSE

- a. Objeto: Favorecer la transparencia en la relación con los grupos de interés mediante la elaboración de un reporte o memoria de sostenibilidad.
- b. Temporalización: 2020-2021.
- c. Situación: se realizará en el primer semestre de cada período fiscal.

DIMENSIÓN SOCIAL

1.EducaRSE

- a. Objeto: Orientar la formación interna hacia la sensibilización del personal y clientes en materia de RSE, mediante acciones de educación y comunicación en materia de RSE aplicada a la Gerontología y Geriatria.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: implantada.

2.GaleguizaRSE

- a. Objeto: Potenciar la comunicación en materia de RSE en idioma gallego en un entorno de expresión prevalentemente galaico garantizando la comunicación bidireccional.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: implantada.

3.ConciliaRSE

- a. Objeto: Diseñar un plan de conciliación que facilite la integración laboral y familiar del personal, específicamente de personal del equipo de gestión y técnico, además de fomentar políticas de igualdad intergénero del personal auxiliar.
- b. Temporalización: 2020-2021
- c. Situación: en fase de diseño.

4.HumanizaRSE

- a. Objeto: Plan de humanización en la atención a residentes vulnerables y a sus familias, mediante la adaptación de espacios amables y la limitación del empleo de contenciones químicas y físicas.
- b. Temporalización: 2020-2021.
- c. Situación: en proceso.

5.SolidarizaRSE

- a. Objeto: Promoción de acciones específicas relacionadas con colectivos sociales del área de influencia como mujeres vulnerables (FeminizaRSE), asociaciones de enfermos (AlzheimеRSE), personas mayores (MayoRSE) y otros.
- b. Temporalización: 2019 – 2021.
- c. Situación: en proceso.

6. InvolucraRSE

- a. Objeto: Lograr el empoderamiento de residentes y familias para una adecuada adaptación a la vida del centro.
- b. Temporalización: 2019 – 2021.
- c. Situación: en proceso.

7. CompartiRSE

- a. Objeto: Fomento de la solidaridad en la gestión y empleo de enseres a través de un banco interno de ropa (VestiRSE).
- b. Temporalización: 2019 – 2021.
- c. Situación: implantado.

8. DesfibrilaRSE

- a. Objeto: Puesta a disposición de la comunidad local de un equipo DESA con personal sanitario formado y de 24 horas de presencia en el centro integrándolo en la app localizadora Ariadna de la SEC.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: implantación en el 3º trimestre de 2019.

9. InvestigaRSE

- a. Objeto: Promover y participar en proyectos de investigación relacionados con el sector de atención al envejecimiento y la dependencia.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: implantado.

DIMENSIÓN MEDIOAMBIENTAL

1. AjardinaRSE

- a. Objeto: Creación de un área arbolada con especies autóctonas como factor de equilibrio que contribuya a limitar el impacto ambiental (disminución de la huella de CO2) relacionado con la actividad de la empresa.
- b. Temporalización: 2020-2021.
- c. Situación: prevista para el segundo semestre de 2020.

2. CompostaRSE

- a. Objeto: Optimización de la eliminación de materia orgánica para disponibilidad de la comunidad y los empleados en colaboración Serge & Calidus.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: en fase de diseño. Implantación en el 2º semestre de 2019.

3. ReciclaRSE

- a. Objeto: Optimización de las praxis de reciclaje de material y fomento de la economía circular a través de los subprogramas MedicaRSE, ArropaRSE, AceitaRSE, SeparaRSE.
- b. Temporalización: 2019 - 2021.
- c. Situación: Implantación en el 2º semestre de 2019.

4. DeplastificaRSE

- a. Objeto: Eliminación del consumo de envasados, material plástico de un solo uso y recipientes e difícil tratamiento, propiciando el consumo responsable de H2O y el aprovechamiento de sistemas de filtrado de agua y la tecnología 3D para la elaboración de material fungible.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: en fase de diseño.

5. ExfumaRSE

- a. Objeto: Sensibilización frente al consumo de tabaco y la dificultad en el manejo de los residuos.
- b. Temporalización: 2019-2021.
- c. Situación: implantado.

Se observa en el diseño del PeR SE la preocupación del grupo motor por alcanzar un desarrollo equilibrado de los programas teniendo presente la historia de la empresa, de manera que sean factibles y, principalmente, coherentes con el modelo de negocio sin olvidar la imprescindible transversalidad que permita su adecuación a la estrategia global de la empresa siguiendo modelos de sostenibilidad, de ahí el sufijo de todos los planes.

La dimensión Económica y de Buen Gobierno se ha orientado hacia la consolidación de la estructura de RSE en la empresa basada en la transparencia y la comunicación relacionadas con el compromiso hacia el desarrollo de una estrategia de RSE.

De algún modo hemos seguido a Porter y Kramer (2006) y su concepto de RSE estratégica, enfrentado a conceptos reactivos de RS autolimitados con el objetivo de integrar plenamente la RSE en la estrategia del negocio empresarial. Las limitaciones de las que hablan incluyen la concepción de la empresa y la sociedad como dos entes ajenos, donde la tarea de la RSC consistiría simplemente en conciliar sus intereses, aún opuestos. Los autores planteaban un error de partida del concepto previo pues empresa y sociedad son interdependientes. Una vez la empresa asume su parcela de responsabilidad de forma automática se genera la asunción del resto de los involucrados como clientes, proveedores o accionistas.

La RSC estratégica sería la que parte de la interrelación entre empresa y sociedad, desarrollando acciones que buscan la creación de un valor compartido obteniendo un beneficio significativo para la sociedad que también aporta valor para la empresa. Es decir, el concepto de RSC estratégica enfatiza el papel que la RSC debe de tener para transformar el rol de las empresas en la sociedad, pasando de una aproximación de mínimos, o defensiva, que se adopta ante determinadas situaciones sociales o medioambientales generadas por la actividad de la empresa, a una que trata de entender las situaciones de riesgo y las oportunidades estratégicas

que subyacen en la interrelación con los grupos de interés.

En lo que a la dimensión social atañe, se plantean programas y acciones longitudinales sin perder de vista lo finalista. Así, la preocupación por la humanización de la atención a los clientes implementando las prácticas responsables y la comunicación horizontal (Gil, González, López, Montes, Torres, Caamaño & Fernández, 2018); la incidencia en la relevancia de la conciliación y la igualdad de oportunidades para las trabajadoras en un sector feminizado; o la apertura del centro a la sociedad a través de programas de prevención de la salud en 3 niveles contribuyendo significativamente a la innovación social. Aquí es relevante tener presente que por su actividad, dirigida a personas dependientes, el centro del modelo de “stakeholders” (Freeman, 1984), con un elevado porcentaje de clientes “cautivos”, el desarrollo de acciones sociales ha de prevalecer y la perspectiva ética agrandarse (Maside, Caamaño & Gandoy).

Por tratarse de una empresa de servicios, la impresión podría ser que su impacto medioambiental es poco relevante, sin embargo la optimización de la gestión de residuos orgánicos y no orgánicos, de los consumos de energía y agua o la integración del concepto de economía circular en la gestión empresarial exigen un esfuerzo de imaginación solidaria en pos de la sostenibilidad.

La presente experiencia nos ha enseñado que el elemento esencial para la adecuada implantación de cualquier proyecto de RSE e Innovación Social es lograr combatir eficazmente la resistencia al cambio que suelen mostrar los grupos de interés. En realidad, el esfuerzo está ahí y la innovación social también.

Finalmente, y no menos importante, señalar la relevancia de lo que una estrategia de comunicación estructurada podrá aportar al PeR SE dado que las nuevas tecnologías propician modelos de comunicación impulsiva, un modelo “espídico” que garantiza la visibilidad pero no siempre resulta apropiada al caso o al programa concreto y que suscitan la reflexión. En este sentido creemos que nuestro proyecto y su implantación dejan abierta la discusión al lector interesado.

3. CONCLUSIONES

El programa Responsabilízate está constituyendo una herramienta de gran valor para la implantación de los programas y acciones económicas, sociales y medioambientales diseñadas en el Plan Estratégico de Responsabilidad Social Empresarial (PeR SE) del CTX A Veiga en la medida en la que permite la optimización de las relaciones con los grupos de interés afectados por la actividad de la empresa a la vez que mejora la eficiencia en la gestión y el buen gobierno corporativo destinados a garantizar la sostenibilidad del proyecto de empresa.

AGRADECIMIENTOS

A los residentes en el CTX A Veiga, a sus familiares y a todas las trabajadoras por su amable asociación en lo cotidiano y en lo excepcional, a Diana Crespo Serrano por su ágil contribución a la gestión de lo importante y, muy especialmente, a Ana Rodríguez Vázquez por su implicación y esfuerzo en la resolución de todas las dudas generadas a lo largo de la elaboración del PeR SE.

REFERENCIAS

- Caamaño Ponte, J., Diego Díez, C., Zamarreño Calvo, P., Castro Zahera, M., Murías Gómez, S., & Fernández Lois, P. et al (2013). Responsabilidad Social en la Universidad da Coruña. Encuesta de opinión a profesionales sociosanitarios que trabajan con personas mayores. *AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar*. 2, 44-52.
- Caamaño Ponte, J., Pérez-Hervada Lemus, O., & Gil Paz, I. (2017). Innovación Social en la Enfermedad de Alzheimer. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología* 4, 1, 5-18.
- Caamaño Ponte, J., Vilas Martínez, M. (2012). DAFO del sistema de atención al mayor dependiente en Galicia "revisitado". *AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2. Año12, 38-47.
- Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones (2011). *Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas*. Bruselas, 25.10.2011. COM (2011) 681 final.
- Diego Díez, C., Zamarreño Calvo, P., & Caamaño Ponte, J. (2012). Vejez, Trabajo Social y Responsabilidad Social Corporativa. *AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Año 12, nº 4. Diciembre. 32-40.
- Freeman RE. *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge University Press, 11 mar. 2010 – 292.
- Gil Paz, I., González Martínez, P., López Acón, A., Montes Vázquez, S., Torres Insua, R., Caamaño Ponte, J., Fernández Nistal, J. (2018) La humanización de la asistencia sanitaria y su comunicación a través de la responsabilidad social. *Revista Española de Comunicación en Salud*. RECS. Vol 9, Nº 1. Enero –Junio, 54-63.
- Maside Oliete, B., Caamaño Ponte, J., & Gandoy Crego, M. (2011) Atención a la enfermedad de Alzheimer: perspectiva bioética. *AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Año 11, nº 4. Diciembre 2011. 42-52.
- Porter, M., Kramer, M. (2006). Strategy and Society: The link between competitive advantage and Corporate Social Responsibility, *Harvard Business Review*, 84 (12), 78-92.
- Vilas Martínez, MA., Pérez Suárez, D., Carrera Iglesias, B., & Caamaño Ponte, JL. (2004). *Análisis estratégico de los centros y programas de estancia diurna para personas mayores dependientes en la Comunidad Autónoma de Galicia*. Edita: Escuela de Negocios Caixanova. www.encaixanova.es.

PÁGINAS WEB:

- Estratexia Galega de Responsabilidade Social Empresarial (RSE) 2019-2021. https://rse.xunta.gal/images/Estratexia_galega_RSE_2019-2021.pdf
- European Commission. European Strategy 2020. <http://ec.europa.eu/europe2020/indexes.htm>.
- www.globalreporting.org. GRI.

Teatro en gerontología. Aspectos básicos en una relación necesaria

Lisa Vieites Rivera¹ y Manuel F. Vieites²

¹Terapeuta ocupacional, Vigo, España. ²Escuela Superior de Arte Dramático de Galicia, Vigo, España.

Palabras clave (Keywords): Terapia ocupacional, expresión dramática, expresión teatral, pedagogía teatral.

RESUMEN

A partir de una experiencia desarrollada en una Residencia Geriátrica durante el período de prácticas realizadas en el Máster Universitario en Intervención a Personas con Enfermedad de Alzheimer, de la Universidad de Salamanca, se propone una reflexión sobre las posibles utilidades de la práctica teatral en centros geriátricos, estableciendo ámbitos de actuación que van desde la simple recreación a la prevención del deterioro físico o cognitivo. Al mismo tiempo, y a través de una revisión de literatura, se valora en qué medida los resultados obtenidos en la experiencia están en consonancia con las líneas de trabajo más comunes en el campo de los usos educativos y socioculturales del teatro, y en nuestro caso en los dominios de la Terapia Ocupacional. Como conclusión, destacamos posibilidades de la práctica teatral en los centros geriátricos, cuando esta se entiende y practica en la perspectiva de la animación teatral, es decir, cuando sus finalidades se orientan a promover la activación y la participación del sujeto, incluso su recuperación como tal, en la vida de la comunidad, en este caso la de un centro geriátrico o de su entorno más inmediato.

INTRODUCCIÓN

Como punto de partida debemos analizar lo que implica la puesta en marcha de una experiencia teatral en un centro geriátrico. Interesa especialmente analizar lo que esa actividad demanda, pero también considerar los retornos en diferentes direcciones, pero muy especialmente en relación con los ámbitos prioritarios de intervención de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la vida diaria, como puedan ser el juego, el ocio, el bienestar y la participación social (O'Brien & Hussey, 2012). De la consideración de tal demanda se podrán derivar sus beneficios. Procederemos entonces desde un análisis empírico y procesual de lo que implica el desarrollo de la actividad más habitual en los talleres de teatro, como es la preparación de un espectáculo teatral, o muestra del trabajo realizado, en el formato que sea.

No obstante, y antes de entrar en el eje central del trabajo, Qué hacer, Cómo, Por qué y Para qué, presentamos una breve revisión de literatura para situar adecuadamente nuestra propuesta en un marco teórico y metodológico en el que confluyen disciplinas como Pedagogía Social, Terapia Ocupacional o Pedagogía Teatral.

Los beneficios que la actividad artística ofrece a sus practicantes y usuarios, han sido señalados y destacados en trabajos muy diversos (Cohen, 2006; Castora-Binkley, 2010; Ford, 2012; Cunha, 2012; Baker, 2014). En todos se subrayan sus efectos positivos en el bienestar, y más especialmente en la autoestima y en la interacción

social. Otros autores, como Noice, Noice y Kramer (2013) analizan un conjunto de experiencias en las que la actividad artística toma la forma de práctica teatral, señalando beneficios varios, entre los que destacan “improvements in recall”, “verbal fluency”, “problem solving”, “confidence”, “self-esteem”, “physical health”, “psychological well-being”, o incluso su impacto en lo que son las tareas de la vida diaria (Observed Tasks of Daily Living, OTLD). En la misma dirección, Rickett y Bernard (2014) presentan una revisión notable de literatura que incide en señalar los mismos beneficios, en tanto autores como Basting (1995) señalan el auge del “senior theatre” en países como Estados Unidos, destacando idénticas posibilidades. A ello se suma la creciente incidencia del trabajo y la acción cultural de las personas mayores, y su creciente visibilidad en el campo, fenómeno que en España esta empezando a ganar visibilidad (Núñez Bello, 2017). Igualmente, se podrían destacar proyectos muy diversos, como HATS (“Health Action Theatre by Seniors”), que se desarrolla en Toronto, Canadá (Palmar, 2002).

En buena medida los trabajos que consideramos en nuestra revisión se vinculan con uno de los aspectos básicos de la actividad teatral, la creación, si bien exista abundante bibliografía sobre la recepción teatral, y la recuperación de las personas mayores como sujetos activos en esa recepción (MHF, 2011), y en un ocio autotélico (Cuenca Cabeza, 2007). En ese sentido nuestra propuesta, más deudora de la Animación Teatral (Vieites, 2017a), se vincula más con lo que definimos como construcción del sujeto de la creación, que con la igualmente necesaria construcción del sujeto de la recepción (Vieites, 2017b). Se sitúa además en un contexto muy específico: personas mayores en mayor o menor grado institucionalizadas, sea en una residencia geriátrica sea en un centro de día.

En ese marco concreto vemos que muchas de las experiencias consideradas en nuestra revisión, pero también en la actividad práctica de la que emana esta comunicación, quieren dar respuesta a una cuestión que planteaba Arroyo:

La falta de programas grupales para poder desarrollar las relaciones interpersonales entre los mayores que conviven institucionalizados no proporciona la cohesión interpersonal entre estos, ocasionando una falta de esa necesidad de reunirse, compartir emociones, sentimientos y experiencias, algo que atenta contra sus relaciones interpersonales (2016, p. 4).

Es justo en esa coyuntura, en la necesidad de programas de grupo que fomenten la comunicación y la interacción entre personas, cuando la actividad teatral, por sus características y por los procesos y las actividades que le son propias, se puede convertir en una herramienta privilegiada en la consecución de tales finalidades, y de otras que se dirán. Entramos así en el Qué, Cómo, Por qué y Para qué de la actividad teatral con personas mayores en contextos institucionalizados. 1 Lo que la práctica teatral demanda Cuando decimos teatro o práctica teatral habitualmente pensamos en un espectáculo, de mayor o menor alcance artístico, que un grupo de personas presentan ante otro grupo, su público. Y siendo en esencia eso, no es menos importante considerar cuanto implica llegar a ese momento de comunicación grupal. Entonces aparecen un conjunto de procesos, y en ellos actividades especialmente relevantes, algunas consideradas y comentadas por Wiener (2009), y también en Vieites (2006) o Cañas (2015). Habitualmente el flujo o secuencia de procesos suele ser el que sigue, y en cada uno de ellos es importante considerar las tareas a que nos obligan, para una correcta organización y desarrollo práctico del proyecto:

- Propuesta de inicio de actividad, que se ha de hacer con el tiempo necesario y trasladando la información precisa por cuantos cauces sean necesarios para que nadie pueda quedar o sentirse excluido.
- Configuración del grupo, que siempre ha de estar abierto a nuevas incorporaciones en tanto la finalidad del mismo es la participación y una progresiva integración en un actividad que en un primer momento incluso puede causar un cierto rechazo en algunas personas menos proclives a la interacción y al juego.
- Inicio de las actividades, que en un primer momento deben estar orientadas a juegos y ejercicios de relación, movilización corporal y exploración de recursos expresivos, pero que también se pueden ocupar de la recuperación de anécdotas, historias y sucesos que puedan servir para enhebrar relatos escenificables.
- Diseño del proyecto y del proceso de trabajo, que se deben pensar y calibrar en función de las posibilidades reales del grupo, de los ritmos personales de cada persona y del propio grupo, y del tiempo disponible. Y es en este momento cuando se comienza a concretar la historia o historias que se van a desarrollar sobre y desde una escena que tiene muchas formas de ser articulada, pues son muchas las formas de hacer teatro. A la hora de señalar roles, en determinados casos es importante partir del concepto de “reparto abierto”, lo que implica que todos y todas puedan hacer lo que todos y todas hacen.
- Ensayos, en los que siempre es necesario partir de las posibilidades reales del colectivo, pues podemos encontrar grupos conformados por personas entregadas y entusiastas pero también otros muy marcados por ausencias y bajas, que no siempre se deben a la percepción y la vivencia de la actividad. En este último caso la idea de un “reparto abierto” favorece la continuidad del trabajo.
- Trabajos complementarios a los ensayos, para los que podemos conformar equipos diversos, y en los que pueden participar otras personas menos interesadas por la interpretación. Sean de indumentaria, decorados, caracterización, y otras que permiten el progreso del proyecto, como la regiduría, o ayudantías de dirección.
- Ensayos generales, en los que se fija la secuencia de acciones a realizar en la escena, lo que en determinados casos implica una actividad cognitiva y psicomotora importante e incluso exigente, en tanto se ha de aprender la dinámica interna de la interacción dramática entre personajes.
- Presentación pública, en la que el colectivo ofrece el trabajo al público, sean los internos e internas, sean otros grupos posibles, y aquí se abre un capítulo importante, en función de las posibilidades de movilidad de todas las personas implicadas, porque cabe ofrecer el trabajo en otros espacios, desde auditorios a centros educativos.

De las ocho fases que consideramos, y que cabría analizar con mayor detenimiento incluso para ver las subfases, interesa destacar lo que exige cada una de los participantes, sea para considerar beneficios o para prevenir riesgos y problemáticas.

- Se trata de una propuesta de trabajo en grupo en la que todas y todos adquieren un compromiso en función de los objetivos que se establezcan.
- Se trata de una propuesta en la que se trabaja con la creación de mundos dramáticos, lo que implica la utilización de muy diversos recursos expresivos, comunicativos y creativos, a la que todos y todas contribuyen con su bagaje experiencial.

- Se trata de una propuesta en la que los participantes, en la fase final del trabajo, y en las anteriores, se confrontan consigo mismos, con sus compañeros y con la comunidad, en tanto se ocupa la escena como un lugar desde el que se hace y se dice, se representa en suma, lo que implica ser objeto de miradas, de decires y de juicios, y en muchos casos de prejuicios, cuestión a tener en cuenta.
- Se trata de una propuesta que, por lo último, implica tanto altas dosis de exhibición como altas dosis de inhibición, lo que puede provocar problemas diversos, entre ellos miedos y bloqueos que impidan o limiten la participación.
- Se trata de una propuesta que supone la emergencia de nuevos roles, con todo lo que de bueno y de malo pueda tener, y que en su desarrollo puede generar muchas otras actividades en otras personas, como reacción o colaboración.

En cada uno de los ocho procesos señalados, se han de desarrollar actividades orientadas cuando menos en las siguientes direcciones:

- La conformación de un grupo de trabajo, que no solo se ha de pensar en términos de actores y actrices, sino también integrando en el mismo a todas cuantas personas puedan participar en otros "oficios teatrales" importantes: música, decorados, indumentaria, caracterización.
- La concreción del proyecto a realizar, que en muchos casos, y en las primeras fases de un colectivo de este tipo, tan solo implica formular un deseo en relación a una historia que se quiere contar.
- La realización de juegos y ejercicios que promuevan el desarrollo del sujeto de la expresión y de la creación, lo que implica la movilización del grupo y de la persona en múltiples direcciones. Es una parte importante de la actividad diaria del grupo, y tiene como finalidad favorecer la capacidad de la persona para dominar el recurso fundamental en expresión dramática y teatral, que no es otro que "hacer como si", y de lo que se derivan importantes beneficios, como se dirá.
- La construcción de la historia que se quiere contar, lo que implica trabajar con narraciones, situaciones, conflictos, personajes, acciones y diálogos, que se sitúan en una secuencia temporal y espacial concreta. En algunos casos incluso se puede partir de textos escritos, en función de las características de los sujetos, lo que exige trabajos de lectura, debate y deliberación, incluso de adaptación de tales textos a las necesidades y posibilidades del grupo.
- La recreación de la historia en su fase de construcción por medio de ensayos, hasta conseguir su presentación final, y que puede tener mayor o menor duración en función de las posibilidades del grupo.
- La escenificación de la historia, es decir, su construcción teatral, con todos los elementos que sean necesarios y/o que estén disponibles, para que el trabajo se pueda presentar ante la comunidad.
- Los ensayos de la escenificación, en los que se debe seguir una pauta de acción establecida por secuencias, lo que implica manejar parámetros de relación, espaciales y temporales, y sus dinámicas.
- La representación y el trabajo que demanda en cuanto a dinámicas de acción en el tiempo y el espacio y en relación a los otros, y el aprendizaje de partituras.
- El análisis de la experiencia, sea en grupo sea con la comunidad, con la finalidad de intercambiar vivencias, emociones, e incluso propuestas de mejora.

- La presentación del trabajo en otros espacios más allá de la comunidad de referencia, en toda su diversidad, incluyendo escuelas, teatros y auditorios, lo que exige otros aprendizajes y rutinas.

El alcance de un proyecto de estas características vendrá muy determinado por el grupo de trabajo que se constituya, y por sus posibilidades, en tanto sus integrantes son los que han de orientar el mismo, sus únicos protagonistas. En función del centro y de sus habitantes ese alcance varía, y en todo caso el proyecto se ha de ajustar a las oportunidades que cada grupo quiera desarrollar. De lo anterior se derivan, cuando la dinámica de trabajo se centra más en los procesos que en los resultados, toda una serie de beneficios, activados por todo cuanto la actividad exige del sujeto participante.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Siendo el teatro una actividad en esencia colectiva, una de las ventajas evidentes de su práctica es la relación y la interacción entre sujetos, lo que incluso puede ser fuente de conflictos, que es necesario considerar. Pero es, además, una actividad individual, en la que cada sujeto aporta al grupo su saber, su hacer, y muy especialmente su estar. ¿Qué aspectos cabría considerar a la hora de valorar los beneficios de todos los procesos y áreas de trabajo señaladas? Entendemos que, cuando menos, los siguientes:

- Aspectos perceptivos y motrices. La práctica teatral, y en ella los juegos y ejercicios propios de la Expresión Dramática y de la Expresión Teatral, implican la activación y la movilización de todo el aparato sensorio-perceptor y del aparato motor. Se trabaja con habilidades motoras; con la conciencia corporal, la (des)coordinación, la percepción espacial y temporal, e igualmente con procesos psicológicos como percepción, atención o memoria.
- Aspectos cognitivos. Aquí también juegan un papel importante la atención y la memoria, así como las praxias, en tanto la actividad individual y en grupo exige su concurso permanente, como cuando es necesario memorizar un diálogo o repetir una secuencia de movimientos en el espacio y en relación a personas y objetos que están en ese mismo espacio, que en el caso del teatro sería escena o escenario.
- Aspectos anímicos y emocionales, que se vinculan con la autoestima, el ánimo, la diversión, la alegría, e incluso la oportunidad de realizar una actividad deseada en el pasado pero imposible por los avatares de la vida. Esa vinculación con el pasado es especialmente relevante porque el teatro permite reconstruir muchas historias de vida y experiencias de todo tipo, de forma directa o indirecta. El pasado se puede convertir en una importante fuente de recursos narrativos para la creación escénica, también para recuperar formas de decir en la escena, como pueda ser la tradición oral; es decir la posibilidad de contar cuentos e historias de todo tipo que provienen de la infancia o de la juventud, y que en tantas ocasiones se pueden trasladar a otros espacios, como los centros educativos, favoreciendo así el diálogo intergeneracional, tan abandonado y tan necesario. Esa visibilidad también es fuente de autoestima y empoderamiento, y anima la percepción de la propia utilidad, lo que resulta reconfortante.
- Aspectos sociales. Se consideran cuestiones como la comunicación interpersonal, la empatía, la integración, la sociabilidad, la resocialización, o la mejora permanente de las interacciones a través de la convivencia el diálogo, la diversión y la risa.
- Aspectos culturales y artísticos. Como se dijo, en algunos países el teatro senior es un sector relevante de

su realidad cultural, que cobra poder y que permite poner en valor el papel de todos los sectores sociales como agentes creadores y receptores de arte y cultura, lo que abre posibilidades para el desarrollo de un sujeto receptor que participe activamente en la vida cultural del entorno.

Si en el apartado 2 se señalaba el Qué de la práctica teatral en lo anterior reside el Por qué y el Para qué de la misma. Y el Cómo vendría dado por un enfoque claramente constructivista en el que la actividad surge del grupo, muy especialmente los recursos narrativos desde los que escenificar historias y darles dimensión teatral, aunque también de juegos y otras actividades que cada integrante del mismo pueda proponer, lo que implica un ejercicio de activación del recuerdo y de la vivencia, habitualmente desde la infancia o la juventud. La metodología se asienta igualmente en dinámicas propias de la Expresión Dramática, con recursos como el juego dramático o la dramatización, que conllevan la creación colectiva, como enseñaba Slade en 1954 (1978) o Barker (1977), y como proponen trabajos más recientes (Motos, Stronks, Ferrandis y Navarro, 2013).

3. CONCLUSIONES

Uno de los problemas que presentan los mayores institucionalizados deriva de su ensimismamiento y de su aislamiento (Toepoel, 2013), en ocasiones de su escasa capacidad para la interacción y la participación. Por otro lado resulta evidente que aumentan los problemas derivados de determinados déficit o deterioros, especialmente en el ámbito cognitivo, perceptivo o psicomotriz. Y la práctica del teatro, por la naturaleza colectiva, lúdica, dinámica y movilizadora de muchas de las actividades prácticas que le son propias, puede suponer un campo de acción desde el que contribuir a paliar esos problemas, y muy especialmente, a promover la calidad de vida y el bienestar de nuestros mayores, tanto de los que participan en la vivencia de la creación como los que participan en la recepción (Kurz, 2016). La clave está, en suma, en aprovechar el potencial del teatro para paliar el deterioro social, cognitivo, psicomotor, sensorio-motor, afectivo o emocional que pueda derivarse del proceso de envejecimiento, dependencia e institucionalización de nuestros mayores, pero igualmente en construir un espacio y un tiempo para la diversión, el gozo, la relación y el bienestar.

Bien es cierto que en muchos casos las personas que trabajan desde la terapia ocupacional carecen de la formación inicial necesaria para sacar el máximo partido de los recursos propios de la Expresión Dramática y la Expresión Teatral, pero esta última cuestión, como también ocurre en el campo del trabajo social o de la educación social (Vieites, 2016a, 2016b) sería objeto de otra reflexión y de otra comunicación.

En todo caso, es así como el teatro, la Terapia Ocupacional, la Gerontología y la Pedagogía Teatral (Vieites, 2017c) pueden establecer una relación tan necesaria como dinámica en la mejora de la sociedad en su conjunto. Caminos por hacer a los que queremos contribuir con esta breve nota nacida de una experiencia especialmente enriquecedora.

REFERENCIAS

- Arroyo Naranjo, A. (2016). El teatro como herramienta terapéutica para contribuir al desarrollo de las relaciones interpersonales de las personas mayores institucionalizadas. Prueba piloto. *TOG*, 13(23), 1-19.
- Basting, A. D. (1995). The Stages of Age: The Growth of Senior Theatre. *TDR*, 39 (3), 112-130.

- Baker, D. (2014). Creative approaches to working with older people in the public realm. *Working with Older People*, 18 (1), 10-17.
- Barker, C. (1977). *Theatre Games*. London: Methuen.
- Cañas Torregrosa, J. (2015). *Un taller de teatro*. Barcelona: Octaedro.
- Castora-Binkley, M., Noelker, L., Prohaska, T., & Satariano, W. (2010). Impact of Arts Participation on Health Outcomes for Older Adults. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 4, 352-367.
- Cohen, G. D. (2006). Research on Creativity and Aging: The Positive Impact of the Artson Health and Illness. *Generations*, XXX (1), 7-15.
- Cuenca Cabeza, M. (2007). *Ocio y mayores: reflexiones prácticas desde la Universidad*. En: <https://www.aguimes.es/images/uploads/ocio2.pdf>
- Cunha, C. S. R. (2012). *Animação teatral em terceira idade: contributos para um envelhecimento ativo*. Tese de Mestrado. En: <http://hdl.handle.net/1822/21030>
- Ford, C. (2012). Enriching life with creative expression. *Working with Older People*, 16(3), 111-116.
- Kurz, R. (2016). Senior Theatre: an important part of Senior Culture. *Journal of Education Culture and Society*, 1, 152-164.
- Mental Health Foundation (2011). *An Evidence Review of the Impact of Participatory Arts on Older People*. En: <http://baringfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2011/04/EvidenceReview.pdf>
- Motos, T., Stronks, D., Ferrandis, D., & Navarro, A. (2013). *Otros escenarios para el teatro*. Ciudad Real: Ñaque.
- Noice, T., Noice, H., & Kramer, A. (2014). Participatory Arts for Older Adults: A Review of Benefits and Challenges. *The Gerontologist*, 54 (5), 741-753.
- Núñez Bello, M. (2017). Mayores a escena, subiendo el telón de las emociones. *Sesenta y más*, 336, 24-31.
- O'Brien, J. C., & Hussey, S. M. (2012). *Introduction to Occupational Therapy*. St Louis, MI: Elsevier.
- Palmar, I. (2002). Health Action Theatre by Seniors. En: http://hatstheatre.org/online_manual.html
- Rickett, M., & Bernard, M. (2014). *Ageing, Drama and Creativity: a critical review*. En: <https://www.keele.ac.uk/csg/research/ageingdramaandcreativity/>.
- Slade, P. (1978). *Expresión dramática infantil*. Madrid: Santillana.
- Toepoel, V. (2013). Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How Could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People? *Social Indicators Research*, 113, 355-372.
- Vieites, M. F. (2006). Procesos de expresión, creación y comunicación teatral: aspectos teóricos, metodológicos y prácticos. En J. A. Caride & M. F. Vieites (Eds.), *De la educación social a la animación teatral* (pp.399-509). Gijón: Trea.
- Vieites, M. F. (2016a). Trabajo social y teatro: considerando las intersecciones. *Cuadernos de Trabajo Social*, 29 (1), 21-31.
- Vieites, Manuel F. (2016b). Teatro y educación social. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*,

64, 106-119.

- Vieites, M. F. (2017a). *El teatro vacío. Manual de política teatral* (pp. 556-602). Madrid, Publicaciones de la ADE.
- Vieites, M. F. (2017b). Las prácticas teatrales y el envejecimiento activo: posibilidades y problemáticas. *Sociedade em debate*, 23 (1),354-392.
- Vieites, M. F. (2017). La Pedagogía Teatral como ciencia de la Educación Teatral. *Educação & Realidade*, 42 (4), pp. 1521-1544.
- Wiener, R. (2009). Elders, drama and the good life. *Quality in Ageing and Older Adults*, 10 (4), 49-52.

Café Memória: uma pausa com atividades em grupo e palestras com especialistas para cuidadores de pessoas com demencia

Lia Araújo¹, Maria João Amante¹, Isabel Sousa³, Catarina Alvarez³, Susana Fonseca¹

¹Escola Superior de Educação de Viseu e CI&DETS, Portugal; ²CINTESIS, Porto, Portugal; ³As-sociação Alzheimer Portugal, Lisboa, Portugal

Palabras clave (Keywords): Intervenção, cuidadores familiares, demência, comunidade

RESUMEN

OBJETIVOS: O presente estudo procura apresentar evidência sobre a preferência dos cuidadores familiares de pessoas com demência que participam no Café Memória acerca da estrutura e funcionamento das sessões. **Material y métodos:** 68 cuidadores familiares de pessoas com demência de 9 Cafés memória de Portugal participaram neste estudo. São sobretudo mulheres (69.1%), casadas (69.1%), com média de 63.8 anos (DP 12.9), conjugues da pessoa com demência (55.9%), que vivem com o seu familiar com demência (76.7%). A informação, recolhida por um questionário com questões sobre a importância atribuída a cada parte da sessão, atividades e palestras preferidas e sugestões de melhoria, foi analisada com recurso à análise qualitativa e quantitativa e respetivos softwares.

RESULTADOS: Tanto as palestras como as atividades em grupo são consideradas como muito importantes pela maioria dos cuidadores (71.6% e 60%), sendo o acolhimento realizado à chegada outros dos momentos destacados (65.2%). As atividades referidas como mais importantes foram os jogos de estimulação, as atividades de expressão (artísticas e musicais), histórias de vida, leitura, atividades físicas e passeios. Já nas palestras, foram referidos, por vários participantes, os temas sobre aspetos gerais da demência, como lidar e interagir com as pessoas com demência, sobrecarga dos cuidadores, questões jurídicas, assistência social, cuidados de saúde, nutrição, atividade física e fisioterapia, bem como a participação de cuidadores que partilharam a sua experiência pessoal. Ao nível das sugestões de melhoria, as questões do espaço e da divulgação foram as mais apontadas.

CONCLUSIONES: Conhecer a importância atribuída pelos cuidadores às diferentes atividades em que participaram e as suas sugestões práticas para próximas sessões demonstrou ser uma estratégia importante para a adequação da intervenção às suas verdadeiras necessidades e capacidades.

INTRODUCCIÓN

O Café Memória é um modelo de intervenção direcionado a pessoas com problemas de memória/demência e

seus cuidadores/familiares, havendo a possibilidade de outras pessoas que se interessem, profissionalmente ou pessoalmente, por este tema poderem participar (Jones, Redwood, & Harding, 2008). O projeto inicial, intitulado “*Alzheimer Café*”, é oriundo dos Países Baixos e surgiu em 1997. Em Portugal, surgiu em 2013, nas cidades de Lisboa e Cascais e depressa se alargou a outros 16 locais de Portugal continental (ex.: Barcelos, Porto, Leiria, Sintra, Viana do Castelo e Viseu) e ilhas (Madeira). Desde o início do projeto até ao final de 2018 já se realizaram 675 sessões de Café Memória, com perto de 11.800 participações, maioritariamente de cuidadores e familiares de pessoas com demência, tendo sido formados cerca de 560 voluntários que já dedicaram mais de 19.400 horas ao projeto (Café Memória, 2019).

Baseia-se num encontro mensal, realizado num local da comunidade, num ambiente acolhedor, reservado e seguro, onde são servidas bebidas e snacks, com carácter facultativo, e sem inscrição prévia, tal como num café. Estudos de experiências internacionais reportam diferentes benefícios nos cuidadores participantes, que consideraram estas sessões como relaxantes, em que podem socializar, nomeadamente com pessoas que se encontram na mesma situação e com os profissionais/voluntários da equipa, ao mesmo tempo que encontram informação (Greenwood et al., 2017; Dow et al., 2011; Zarit et al., 2004; McFadden & Koll, 2014). Resultados nacionais, sobre os benefícios da participação nas sessões segundo a opinião de pessoas com problemas de memória, com demência, cuidadores e voluntários do projeto, demonstram que a maioria dos participantes valorizam sobretudo aspetos relacionados com as relações interpessoais (86.7%), o próprio bem-estar (76.7%) e as aprendizagens (56.7%), o que reforça a importância deste tipo de intervenção (Amante, Alvarez, Araújo, & Sousa, 2017).

Mas, apesar de caracterizar por um ambiente informal, o Café Memória é muito mais que um encontro social. Existe um plano anual de atividades, definido pela coordenação nacional e local de cada Café Memória, que reúne sessões de palestra, mais focadas numa vertente informativa e educativa e que, por norma, contam com a participação de convidados especialistas na matéria; e sessões de atividade, em que são desenvolvidas atividades lúdicas e estimulantes, adaptadas aos participantes, as quais são preparadas e dinamizadas pela equipa do respetivo Café Memória (Alvarez & Sousa, 2013).

Importa por isso não só conhecer os benefícios percebidos por quem participa neste projeto, mas também conhecer as suas opiniões sobre aspetos relacionados com a natureza e organização das sessões.

1. MÉTODOS

O presente estudo procura apresentar evidência sobre a preferência dos cuidadores familiares de pessoas com demência que participam no Café Memória acerca da estrutura e funcionamento das sessões.

1.1 PARTICIPANTES

68 cuidadores familiares de pessoas com demência de 9 Cafés memória de Portugal participaram neste estudo. Das 47 mulheres e dos 21 homens, 69.1% são casados ou vivem em união de facto, 16.2% são solteiros, 10.3% divorciados ou separados e 4.4 viúvos. As idades variam entre os 17 e os 84 anos, sendo a média de 63.8 anos (DP 12.9). Na maioria (55.9%) são conjugues da pessoa com demência, mas também se verificam casos de filhas/os (32.2%), irmãs/os (8.5%) e netos/as (3.4%). 76.7% dos participantes vivem com o seu familiar com

demência. Na grande maioria dos casos (98.3%) está confirmado o diagnóstico, nomeadamente de doença de Alzheimer, em 96.6% já há mais de 12 meses. 55.9% destes cuidadores já participaram em mais de 10 sessões do café memória, outros 26.5% participaram entre 6 a 10 sessões e 17.7% entre 2 a 5 sessões.

1.2 INSTRUMENTOS

Com vista a dar resposta ao objetivo do estudo, foi elaborado um questionários com questões sobre o grau de importância atribuída a cada uma das partes que integram a estrutura obrigatória das sessões do café memória: (i) Chegada e acolhimento (ii), Apresentação dos participantes, (iii) Café e bolo, (iv) Palestra com convidado ou Atividades em grupo e (v) Conclusão e despedida. A escala de resposta variava entre Pouco importante (1) e Muito importante (4). Através de questões abertas questionaram-se os participantes sobre as atividades que consideravam ter sido as preferidas dos seus familiares com demência, bem como as atividades e palestras que eles próprios tinham gostado mais. Terminava com uma questão aberta sobre sugestões de melhoria para as sessões. Complementarmente, incluía questões sobre dados sociodemográficos e a relação entre o cuidador e pessoa com demência.

1.3 PROCEDIMIENTO

Os dados foram recolhidos pelos técnicos de 9 Cafés Memória das várias zonas norte, centro e sul de Portugal, no final de uma sessão do Café Memória.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

As respostas às questões abertas foram submetidas a análise de conteúdo a partir de categorias definidas à posteriori, após leitura flutuante das respostas, permitindo agrupar as atividades, palestras e sugestões de futuros em categorias com sentido. Os dados sobre a importância atribuída a cada parte da sessão foram tratados com recurso à análise descritiva. Em ambos os tipos de análise de dados, qualitativa e quantitativa, recorreu-se a softwares, nomeadamente o NVivo (v.9) e o SPSS (v.20), respetivamente.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

No geral, é possível verificar que todas as partes da sessão são avaliadas positivamente (Tabela 1). A parte inicial da sessão, que os participantes são recebidos pelos técnicos e voluntários, é considerada como muito importante (n=43) e importante (n=21) pela quase totalidade da amostra. Também a parte principal da sessão, quer em dias de palestra com convidado, quer em dias de atividade em grupo, é considerada por um elevado número de participantes como muito importante (n=48 nas palestras e n=39 nas atividades). A parte em que se verifica uma menor importância atribuída é a pausa para o café e bolo, em que 12 participantes consideraram como indiferente. A valorização dos momentos de maior oportunidade para a interação (ex.: acolhimento, atividades em grupo) reforça a valorização das relações interpessoais, já identificada anteriormente (Amante et al., 2017), e do ambiente acolhedor das sessões (McFadden & Koll, 2014). A valorização das palestras suporta a importância da educação e informação para estes cuidadores, nomeadamente a relacionada com esclarecimentos sobre a doença que permitam aos cuidadores antecipar mudanças requeridas pela evolução da doença e orientações sobre estratégias mais eficientes de resolução de problemas e autocuidado (Sousa

& Relvas, 2007).

Quando questionados sobre quais as atividades em que gostaram mais de participar, 11 dos respondentes assinalam que gostaram de todas, não querendo particularizar nenhuma pois foram igualmente importantes. Outros 3 referem, no geral, todas as atividades que potenciaram o convívio entre participantes e outros 3 as atividades realizadas como dinâmica de apresentação. Os jogos de estimulação, nomeadamente os que utilizam provérbios, adivinhas, imagens e objetos de antigamente, constituíram o tipo de atividade preferido para um maior número de participantes (14). Seguem-se as atividades de expressão, quer as manuais e artísticas (referidas por 10), como elaboração de origamis e prendas para entregar a outros participantes, quer as musicais (referidas por 9), em que tinham de adivinhar a música que estava a tocar ou cantar. Também as atividades de partilha de histórias de vida e de leitura foram identificadas (por 5 e 3 participantes, respetivamente). As atividades físicas foram referidas por 4 (ex.: dança, ginástica) e os passeios ao exterior por 1 cuidador.

TABELA 1. ETAPAS DA SESSÃO

ETAPAS	
1	Chegada e acolhimento
2	Apresentação dos participantes
3	Café e bolo
4	Palestra com convidado
5	Atividades em grupo
6	Conclusão e despedida

TABELA 2. IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS PARTES DA SESSÃO

ETAPAS	POUCO IMPORT.	INDIFERENTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORT.
1	-	2 (3)	21 (31.8)	43 (65.2)
2	1 (1.5)	3 (4.6)	33 (50.8)	28 (43.1)
3	2 (3)	12 (18.2)	35 (53)	17 (25.8)
4	-	1 (1.5)	18 (26.9)	48 (71.6)
5	-	1 (1.5)	25 (38.5)	39 (60)
6	1 (1.5)	2 (3)	26 (40.7)	35 (54.8)

Relativamente às palestras com convidados, 11 dos participantes respondem ter gostado de todas as que assistiram. As palestras em que se explicou em que consiste a demência, abordadas na maioria dos casos por Psiquiatras e Neurologistas, foram as preferidas (de 15 dos participantes). Seguem-se os temas de como lidar e interagir com as pessoas com demência (referidas por 7) e da sobrecarga dos cuidadores (por 6), que

foram dinamizadas por Psicólogos/as; as sessões sobre as questões jurídicas, incluindo direitos e deveres, e assistência social foram evidenciadas (por 6 e por 2 participantes, respetivamente); as sessões sobre cuidados de saúde e atividades da vida diária, dinamizadas sobretudo Enfermeiros/as (por 5 pessoas); as sessões sobre alimentação, dinamizadas por Nutricionistas (por 6); e as sobre atividade física e fisioterapia (por 6). Também sessões em que foram apresentados livros sobre as questões da demência e partilhados casos práticos e reais na primeira pessoa foram temas identificados como os preferidos por 4 e 6 participantes respetivamente. Outras sessões referidas apenas por uma pessoa foram: terapia da fala, terapia ocupacional, música e solidão. As sugestões apresentadas pelos cuidadores vão ao encontro das suas necessidades, tal como evidenciado pela literatura, no sentido em que sentem falta de informação sobre a doença, serviços e recursos comunitários disponíveis, e estratégias para promover a sua gestão emocional (Figueiredo, 2007).

Ao nível das sugestões de melhoria, 9 participantes referem não ter nada a acrescentar, no sentido em que *“está tudo ótimo”* e *“devem continuar a fazer o bom trabalho”*. A necessidade de espaço mais amplo é apontada por 4 participantes, a de maior divulgação por 3 e a de convidar mais oradores por 3. Outras sugestões individuais foram: aumentar a duração das sessões, utilizar vídeo projetor nas atividades de grupo, desenvolver mais atividades interativas, disponibilizar exercícios de estimulação para serem feitos em casa, aumentar a articulação com Associação Alzheimer Portugal, aumentar a abrangência nacional do projeto, desenvolver mais sessões sobre atividades físicas, informação médica, institucionalização e relaxamento.

3. CONCLUSIONES

O café memória surge como uma intervenção comunitária que se tem vindo a afirmar cada vez mais em Portugal, tal como sugere o crescimento exponencial da sua abrangência nos últimos 6 anos, i.e. desde o seu surgimento (Café Memória, 2017). Este estudo acresce evidência às investigações já realizadas, ao demonstrar a importância que cuidadores familiares participantes atribuíram às atividades e palestras em que participaram, bem como suas próprias recomendações para futuras sessões. Reforça-se desta forma a importância de se conhecer e atender à perspetiva dos cuidadores, valorizar as suas perspectivas para ajustamento/adequação das respostas, estratégia apontada como eficaz nos programas destinadas a este grupo (Hanson et al., 2006 cit por Figueiredo, Lima, & Sousa, 2012).

AGRADECIMIENTOS

As autoras agradecem às entidades promotoras e parceiras do projeto e demais instituições e empresas que apoiam localmente a criação e funcionamento dos Cafés Memória. As autoras agradecem ainda aos membros das Equipas Técnicas e Voluntários dos Cafés Memória que colaboraram neste estudo e a todos os cuidadores familiares que se disponibilizaram para participar neste estudo.

REFERENCIAS

- Alvarez, C., & Sousa, I. (2013). *Café Memória. Manual de Procedimentos*. Documento não publicado.
- Amante, M.J., Alvarez, C., Araújo, L., & Sousa, I. (2017). Intervenção com Doentes de Alzheimer e Cuidadores: Café Memória um Espaço Privilegiado de Relação. *Millenium*, 2 (ed espec nº2), 13-19.
- Café Memória (2019). Quem somos. Disponível em: <https://www.cafememoria.pt/quem-somos>

- Dow, B., Haralambous, B., Hempton, C., Hunt, S. & Calleja, D. (2011). Evaluation of Alzheimer's Australian Vic memory lane cafés. *International Psychogeriatrics*, 23 (2), 246–55.
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, D., Lima, M., & Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: Rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 117-129.
- Greenwood, N., Smith, R., Akhtar, F & Richardson, A. (2017). A qualitative study of carers' experiences of dementia cafés: a place to feel supported and be yourself. *BMC Geriatrics*, 17. DOI 10.1186/s12877-017-0559-4.
- Jones, G., Redwood, K., & Harding, J.(2008). Comparing UK and Dutch Alzheimer Cafés against new quality control criteria. *Journal of Dementia Care*, 16 (1), 34-38.
- McFadden, S., & Koll, A. (2014). Popular Memory Cafés in Wisconsin's Fox Valley Battle Social Isolation. *Generations*, 38 (1), 68-71.
- Sousa, L., & Relvas, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Zarit, S., Femia, E., Watson, J., Rice-Oeschger, L., & Kakos, B. (2004). Memory Club: A Group Intervention for People With Early- Stage Dementia and Their Care Partners. *Gerontologist*, 44 (2), 262-269.

Formando gerocultoras: edadismo como cuestión transversal

María Cristina Brosa¹, María Dapía², José María Faílde²

¹Experta en Formación Gerontológica; ²Universidad de Vigo. Facultad de Ciencias de la Educación, Ourense, España.

Palabras clave (Keywords): formación, gerocultora, estereotipo, edadismo.

RESUMEN

En las últimas décadas hemos ido observando el progresivo envejecimiento de la población, que junto con los avances científicos hacen del cuidado de las personas mayores un gran reto. Entre las medidas adoptadas destaca la profesionalización de la atención gerontológica, siendo el *Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales* una opción profesionalizante para muchas personas que por su perfil académico no podrían optar a otras opciones formativas.

El presente estudio tiene como objetivo definir el perfil de las personas que acceden a la formación para la obtención del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales e identificar sus conocimientos y actitudes ante la vejez y el envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

El Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el Real Decreto 1379/2008 de 1 de agosto, se ha convertido en una opción formativa que permite profesionalizar la atención gerontológica, para aquellas personas que por su perfil académico no podrían optar a estudios reglados.

Este título pertenece a la familia profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad, en el área profesional de la atención social, con un nivel de cualificación profesional 2, cuya competencia general es "Atender a personas dependientes en el ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno" (RD 1379/2008, punto I del Anexo II).

Este certificado constituye la titulación mínima requerida por parte de las empresas para el desempeño de funciones de cuidador/a o gerocultor/a conforme a los criterios establecidos para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Resolución 2 de diciembre 2008, criterio tercero).

Para acceder a la formación, tal como se recoge en el artículo 4 del RD 1379/2008, se requiere haber superado las pruebas de las competencias clave de nivel 2; estar en posesión de un certificado de profesionalidad del mismo nivel del módulo o módulos formativos y/o del certificado de profesionalidad al que desean acceder. Otras opciones son haber superado la ESO, estar en posesión de un certificado de profesionalidad de nivel 1 de

la misma familia y área profesional; cumplir el requisito académico de acceso a los ciclos formativos de grado medio y tener superada la prueba de acceso a la universidad para mayores de 25 años.

La formación está estructurada en cuatro módulos asociados a sus correspondientes Unidades de Competencia, con la equivalencia a 370 horas de formación teórico-práctica en el aula y, 80 horas de prácticas en entornos profesionales (RD 1379/2008, punto I, Anexo II), siendo necesario haber superado con "apto" todos los módulos para la obtención del Certificado de profesionalidad.

Una vez obtenida la titulación podrán optar a puestos de Cuidador de minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, Cuidador de personas dependientes en instituciones o Gerocultor (RD 1379/2008, Anexo II).

No obstante, y pese al esfuerzo por dotar de competencias tanto a los nuevos profesionales como a los que llevan tiempo desempeñando esas labores, nos encontramos demasiado a menudo con críticas y denuncias a su praxis y, en gran medida por una tendencia actitudinal negativa hacia las personas mayores y las instituciones que las acogen.

Existe abundante evidencia científica que muestra la clara influencia entre las actitudes viejistas y la calidad del cuidado hacia las personas mayores (Cammer Paris y Breznay, 2011; Schroyen et al, 2018; Gendron, et al, 2015; Sutin et al, 2015) por lo que los estereotipos hacia el envejecimiento se ven claramente reflejados en la asistencia ofrecida.

Los estereotipos son las creencias o ideas preconcebidas sobre una persona que sin una base sólida ni relación con la realidad llevan a incluirlas en un colectivo supuestamente homogéneo (Menéndez et al., 2016; Palmore, 1990).

En el caso de las personas mayores, la atribución de diversas características negativas asociadas únicamente al envejecimiento (mal estado de salud, deterioro cognitivo, soledad, etc.) es lo que se denomina ageismo o viejismo (Menéndez et al., 2016). Siendo cuestiones, en su mayoría negativas, poco deseables y claramente evitables.

El viejismo constituye el tercer "ismo" de la sociedad actual, junto con el racismo y el sexismo (Losada, 2004; Marín, 2017).

Este estereotipo viejista se ve proyectado en lo cultural, social y también en lo profesional, afectando incluso a los profesionales implicados en la atención Sociosanitaria (Montoro, 1998; Stallar et al, 2002) y traducándose en prácticas discriminatorias (Perdue y Gurtman, 1990), de tipo paternalista e infantilizadoras que alimentan el estereotipo y disminuyen en gran medida la calidad asistencial, pudiendo llegar incluso al maltrato (Fernández Ballesteros, 2008). El presente estudio tiene como objetivo definir el perfil de las personas que acceden a la formación para la obtención del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales e identificar sus conocimientos y actitudes ante la vejez y el envejecimiento.

1. MÉTODOS

1.1 PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por 176 alumnas/os con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, siendo

el 84,70% mujeres y el 15,30% varones; provenían de un total de 13 cursos que se estaban realizando en la Comunidad Autónoma de Galicia, en las cuatro provincias, siendo en su mayoría de la provincia de Ourense.

Los participantes del estudio estaban realizando alguno de los cursos que dependen de la Consellería de Economía, Empleo e Industria de la Xunta de Galicia no Plan de Accions Formativas para Desempleados (AFD), por lo que en su totalidad se trata de personas en situación de desempleo.

Es destacable que algunos de los cursos tenían como requisito para su impartición, el compromiso de contratar a un porcentaje determinado de los alumnos una vez finalizada la formación.

1.2 INSTRUMENTOS

La recogida de datos se hizo mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario diseñado *ad hoc* que incluye datos sociodemográficos, experiencia en el cuidado y convivencia con personas mayores, motivos por los que realiza la formación y conocimientos sobre la misma, conocimientos y salidas profesionales de la profesión de gerocultor e, intencionalidad de trabajar en el sector.
- Escala de actitudes hacia centros gerontológicos y cuidado que reciben de los profesionales, medidas a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (muy mala/muy en desacuerdo/muy baja =1, mala/desacuerdo/baja =2, regular =3, buena/de acuerdo/alta =4 y muy buena/muy de acuerdo/muy alta =5). Para este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.67.
- Cuestionario REV “Razones por las que se considera que una persona ha entrado en la Vejez” (Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS 2008). Con el presente cuestionario se evalúan en los diferentes grupos etarios las características, rasgos y estereotipos que las personas entrevistadas entienden que definen a una persona “como mayor”, y por tanto forma parte del grupo específico de personas Mayores; pidiendo que el sujeto participante seleccione aquellas características más determinantes que considera a su criterio para considerar que una persona ha entrado en la vejez. Esto, permite obtener información sobre cuáles son los estereotipos más comunes y si hay algunas diferencias atribuidas a la edad, u otra variable sociodemográficos.
- Cuestionario “The Facts on Aging Quiz-1” (FAQ-1; Palmore, 1998). Este instrumento permite evaluar los conocimientos y los sesgos actitudinales ante la vejez y el envejecimiento. El cuestionario consta de veinticinco preguntas referentes a aspectos físicos, mentales y sociales, así como diferentes estereotipos y los sujetos deben elegir la respuesta que ellos creen que es la correcta, mediante un formato de elección múltiple de 4 alternativas. El FAQ-1 está diseñado para medir conocimientos relativos a aspectos físicos, sociales y mentales relacionados con el envejecimiento. Mediante un algoritmo de corrección permite determinar el sesgo actitudinal positivo y negativo, así como la tendencia actitudinal neta. La puntuación total de este instrumento oscila entre los valores 0 a 25; cuanto más alta es la puntuación mayor es el conocimiento sobre el envejecimiento y la salud de las personas Mayores La consistencia interna (alfa de Cronbach) oscila entre 0,45 a 0,66 (Pett, Lackey y Sullivan, 2003; Williams, Anderson, y Day, 2007
- CENVE “Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez” (Blanca, Sánchez, y Trianes, 2005). La finalidad de este cuestionario es la de evaluar las actitudes que se tienen hacia la vejez y para ello se

presentan una serie de afirmaciones, pidiendo que se valore el grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas siendo la modalidad de respuesta de tipo Likert, es decir, a través de una escala de cuatro puntos (muy en desacuerdo=1, algo en desacuerdo=2, algo de acuerdo=3 y muy de acuerdo= 4). Tal y como sugerían las autoras en su diseño original se han calculado tres subescalas sobre estereotipos negativos relacionados con la salud (ítems 1,4,7,10 y 13), el ámbito motivacional social (ítems 2,5,8,11 y 14) y el carácter y la personalidad (ítems 3, 6,9,12 y 15). En cada una de estas subescalas podría obtenerse una puntuación entre 5 y 20 puntos, siendo por tanto la puntuación total máxima del instrumento de 60 puntos. El orden de los ítems dentro del cuestionario es alternado. Las puntuaciones altas denotan un grado de estereotipo negativo alto hacia la vejez, mientras que las puntuaciones bajas denotan poco nivel de creencia en el estereotipo. El alfa de Cronbach oscila entre 0.64 y 0.67 para las diferentes escalas (Blanca, Sánchez, y Trianes, 2005).

1.3 PROCEDIMIENTO

A los participantes se les entregó un cuadernillo con diferentes cuestionarios, indicándoles las instrucciones a seguir para su correcta cumplimentación, así como el carácter anónimo y voluntario del mismo. La persona que llevó a cabo la recogida de datos fue la encargada de la formación.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar los datos se optó por análisis descriptivos univariados tales como estadísticos de tendencia central y dispersión –medias y desviaciones típicas-, análisis de frecuencias y porcentajes. Los contrastes analíticos fueron realizados mediante ANOVA y chi cuadrado. Para ello se empleó el paquete estadístico de ciencias sociales SPSS IBM versión 24.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La Tabla 1 recoge los resultados sociodemográficos que perfilan mayoritariamente a las participantes como una mujer con edad superior a los 30 años y con un nivel de estudios medio-bajo. El estado civil de los participantes responde mayoritariamente al de una persona casado/pareja de hecho, seguida de estar soltera.

TABLA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

		N	%
Edad	18-30	32	18,2%
	31-45	73	41,5%
	46-65	71	43,3%
Sexo	Masculino	27	15,3%
	Femenino	149	84,7%

		N	%
Nivel de estudios	ESO	38	22,0%
	Bachiller	29	16,7%
	FP Grado Medio	33	19,1%
	FP Grado superior	11	6,4%
	Universidad	24	13,8%
	Otros	38	22,0%
Estado civil	Soltero/a	59	33,5%
	Casado–Pareja de hecho	86	48,9%
	Divorciado/a–Separado/a	29	16,5%
	Viudo/a	2	1,1%

En relación con la convivencia y cuidado de personas mayores, se observa que sólo un 8,5% de las participantes no han tenido convivencia con personas mayores, el resto lo han hecho en alguna etapa de su vida (ver Tabla 2). Asimismo, se refleja que es bajo el porcentaje de personas sin experiencia en el cuidado de personas mayores (18,3%). Solamente el 25% refiere haber trabajado como cuidador formal; en el resto de los participantes su experiencia se limita al cuidado informal o familiar.

FORMACIÓN: MOTIVACIONES Y CONOCIMIENTOS PREVIOS

Cuando se les pregunta acerca de las motivaciones por las que decidieron realizar la formación para la obtención del *Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones*, más del 43% alude al interés por trabajar con personas mayores, seguido con bastante diferencia a su deseo de profesionalizarse o abrirse a nuevas experiencias profesionales (ver tabla 3).

TABLA 2. RELACIÓN CONVIVENCIA/UIDADO CON PERSONAS MAYORES

		N	%
Convivencia	Si	161	91,5%
	No	15	8,5%
Cuidado	Cuidador/a no formal	94	53,7%
	Cuidador/a formal	37	21,1%
	Mixto	12	6,9%
	No cuidado	32	18,3%

Los contenidos del curso son conocidos por la mayoría de los participantes, y casi su totalidad conoce las salidas profesionales del mismo. Por el contrario, menos de una cuarta parte refiere tener formación previa

relacionada con esta titulación; además un 21.1% nunca ha visitado un centro de atención sociosanitario de atención a personas dependientes.

TABLA 3. FORMACIÓN

		N	%
Razones para la formación	Trabajar con PM	77	43,7
	Profesionalizarme	42	23,9
	Probar cosas nuevas	22	12,5
	Encontrar trabajo	10	5,7
	Por obligación	1	0,6
	Trabajar con PM y Profesionalizarme	12	6,8
	Otros	12	6,8
Información contenidos	Si	142	81,1
	No	33	18,9
Formación previa	Si	43	24,4
	No	133	75,6
Conoce salidas profesionales	Si	165	94,3
	No	10	5,7
Visitó instituciones gerontológicas	Si	138	78,9
	No	37	21,1

ACTITUDES HACIA CENTROS GERONTOLÓGICOS Y PROFESIONALES QUE LES PROVEEN LOS CUIDADOS

En general, la tendencia actitudinal de los participantes hacia los centros gerontológicos y profesionales (ver tabla 4) refleja una visión positiva (Media=17,09; Sx=2,56), con valores que se sitúan casi dos desviaciones típicas por encima de punto de valoración positiva (12,5 puntos). Si realizamos un análisis pormenorizado para cada uno de los ítems, observamos que la opinión que tienen sobre los centros es relativamente buena, siendo destacable el hecho de que ninguno de los participantes eligiera la opción *"muy mala"* para este ítem. Una tendencia similar se observa para las cuestiones referidas a la cualificación profesional de aquellos que trabajan en instituciones gerontológicas y el trato que dispensan a las personas mayores.

Es la imagen social de los profesionales (Media=3,11) y la predisposición a que uno de sus padres fuese ingresado en una residencia gerontológica (Media=2,95) las que obtienen menores puntuaciones, aun siendo ambas superiores al punto de valoración intermedia.

Cuando se les pregunta acerca de cuáles son las funciones de los profesionales, con un amplio porcentaje

(88,1%) las participantes afirman conocer las funciones propias de las profesionales de atención directa a personas mayores en instituciones. Como era de esperar en este tipo de formación, encaminada a la inserción laboral de las participantes, un 96% tiene intención de trabajar en el sector una vez obtenida la titulación.

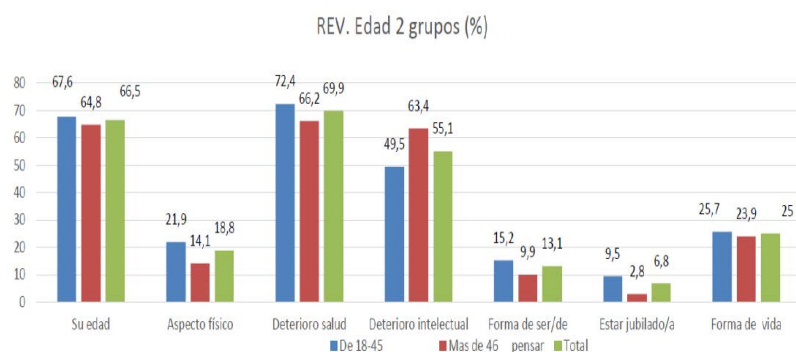
TABLA 4. ACTITUDES CENTROS Y CUIDADORES

	RANGO	MEDIA	Sx
Actitudes centros y cuidadores	11,00 –25,00	17,09	2,56
Opinión centros	2,00 –5,00	3,75	0,67
Acuerdo padres residencia	1,00 –5,00	2,95	0,99
Cualificación profesional	1,00 –5,00	3,66	0,71
Imagen social profesional	1,00 –5,00	3,11	0,84
Tratamiento personas mayores	1,00 – 5,00	3,63	0,65

RAZONES ATRIBUIDAS COMO SIGNO DE ENTRADA EN LA VEJEZ

Los datos obtenidos en el cuestionario REV han sido evaluados en función de la edad, estableciendo dos grupos: de 18 a 45 años y, mayores de 46 años. De las distintas características presentadas, los participantes globalmente eligen mayoritariamente y, por este orden, el deterioro de salud, la edad y el deterioro intelectual como principales signos de entrada de una persona en la vejez (ver gráfico 1). En el análisis por edad no se detectó asociación estadísticamente significativa entre los grupos, con la única excepción de la característica “deterioro intelectual” ($X^2=3,24$, $p=,048$), siendo el grupo de más de 46 años quien más lo menciona. Por el contrario, las cualidades menos identificadas como propias del envejecimiento son estar jubilado, la forma de ser y de pensar, sin encontrar tampoco diferencias entre los grupos.

GRÁFICO 1. RAZONES POR LAS QUE UNA PERSONA CONSIDERA QUE HA ENTRADO EN LA VEJEZ (REV)



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO

En general, el nivel de conocimientos sobre el envejecimiento es bajo (ver tabla 6), con un nivel medio de aciertos que se sitúa en 9,08 (rango de 3,00-16,00) de un total de 25 puntos posibles.

TABLA 6. CUESTIONARIO FAQ-1

	N	RANGO	MEDIA	Sx
FAQ Total	165	3,00 -16,00	9,08	2,40
Sesgo positivo	176	0,00 - 9,00	3,22	1,76
Sesgo negativo	176	2,00 -16,00	10,52	2,64
Tendencia actitudinal	176	-15,00 -7,00	-7,30	3,85

Por otra parte, el cuestionario FAQ nos permite determinar los sesgos actitudinales positivos y negativos. Los resultados reflejan la presencia de sesgos mayoritariamente negativos y una tendencia actitudinal claramente negativa. Los contrastes de medias para estas variables en función de la edad y la tipología de curso (con o sin compromiso de contratación) indican la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, y en coherencia con lo anterior, los datos obtenidos en las diferentes subescalas del cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE), reflejan estereotipos ligeramente negativos en relación a la salud, la motivación social y la personalidad (ver tabla 7). No detectándose diferencias estadísticamente significativas en función de la edad y la tipología de curso.

TABLA 7. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)

	N	RANGO	MEDIA	Sx
CENVE Salud	141	5,00-19,00	11,40	3,33
CENVE Motivación Social	146	5,00-19,00	10,9384	3,06
CENVE Carácter Personalidad	143	5,00-20,00	12,5455	3,12

3. DISCUSIÓN

El perfil del alumnado matriculado en los cursos para la obtención del certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales muestra una presencia mayoritariamente femenina. Además, refleja un colectivo que tiene experiencia de convivencia y/o cuidado de personas mayores en su entorno familiar, junto a una buena disposición para el cuidado; todo ello subyace a la motivación para realizar esta formación.

En una línea, posiblemente influenciada por el estereotipo viejista cultural, refieren actitudes no muy positivas hacia la institucionalización de sus padres o familiares en este tipo de centros.

Un aspecto altamente llamativo que reflejan los datos de este estudio, tiene que ver con los bajos conocimientos sobre el envejecimiento que muestran tener personas que aspiran a convertirse en profesionales de la gerontología, similares a los referidos en estudios con población general (Darling, 2016; Faílde et al. 2019, Gable et al., 2003).

Asimismo, en este estudio hemos encontrado que sus estereotipos sobre el envejecimiento contenían

sesgos actitudinales negativos, dando como resultado una tendencia actitudinal neta negativa, una cuestión preocupante, pues como se sabe tiene influencia sobre la calidad de los cuidados (Cammer Paris y Breznay, 2011; Schroyen et al, 2018; Gendron et al, 2015; Sutin et al, 2015). En consonancia con nuestros hallazgos, en un estudio realizado por Domínguez Orozco (2011), cuya muestra contaba con personas con y sin experiencia laboral en los servicios de atención a la dependencia tanto en domicilios como en instituciones, se encontraron igualmente bajos conocimientos y estereotipos viejistas negativos, especialmente en aquellas personas sin experiencia laboral, pero también en profesionales en activo.

Por otra parte, los datos reflejan también estereotipos negativos en cuestiones relativas a la salud, la motivación social y la personalidad de las personas mayores.

En su conjunto, los resultados obtenidos evidencian carencias en la formación de los/as futuros gerocultores/as, poniendo de manifiesto la necesidad de incluir en los planes formativos dirigidos a estos profesionales cuestiones relativas a incrementar los conocimientos y a mejorar sus actitudes ante el envejecimiento.

Entender este tipo de formación como un mero trámite para la obtención del “visado” laboral, supondría la pérdida de una magnífica oportunidad de transformar una visión negativa -que anula y estigmatiza a los mayores-, en una visión constructiva del envejecimiento que permita minimizar actitudes y conductas negativas hacia las personas mayores que atenderán.

Para la consecución de dicho objetivo serían varias las propuestas. Por una parte, debería contemplarse la profesionalización y especialización de los equipos docentes, dado que, en la actualidad, si bien es cierto que los requisitos para la impartición de este certificado de profesionalidad son rigurosos conforme a ley, la selección de los formadores y el desarrollo curricular no siempre es el más adecuado.

Además, la gerontología y la geriatría, como el resto de las ciencias, no se detienen y avanzan en sus métodos y contenidos, por lo que se requiere una formación continua de los docentes y una revisión periódica de los contenidos del curso.

Un planteamiento formativo actual y ajustado a la realidad, así como un seguimiento de su implementación serían claves para ofrecer a la sociedad profesionales altamente competentes en el conjunto de “saberes” que constituyen las tres dimensiones más simples y clásicas de la competencia profesional: saber, saber hacer y saber estar.

El presente estudio nos ha dado la oportunidad de poder realizar una perfilación más realista de aquellos que acceden a la formación para trabajar con personas mayores. Sin embargo, el mismo presenta ciertas limitaciones, entre ellas el tamaño de la muestra e identificar los perfiles de los formadores. Proponemos, para futuras investigaciones, la realización de estudios que incluyan diseños con evaluaciones pretest y postest, de modo que nos permita monitorizar sus competencias, así como sus conocimientos y actitudes ante el envejecimiento.

AGRADECIMIENTOS

A aquellas organizaciones y empresas que han colaborado en la entrega y recogida de los formularios, así como la implicación de sus docentes para que los alumnos participasen en el estudio: Academia Cero-Proyens S.L., Big Formación, Cabo Formación, Cefiasa-Adams Formación Ourense, Cimo (Centro de iniciativas Municipais

de Ourense), Domus Vi (en sus centros de Barreiro, Monforte, Ourense y Vimianzo), Centro de Formación Foris S.L., Serdoge S.L. y Serge Lucense.

REFERENCIAS

- Blanca Mera, M.J., Sánchez Palacios, C., y Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev Mult. Gerontol*, 15(4): 212-220
- Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.
- Cammer Paris, B., y Breznay, J. (2011). The clinical impact of the family health care decisions act on the role of guardians and other surrogates. *NYSBA Elder and Special Needs Law Journal*, 21(3), 31-32.
- Darling, R.M. (2016). Knowledge of aging and attitudes toward older people by communication sciences and disorders students. *Contemporary Issues in Communications Science and Disorders*, 43, 50-63
- Domínguez Orozco, M.E. (2011). La mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(1), <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/24808/23278>
- Faílde Garrido, J.M., Dapía Conde, M.D., Vázquez Vázquez, M.A., Ruíz Soriano, L. y Vázquez Rodríguez, L. (2019). The perspective of different age groups regarding old age and aging in highly aged contexts, *The Social Science Journal*, Article in press: <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2019.03.001>
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *La Psicología de la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Gendron T. L., Welleford, E. A., Inker, J., y White, J. T. (2015). The Language of Ageism: Why We Need to Use Words Carefully. *The Gerontologist*, 1-10. doi:10.1093/geront/gnv066.
- Gable, R.M., Searl, J., y Fulks, I.S. (2003). Communication disorders student's attitudes toward aging and the elderly. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 30, 32-40.
- Losada Baltar, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas la intervención*. Informes Portal Mayores, nº 14. Madrid: Inmerso.
- Marín, J. (2017). *Intervención socio-educativa para una visión positiva hacia las personas mayores*.
- Menéndez S., Cuevas Toro, A.M., Pérez, J., y Lorence, L. (2016). Assessment of negative stereotypes about old age in young people and adults. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 51(6):323-328.
- Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8(1), 21-30.
- Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive* (2nd ed.). New York: Springer.
- Perdue, C.W. y Gurtman, M.B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., y Sullivan, J. J. (2003). *The use of factor analysis for instrument development in health care research*. California: Sage Publications.

- Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE de 17 de diciembre de 2008).
- Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad (BOE de 9 de septiembre de 2008).
- Schroyen, S., Adam, S., Marquet, M., Jerusalem, G., Thiel, S., Giraudet, A.L., y Missotten, P. (2018). Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *European Journal of Cancer Care*, 27, 1. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ecc.12780>
- Stallard, J.M., Decker, I.M., y Sellers, J.B. (2002). Health care for the Elderly: a social obligation. *Nursing Forum*, 37(2), 5-15
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., y Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 171–179. doi: 10.1016/j.jagp.2014.03.007.
- Williams, B., Anderson, M. C., y Day, R. (2007) Undergraduate nursing students' knowledge of and attitudes toward aging: comparison of context based learning and a traditional program. *Journal of Nursing Education*, 46(3), 115-20.

Perfil sociodemográfico de los cuidadores principales familiares de enfermos de Alzheimer en Galicia

Natalia Vérez-Cotelo, N. Floro Andrés-Rodríguez, José A. Fornos-Pérez, Marcos Ríos-Lago, Rocío Mera-Gallego, Patricia García-Rodríguez

Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Vigo, España

Palabras clave (Keywords): Cuidadores principales familiares, enfermos de Alzheimer, asociaciones de familiares, farmacia comunitaria.

RESUMEN

Los cuidadores principales familiares (CPF) de los enfermos de Alzheimer (EA) viven con el paciente el progreso de su demencia, lo que supondrá un estrés emocional y físico importante.

El objetivo de este trabajo es analizar las características sociodemográficas de los CPF de EA no institucionalizados en Galicia. Comprobar si existe relación entre variables y zonas geográficas (costa e interior).

Para ello se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal, que se llevó a cabo en Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Galicia y en una farmacia comunitaria de Pontevedra.

Sujetos: CPF de EA no institucionalizados, mayores de 18 años, capaces entender los instrumentos de medida. No profesionales y familiares del EA.

Instrumentos de medida: cuestionario de características sociodemográficas, escala Duke-UNC de apoyo social percibido, escala APGAR familiar.

175 CPF, la mayoría mujeres (77,1%) entre 41 y 60 años (60,0%), con una edad media de 56,3 años (DE=11,9), principalmente hijas (52,6%), con estudios primarios (37,1%), casadas (77,7%) y que no trabajan fuera del hogar (58,3%).

El número medio de componentes del hogar familiar fue de 3,4 (DE=1,3). El 58,9% reciben ayuda en el cuidado del EA. El apoyo social percibido fue considerado satisfactorio por la mayoría de CPF (72,0%). La situación familiar resultó disfuncional leve en el 28,6% y grave en el 7,4% de los CPF. No se encontraron diferencias significativas entre zona de costa e interior.

El perfil del CPF de EA corresponde mayoritariamente a mujeres de mediana edad, entre 40 y 60 años, familiares en primer grado del paciente (principalmente hijas), con estudios primarios, casadas y que no trabajan fuera del hogar. La mayoría consideran el apoyo social suficiente y consideran que tienen una buena función familiar.

INTRODUCCIÓN

Galicia se encuentra en una preocupante situación de vulnerabilidad desde el punto de vista demográfico. Según el documento Regiones 2020 (Comisión Europea, 2008) la causa está en el aumento de su población de edad avanzada y el reducido dinamismo demográfico. Este problema demográfico que atañe a Europa, España y especialmente a Galicia hace imprescindible la previsión de planes y recursos y el planteamiento de políticas paliativas del problema a medio y largo plazo.

Las previsiones estiman que el porcentaje de población mayor de 65 años, que en el año 2016 se situaba en el 18,7% pasará a ser en España el 25,6% en 2031 y del 34,6% en 2066 (INE, 2016). En Galicia actualmente supera los 65 años el 24,9% y en 2031 representarán más del 31% del total de la población de la comunidad, con un índice de dependencia senil, que relaciona la población de 65 o más años con la población entre 15 y 64, que se situará en torno al 40% (IGE, 2019).

Como consecuencia del envejecimiento de la población se han incrementado las enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad, entre las que se encuentran las demencias. La enfermedad de Alzheimer, representa aproximadamente el 60-70% de todos los casos de demencia (Fan & Chiu, 2014), siendo una de las patologías que genera mayor dependencia en las personas mayores. En Galicia, según datos de la Federación de Asociaciones Gallega de Familiares de enfermos de Alzheimer, se estima que la cifra de enfermos de Alzheimer asciende a 70.000 personas (FAGAL, 2015).

El cuidado del enfermo de Alzheimer se realiza en nuestro país a través de la estructura informal, fundamentalmente en el ámbito de la familia (Chiatti, et al., 2015; García-Calvente, et al., 2011). Los cuidadores principales familiares de los EA experimentan junto al enfermo su deterioro progresivo e irreversible, lo que supondrá un estrés emocional y físico importante y derivará en una serie de psicopatologías como ansiedad y depresión (Laks, et al., 2015; Medrano, et al., 2014).

La edad avanzada está relacionada con procesos degenerativos, como la enfermedad de Alzheimer, la aparición de nuevas enfermedades y la cronificación de las ya existentes, todo esto supondrá un aumento del número de familias afectadas por la EA y la necesidad de invertir mayores recursos en esta enfermedad.

El trabajo que se presenta formó parte de la tesis doctoral de la primera autora, en la que se revisó las diferentes características del apoyo que las estructuras sociales y sanitarias de Galicia prestan a los CPF de EA. Se analizó asimismo el perfil del CPF, la percepción que tienen de su situación y su estado de ánimo, se detectaron posibles psicopatologías que le afectaban como consecuencia del cuidado que prestaban, cuantificando el nivel de sobrecarga y el riesgo de depresión. Se evaluó también el apoyo social percibido y el grado de satisfacción familiar.

El presente trabajo tiene como objetivos:

- Analizar las características sociodemográficas de los CPF de EA no institucionalizados en Galicia.
- Conocer su percepción sobre la función familiar y el apoyo social recibido.
- Comprobar si existen diferencias en el perfil sociodemográfico, variables y zonas geográficas (costa e interior).

1. MÉTODOS

1.1 DISEÑO

Estudio descriptivo de corte transversal. Realizado en Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Galicia y farmacia de Pontevedra.

1.2 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta los resultados de un trabajo anterior en el que se realizó un pilotaje previo (Vérez, et al., 2012), en el que resultó una puntuación media del test de Zarit (variable principal del estudio) de 25,0 (DE= 8,3). En consecuencia, para una precisión de 1,5 unidades en la estimación de una media mediante un intervalo de confianza (IC) de 95%, y teniendo en cuenta una hipótesis bilateral, la muestra requerida es de al menos 118 unidades experimentales.

1.3 PARTICIPANTES

Se reclutaron 175 CPF de EA no institucionalizados, mayores de 18 años, capaces de entender y responder a los cuestionarios administrados. Con vínculo familiar con el EA, conviviendo con él, no profesionales e informales. Todos ellos firmaron el consentimiento informado.

1.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Cuestionario ad hoc de características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, etc.). Otras preguntas registraban la situación de cuidado y el entorno familiar: parentesco con el EA, tiempo de evolución de la enfermedad, antigüedad como cuidador (Figura 1).

Cuestionario APGAR familiar, que consta de cinco ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar (Smilkstein, et al., 1978), adaptado al español por Bellón, et al. (1996a). Los puntos de corte son los siguientes: normofuncional entre 7-10 puntos, disfuncional leve entre 3-6 puntos y disfuncional grave entre 0-2 puntos.

Escala Duke-UNC (Broadhead, et al., 1988), adaptado a la población española (Bellón, et al., 1996b) que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, fundamental en el proceso de estrés de las personas cuidadoras. Puntuación igual o mayor de 32 indica un apoyo social percibido normal, mientras que menor de 32 indica un apoyo social percibido bajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el CEIC de Galicia. Se respetó la autonomía del CPF que participó en el estudio y su capacidad de decisión libre e informada, proporcionándosele la información suficiente para garantizar la comprensión de los objetivos del estudio.

Edad (años)	
Sexo	Hombre Mujer
Nivel de educación	Estudios primarios Secundaria (12-16 años) Bachillerato, formación profesional (hasta 18 años) Universitarios
Estado civil	Soltero Casado Viudo Separado
Parentesco respecto al paciente	Hijo Hija Esposo Esposa Otros (indicar cuál)
Trabajo remunerado	Sí No
Antigüedad cuidador (meses)	
Tiempo de evolución del enfermo (meses)	
Número total de personas que viven en el mismo domicilio (incluido el enfermo)	
¿Dispone usted de ayuda para el cuidado del enfermo por parte de algún familiar, servicio social o privado de ayuda a domicilio?	Sí (indicar cuál) No
¿El enfermo se traslada temporalmente a otros domicilios de familiares de forma regular?	Sí No
Medicación que toma el cuidador	Vitaminas Reconstituyentes Plantas medicinales: tila, valeriana... Psicofármacos Hipertensión Diabetes Dolores de cabeza

FIGURA 1. CUESTIONARIO DE REGISTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La mayoría de los CPF eran mujeres (77,1%) entre 41 y 60 años (60,0%), con una edad media de 56,3 años (DE=11,9) (22-87). Principalmente hijas (52,6%), con estudios primarios (37,1%), casadas (77,7%) y que no trabajan fuera del hogar (58,3%). El tiempo medio de cuidado fue de 57,0 meses (DE=36,8) (3-180). (Tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

		CPF N (%)
SEXO	Hombre	40 (22,9)
	Mujer	135 (77,1)

		CPF N (%)
EDAD	Menos de 40 años	13 (7,4)
	Entre 41 y 50 años	50 (28,6)
	Entre 51 y 60 años	55 (31,4)
	Entre 61 y 70 años	36 (20,6)
	Entre 71 y 80 años	15 (8,6)
	Mayor de 80 años	6 (3,4)
ESTADO CIVIL	Soltero	25 (14,3)
	Casado	136 (77,7)
	Viudo	5 (2,9)
	Separado	9 (5,1)
NIVEL DE EDUCACIÓN	Estudios primarios	65 (37,1)
	Secundarios	29 (16,6)
	Bachillerato/FP	23 (13,1)
	Universitarios	58 (33,2)
TRABAJO REMUNERADO	Sí	73 (41,7)
	No	102 (58,3)
TIEMPO EVOLUCIÓN EA	Menos de 4 años	60 (34,2)
	4-7 años	75 (42,9)
	Más de 7 años	40 (22,9)
TIEMPO DE CUIDADO CPF	0-1 año	12 (6,9)
	1-2 años	26 (14,8)
	2-3 años	35 (20,0)
	3-4 años	28 (16,0)
	4-5 años	24 (13,7)
	5-6 años	3 (1,7)
	6-7 años	15 (8,6)
	7-8 años	10 (5,7)
	8 años o más	22 (12,6)

El número medio de componentes del hogar familiar fue de 3,4 (DE=1,3) (2-8). El 64,0% de los hogares estaban formados por solo 2 o 3 personas.

El perfil sociodemográfico del CPF en Galicia no difiere del que se encuentra descrito en la literatura, tanto en estudios nacionales (Conde, 2010; Millán, et al., 1998; Turró, et al., 2008; Turró, et al., 2010) como internacionales (Gustavsson, et al., 2011; Olesen, et al., 2012; Reed, et al., 2014).

Nuestros resultados parecen apoyar el punto de vista de otros autores (Crespo & López, 2008; Manso, et al., 2013) que también encontraron una edad media superior para los hombres (60 años) que para las mujeres (55 años). Estos autores sostienen que los hombres, a diferencia de las mujeres, se ocupan del cuidado del cónyuge sólo cuando las mujeres no pueden desempeñarlo, o cuando dejan de trabajar por jubilación o desempleo, y por eso tendrían mayor edad.

2.2 APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

El 58,9% de los CPF de EA reciben ayuda en el cuidado del EA, prestada por algún familiar o servicio público o privado. El apoyo social percibido fue considerado satisfactorio por la mayoría de CPF, 126 (72,0%). La puntuación media fue de 38,5 (DE=11,7) (12-55), no encontrándose diferencias significativas entre los CPF de la muestra según fueran hombres o mujeres ($p=0,176$).

2.3 SITUACIÓN FAMILIAR

La situación familiar resultó normofuncional en 112 (64,0%) CPF, disfuncional leve en 50 (28,6%) y grave en 13 (7,4%), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p=0,461$).

2.4 DIFERENCIAS ENTRE ZONAS GEOGRÁFICAS Y RELACIONES ENTRE VARIABLES

En la comparación de las variables socio-demográficas entre las zonas de costa e interior de Galicia, los dos grupos estudiados mostraron una representación similar de hombres y mujeres, no encontrándose diferencias significativas en esta variable. Tampoco se encontraron diferencias significativas en otras variables como la edad del CPF, el nivel educativo y si el cuidador trabajaba o no ($p > 0,05$ en todos los casos).

En cuanto a las relaciones entre variables encontramos que, en el interior, los CPF de más edad tenían mejor función familiar ($p=0,045$). El apoyo social percibido presentó una correlación positiva con el tiempo como cuidador ($p=0,037$).

Cuanto mayor era el nivel educativo se encontró una mejor función familiar ($p= 0,040$) y un mayor apoyo social ($p < 0,001$).

3. CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico del CPF de EA en Galicia coincide con el descrito en la literatura. Parece ser independiente de características culturales o sociales y corresponde, mayoritariamente, a mujeres de mediana edad, entre 40 y 60 años, familiares primer grado del paciente (principalmente hijas), con estudios primarios, casadas y que no trabajan fuera del hogar.

La mayoría de los CPF consideran el apoyo social percibido suficiente, tienen una buena función familiar y

reciben ayuda en el cuidado del EA.

No parece haber diferencias significativas en cuanto al perfil de los CPF de EA entre las zonas de costa e interior de Galicia.

REFERENCIAS

- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J., & Lardelli, P. (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 18(6), 153-63.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D., & Lardelli, P. (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*, 18(6), 289-95.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V., & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26: 709-23.
- Chiatti, C., Rimland, J.M., Bonfranceschi, F., Maser, F., Bustacchini, S. Spazzafumo, L., et al. (2015). The UP-TECH project, an intervention to support caregivers of Alzheimer's disease patients in Italy: *preliminary findings on recruitment and caregiving burden in the baseline population*. *Aging & Mental Health*, 19(6), 517-525.
- Comisión Europea. (2008). *Dirección General de Política Regional*. Informe Regiones 2020. 2008. Acceso 16/6/2019. Disponible en: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/working/regions2020/pdf/regions2020_fr.pdf
- Conde, J.L. (2010). La familia y los cuidados informales en la demencia. Diferencias entre cónyuges e hijos cuidadores. En Alberca, R., & López-Pousa, S. (Eds.). *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias* (pp. 101-11). 4ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana.
- Crespo López, M., & López Martínez, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 35, 1-36.
- Fan, L.Y., & Chiu, M.J. (2014). Combothrapy and current concepts as well as future strategies for the treatment of Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 439.
- Federación de Asociaciones Gallegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (FAGAL) (2015). Dossier 2015. Santiago de Compostela: FAGAL.
- García-Calvente, M.M., del Río, M., & Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Gac Sanit*, 25, 100–107.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., & Beghi, E., CDBE2010 Study Group (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Instituto Gallego de Estadística (2019). *Indicadores demográficos. Resumen de resultados a 29/3/2019*. Acceso 18/6/2019. Disponible en: https://www.ige.eu/estatico/estatRM.jsp?c=0201004&ruta=html/gl/OperacionsEstruturais/Resumo_resultados_Indicadores_demograficos.html
- Instituto Nacional de Estadística (2016). Proyecciones de población 2016-2066. Acceso 18/6/2019. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/np994.pdf>.

- Laks, J., Goren, A., Dueñas, H., Novick, D., & Kahle-Wroblewski, K. (2015). Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.4309
- Manso, M.E., Sánchez, M.P. & Cuéllar, I. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37-45.
- Medrano, M., Rosario, R.L., Payano, A.N., & Capellán, N.R. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dementia & Neuropsychologia*, 8 (4), 384-388.
- Millán, J.C., Gandoy, M., Cambeiro, J., Antelo, M. & Mayán, J.M. (1998). Perfil del cuidador familiar del enfermo de Alzheimer. *Geriátrica*, 14, 449-53.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Reed, C., Belger, M., Dell'Agnello, G., Wimo, A., Argimon, J. M., Bruno, G., et al. (2014). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Differential associations in adult-child and spousal caregivers in the GERAS observational study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 4 (1), 51-64.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and Reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Family Practice*, 15: 303-11.
- Turró, O., López-Pousa, S., Vilalta, J., Turón, A., Pericot, I., Lozano, M., et al. (2010). Valor económico anual de la asistencia informal de la Enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 51(4), 201-7.
- Turró, O., Soler, O., Garre, J., López-Pousa, S., Vilalta, J. & Monserrat, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 46, 582-8.
- Vérez Coteló, N., Acuña Ferradanes, A., Andrés Iglesias, J.C., Fornos Pérez, J.A., & Andrés Rodríguez, N.F. (2012). Detección de sobrecarga y patologías asociadas en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Farmacéuticos Comunitarios*, 4 (Supl 1), S109-S111.

Las alteraciones del sueño en la vida diaria de las personas mayores mediante el uso de dispositivos wearables

Patricia Concheiro-Moscoso, Betania Groba, Javier Pereira, María del Carmen Miran-da-Duro, Laura Nieto-Riveiro y Thais Pousada

Grupo TALIONIS. CITIC. Universidade da Coruña, A Coruña, España.

Palabras clave (Keywords): Envejecimiento activo, trastornos del sueño, calidad de vida, funcionamiento diario, wearables.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo del estudio ha sido realizar un seguimiento inteligente del estado de salud de la población mayor, explorando y comparando la calidad de vida y el funcionamiento diario; e integrar un sistema de captura de los datos que permita registrar los datos de actividad física, del sueño y de los factores vinculados con ambos aspectos a través de diferentes wearables. Material y métodos: Se ha desarrollado un estudio observacional y analítico. Participaron un total de 37 personas mayores que se encontraban en una residencia dentro de un entorno semiurbano de A Coruña (edad 84.1 ± 8.0 , 81.1% mujeres). En el estudio se utilizaron diferentes herramientas para la evaluación de los trastornos del sueño como pulseras de actividad MiBand 2 de la marca Xiaomi para la medición de parámetros biomédicos de los usuarios, la recogida de estos datos ha sido automatizada a través de un sistema de captura de datos. Además, se administraron varias escalas de evaluación como EuroQol 5D-5L, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core set sleep disorders Comprehensive, Oviedo Sleep Questionnaire y Pittsburgh Sleep Quality Index. Resultados: La mala calidad del sueño se asoció con varios índices de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), incluyendo problemas de movilidad ($\beta = 0.19$, $p = 0.012$) dificultades en el autocuidado ($\beta = 0.23$, $p < 0.001$) y actividades de la vida diaria ($\beta = 0.18$, $p = 0.004$), ansiedad /depresión más severa ($\beta = 0.10$, $p = 0.042$), y un índice de salud general más bajo ($\beta = 0.06$, $p = 0.001$). Además, la presencia de dificultades en el sueño se asoció con varios problemas en su funcionamiento diario, presentando mayor dificultad para centrar la atención ($\beta = 1.63$, $p < 0.001$) y para realizar múltiples tareas ($\beta = 1.83$, $p < 0.001$). Conclusiones: La calidad del sueño en las personas mayores institucionalizadas se asocia con bajos índices en la CVRS y el funcionamiento diario. Se considera necesario la realización de estudios longitudinales e intervenciones para el sueño para mejorar la salud y el funcionamiento diario de esta población.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño a menudo se asocian con dificultades en la vida diaria. Varios estudios han examinado las asociaciones entre la falta de sueño con la salud y la calidad de vida en la población en general, provocando no solo dificultades en las actividades de la vida diaria (Pigeon, Bishop and Marcus, 2014), sino

también, cambios en el comportamiento y en el estado de ánimo, o en la aparición de diferentes síndromes gerontológicos, como el miedo a caer o la presencia de alteraciones cognitivas (McCurry et al., 2007; Wennberg et al., 2013a; Cipriani et al., 2015).

Según los últimos datos, España, después de Japón, es el segundo país con mayor esperanza de vida y uno de los países más envejecidos de la Unión Europea. (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018; Eurostat, 2018). Estas circunstancias han dado lugar a un aumento de las personas mayores que viven en residencias en los últimos años, siendo triplicado y cuyos usuarios son mayormente mujeres mayores (78% mayores de 80 años y 70% mujeres) (Centro de Investigaciones sociológicas, 2018).

Sin embargo, muy pocos estudios han investigado las relaciones del sueño con la calidad de vida y el funcionamiento diario entre las personas mayores que se encuentran en una institución residencial. La mayoría de los estudios se realizaron en áreas geográficas fuera de España con culturas sociales muy diferentes y, en consecuencia, pueden tener menos generalización a los entornos urbanos o rurales de España (Abellán et al., 2018). Por ello, el objetivo de este estudio ha sido (a) realizar un seguimiento inteligente del estado de salud de la población mayor, explorando y comparando su calidad de vida y su funcionamiento diario; (b) integrar un sistema de captura de datos que permita registrar los datos de la actividad física, del sueño y de los factores vinculados con ambos aspectos, a través de diferentes wearables; (c) ofrecer un sistema de acceso a la consulta de datos de salud de los participantes con el objetivo de fomentar la participación activa de las personas en su proceso de atención, y promover el empoderamiento, la salud participativa y el envejecimiento activo en la población.

1. MÉTODOS

Este proyecto se trata de un estudio observacional y analítico, donde el objetivo de la investigación es la observación y el registro de variables de una población determinada sin que exista una intervención por parte del investigador y estableciendo relaciones entre variables de asociación y casualidad. Asimismo, este estudio se considera longitudinal y comparativo ya que se va a realizar un seguimiento de algunas características de la población durante un período de tiempo. En concreto, se monitorizará la actividad física y la calidad del sueño de la población participante a lo largo de un período extenso de tiempo (Machi R., 2001).

1.1 PARTICIPANTES

Todos los participantes debían de presentar un diagnóstico de insomnio y/o hipersomnia, o somnolencia; o bien, mostrar la apreciación de tener dificultades para dormir, y debían pertenecer a la residencia de estudio. Mientras que, los participantes que tenían complicaciones agudas o graves en su estado de salud, estaban en las fases terminales de una enfermedad, se hallaban en situación de petición de traslado a otro centro o se encontraban en una estancia de régimen temporal quedaron excluidos del estudio.

1.2 INSTRUMENTOS

En la investigación se han empleado dispositivos wearables para la medición de parámetros biomédicos de los usuarios, concretamente se utilizaron las pulseras de actividad MiBand2 de la marca Xiaomi (Lee, J. M., Kim, Y., & Welk, 2014) La recogida de los datos es automatizada a través de un sistema de captura de datos que se

conecta directamente a los dispositivos y obtiene toda la información de la pulsera sin la necesidad de acceder a la aplicación del fabricante.

Por otra parte, los participantes del estudio completaron seis de las siete herramientas de evaluación, excepto la International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core set sleep disorders Comprehensive, a través de una Tablet con el apoyo de la investigadora principal. El uso de esta herramienta tiene como objetivo la adaptación de las escalas a las necesidades de cada participante. Una vez cubiertos todos los instrumentos, los datos eran exportados a otro equipo a través de Time Viewer software. Tras la evaluación, estos datos eran exportados desde el programa Microsoft Access 2016 a Microsoft Excel 2016 para su visualización.

Las herramientas de evaluación administradas fueron la EuroQol-5D-5L para evaluar la calidad de vida, la ICF Core set sleep disorders Comprehensive para valorar el funcionamiento diario, el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo para determinar la presencia de deterioro cognitivo.

Para examinar la presencia de dificultades en el sueño se emplearon las escalas Oviedo Sleep Questionnaire y Pittsburgh Sleep Quality Index. Como medidas adicionales se recogieron datos sociodemográficos mediante un cuestionario general.

1.3 PROCEDIMIENTO

Este estudio ha sido desarrollado en un centro residencial ubicado en la provincia de A Coruña, Galicia. El estudio comenzó en abril de 2018 y actualmente sigue activo, con el uso de las pulseras Xiaomi MiBand 2. En la investigación participan todos los usuarios pertenecientes al centro residencial de estudio. En el proceso de esta investigación, se llevó a cabo el consentimiento informado por parte de las personas participantes.

Además, el protocolo del estudio obtuvo el informe favorable del Comité Autonómico de Ética de Investigación de A Coruña-Ferrol (2017/106), realizado conforme la Declaración de Helsinki para la ética de la investigación humana. Por último, cabe destacar que se asignó un código alfanumérico a cada participante del estudio para cumplir con el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de datos de las personas físicas (RGPD) en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos, vigente desde el 25 de mayo de 2018.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva a través del Programa PSPP y Microsoft Excel 2016. Para las variables sociodemográficas, las variables continuas y categóricas analizaron utilizando pruebas pruebas t de muestras independientes y pruebas de chi-cuadrado, respectivamente. Las asociaciones del sueño con la calidad de vida, el funcionamiento diario y los factores ambientales se analizaron mediante regresión lineal simple. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo (Marchi R., 2001).

En cuanto al tamaño muestral se determinó que para la existencia de una relación estadísticamente significativa eran necesaria una muestra mínima de 34 participantes (95% de seguridad, 80% de poder estadístico, para una diferencia de medias de 0.05 y un coeficiente de correlación de 90%) (Machi R., 2001).

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio participaron 37 personas. Los participantes tenían edades comprendidas entre los 65 y 104 años y eran en su mayoría mujeres (~81.1%). Más de dos tercios de la muestra mostraron un deterioro cognitivo ligero (70.3%), 59.5% refirieron tener dificultades para dormir, y 81.1% toma medicamentos para poder dormir. Por lo que, la investigación mostró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y los problemas del sueño. Esta asociación está respaldada por estudios que informan sobre las diferencias en los hábitos y las rutinas establecidas por las mujeres en etapas anteriores (Wennberg et al., 2013). Aunque, en este caso, es importante destacar que las rutinas de los participantes actuales fueron establecidas por el centro y fueron las mismas para ambos sexos.

La investigación mostró la relación entre las características sociodemográficas y la calidad del sueño. La mala calidad del sueño se asoció significativamente con el sexo femenino (PSQI, $p = 0.037$; y OSQ, $p = 0.009$), con la percepción de tener dificultades en el sueño (OSQ, $p = 0.009$), con el uso de medicamentos para dormir (PSQI, $p = 0.037$; y OSQ, $p < 0.001$), y con la presencia de deterioro cognitivo (PSQI, $p = 0.021$; y OSQ, $p < 0.001$). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas de la calidad del sueño con la edad, el diagnóstico clínico de trastornos del sueño o el uso de productos de apoyo (Perlick, Pollak and Perlick, 2015).

La investigación demuestra relaciones significativas entre las dificultades en el sueño y la calidad de vida. La falta de sueño se asoció con mayores problemas de movilidad (PSQI, $\beta = 1.77$, $p < 0.001$; OSQ, $b = 1.82$, $p < 0.001$), mayores problemas con el autocuidado (PSQI, $\beta = 1.74$, $p < 0.001$; OSQ, $\beta = 1.65$, $p < 0.001$), mayores problemas con las actividades de la vida diaria (PSQI, $\beta = 1.55$, $p < 0.001$; OSQ, $\beta = 1.70$, $p < 0.001$). mayor dolor o malestar ((PSQI, $\beta = 1.31$, $p = 0.001$; OSQ, $\beta = 1.42$, $p < 0.001$), mayor ansiedad o depresión (PSQI, $\beta = 1.47$, $p < 0.001$; OSQ, $\beta = 1.74$, $p < 0.001$).

Las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión de la escala EQ 5D-5L son consideradas por la población española de mayor edad como las más problemáticas para su salud. Al compararlas con los datos de este estudio, se ha observado que nuestra población muestra (96,3 dolor/malestar; 96,8% ansiedad/depresión) mayores dificultades en ambas dimensiones con respecto a los datos nacionales (25,4% dolor/malestar; 15% ansiedad/depresión). Por lo que, este aspecto podría apoyar la relación existente entre estos dos factores y los problemas de sueño (Ministerio de Sanidad, 2011).

La mala percepción del usuario sobre su estado de salud también se relacionó significativamente con las dificultades en el sueño (PSQI, $\beta = -19.22$, $p < 0.001$; OSQ, $\beta = -17.30$, $p = 0.010$) (Perlick, Pollak and Perlick, 2015).

En cuanto al funcionamiento diario, la alta correlación entre la atención centrada y la escala PSQI fue particularmente interesante (PSQI, $\beta = 1.63$, $p < 0.001$). Además, la asociación entre la realización de múltiples tareas y los datos de OSQ y PSQI fue extremadamente alta (OSQ, $\beta = 1.83$, $p < 0.001$; PSQI, $\beta = 1.43$, $p < 0.001$). Esto indica que una falta de sueño resulta en una interrupción de la atención, en las tareas de control ejecutivo, en la memoria de trabajo episódica y en una mayor frecuencia de quejas cognitivas (Porter, Buxton and Avidan, 2015).

También, es importante destacar la correlación entre el manejo del estrés y otras demandas psicológicas y los datos del PSQI (PSQI $\beta = 1.27$, $p < 0.001$), ya que la aparición de problemas del sueño y su acumulación prolongada también afectan negativamente el bienestar mental y emocional, lo que lleva a la aparición de trastornos del comportamiento y del estado de ánimo (Porter, Buxton y Avidan, 2015).

En cuanto a los factores ambientales, los factores que tienen que ver con el entorno en el que vive una persona (clima, luz, sonido, calidad del aire) fueron considerados en su mayoría como facilitadores por la población sin problemas de sueño. El ruido excesivo en un entorno del sueño o las temperaturas demasiado altas o demasiado bajas también influyen en la aparición y el empeoramiento de los trastornos del sueño (Porter, Buxton and Avidan, 2015).

Los factores ambientales fueron generalmente considerados como facilitadores. Los elementos relacionados con la familia o el personal se consideraron facilitadores y proveedores de apoyo dentro y fuera del hogar. Sin embargo, cabe señalar que las actitudes del personal tuvieron porcentajes negativos en algunos casos. Por el contrario, las actitudes de los familiares fueron consideradas como facilitadoras, los familiares se vuelven más relevantes a medida que envejecemos (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Por último, un tema relevante en este estudio fue el análisis del funcionamiento diario de la muestra a través del ICF Core Set for Sleep. Esta herramienta proporcionó datos muy relevantes sobre el desarrollo de una variedad de actividades y factores ambientales que están relacionados con el sueño en las personas mayores. Es importante destacar que algunos participantes tuvieron problemas para comprender algunas de las categorías, estas dificultades de administración se originaron en la cantidad de preguntas que conforman el Conjunto básico y en el hecho de que la población utilizada para la validación era ambigua y no tenía deterioro cognitivo (Gradinger et al., 2011).

3. CONCLUSIONES

En este estudio transversal, se encontró que las personas con problemas de sueño tenían peor calidad de vida y mayores dificultades en su funcionamiento diario que las que no tenían ningún problema de sueño. Se encontraron correlaciones extremadamente relevantes con los datos de las escalas OSQ y PSQI con respecto a variables como el sexo, la edad, el deterioro cognitivo o la percepción del sueño.

Agradecimientos

Esta publicación científica fue financiada por las ayudas de apoyo a la etapa predoctoral en las universidades del Sistema universitario gallego, en los organismos públicos de investigación de Galicia y en otras entidades del Sistema Gallego de I+D+i, cuyo financiamiento procede de la Unión Europea a través del Fondo Social Europeo en un 80% y en un 20% restante de la Secretaría General de Universidades, perteneciente a la Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria da Xunta de Galicia.

REFERENCIAS

- Abellán, A. et al. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España*, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red no 17. Available at: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>.

- Centro de Investigaciones sociológicas (2018). Informe envejecimiento en red. Available at: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2017.pdf>.
- Cipriani, G. et al. (2015). Sleep disturbances and dementia, *Psychogeriatrics* [Internet], 15(1), pp. 65–74. doi: 10.1111/psyg.12069.
- Gradinger, F. et al. (2011). Part 1. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for persons with sleep disorders: Results of the consensus process integrating evidence from preparatory studies', *Sleep Medicine*. Elsevier B.V., 12(1), pp. 92–96. doi: 10.1016/j.sleep.2010.08.009.
- Lee, J. M., Kim, Y., & Welk, G. J. (2014). Validity of consumer-based physical activity monitors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46(9). Available at: <http://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000287>.
- Machi R. (2001). *Introducción a la estadística en ciencias de la salud*. Panamerica. Argentina.
- McCurry, S. M. et al. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and aging*, 22(1), pp. 18– 27. doi: 10.1037/0882-7974.22.1.18.
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2011). *Encuesta Nacional de Salud*. Serie Informes monográficos. La Salud en adultos: EQ-5D-5L.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2016). Informe 2016: *Las personas mayores en España*. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.
- Perlick, D., Pollak, C. P. and Perlick, D. (2015). Problems and Institutionalization of the Sleep Elderly I nstitutionalization, (October 1991). doi: 10.1177/089198879100400405.
- Pigeon, W. R., Bishop, T. M. and Marcus, J. A. (2014). Advances in the management of insomnia., *F1000prime reports*, 6(June), p. 48. doi: 10.12703/P6-48.
- Porter, V. R., Buxton, W. G. and Avidan, A. Y. (2015). Sleep, Cognition and Dementia, *Current Psychiatry Reports*, 17(12). doi: 10.1007/s11920-015-0631-8.
- Wennberg, A. M. et al. (2013a). Optimizing sleep in older adults: Treating insomnia', *Maturitas*, 76(3), pp. 247–252. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007.
- Wennberg, A. M. et al. (2013b). Optimizing sleep in older adults: Treating insomnia, *Maturitas*, 76(3), pp. 247–252. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007.

Café Memória em Portugal 2013 a 2018 – um projeto comunitário de apoio a pessoas com demência e cuidadores

Maria João Amante¹, Catarina Alvarez², Isabel Sousa², Lia Araújo^{1,3}, Susana Fonseca¹

¹ *Escola Superior de Educação de Viseu e CI&DETS, Portugal;* ² *Associação Alzheimer Portugal, Lisboa, Portugal;* ³ *CINTESIS, Porto, Portugal*

Palabras clave (Keywords): Intervenção, cuidadores familiares, demência, comunidade.

RESUMEN

Objetivo: refletir acerca da abrangência do Café Memória a nível nacional, em termos no número de voluntários envolvidos e respetivas horas de trabalho, número de sessões já realizadas, número e tipo de participantes e sua satisfação. Método: Os dados foram recolhidos através de questionários e submetidos numa base de dados geral pelos técnicos de 18 Cafés Memória de Portugal. O questionário incluiu dados de caracterização dos participantes, dados de satisfação, que incluem o ambiente, relacionamento com participantes, relacionamento com a equipa, apoio da equipa; a Informação disponível, as atividades da sessão, a pausa para café e a adequação às expectativas, numa escala de 1 a 5. No final de cada sessão é também preenchida a ficha de registo das presenças, quer de participantes, como os voluntários envolvidos e convidados. Os dados foram analisados com recurso à análise descritiva. Resultados: Desde o início do projeto, em 2013, que é notável a evolução da sua abrangência a nível territorial, que passou de 2 para 18 Cafés. Também o número de sessões aumentou consideravelmente, de 18 em 2013, para 215 em 2018, o que perfaz um total de 675 nos 6 anos considerados. Até ao momento já participaram mais de 3000 pessoas, num total de 11763 participações. Este projeto baseia-se numa forte componente de voluntariado, tendo sido formados já mais mais de 550 pessoas, que já perfizeram um total de 19429 horas de voluntariado, distribuídas pelos 6 anos de projeto. No período considerado, um total de 3071 pessoas participaram no Café Memória, destas, 1908 cuidadores/familiares, 344 pessoas com demência, 351 pessoas com problemas de memória e 716 foram outros participantes (e.g., profissionais, amigos e vizinhos de pessoas com demência, etc.). Os dados sobre a satisfação são bastante positivos, todos acima do 4.5, o que aponta para uma satisfação total (5). Conclusão: A adesão verificada ao projeto, bem como os resultados da satisfação dos participantes têm realçado a sua pertinência e relevância e incentivam ao seu crescimento nomeadamente nas áreas nacionais ainda não cobertas.

INTRODUCCIÓN

As alterações demográficas do século XX, nomeadamente no que se refere ao envelhecimento populacional,

vieram trazer novos desafios à investigação e às políticas de saúde e sociais. Se por um lado se verificam melhorias ao nível dos cuidados de saúde e das respostas sociais disponíveis, por outro novas doenças e aumento de prevalência de outras requerem novas abordagens, mais opções e soluções que possam satisfazer públicos e necessidades diferentes. Este é o caso das demências e outras doenças neurodegenerativas que, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2015), são em todo o mundo 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões. Surge em destaque a doença de Alzheimer que representa cerca de 60 a 70% de todos os casos de demência (World Health Organization [WHO], 2015).

Em Portugal, não existem estudos epidemiológicos atualizados, mas, em 2014 segundo a Alzheimer Europe, já se estimavam cerca de 182 mil pessoas com demência (Alzheimer Europe, 2014). As estimativas mais recentes, da OCDE, colocam o país em 4º lugar no que respeita a casos por mil habitantes (média de 19,9, sendo a média da OCDE de 14,8), subindo assim o número de pessoas com demência para mais de 205 mil, número que subirá para as 322 mil até 2037 (OCDE, 2017). Também em Portugal, de entre todas as demências, a doença de Alzheimer é a mais prevalente representando cerca de 50% a 70% dos casos diagnosticados (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015).

Em consequência as políticas sociais e de saúde devem reformular-se por forma a dar resposta eficaz a estes novos desafios. O que se verifica é que, quer a nível institucional, quer a nível comunitário, em termos públicos, são escassas as soluções que os doentes com demência e cuidadores possuem, tanto do ponto de vista do apoio e prestação de serviços, como da intervenção não farmacológica. As respostas existentes quase que se esgotam apenas nos cuidados de saúde básicos, no acompanhamento médico e nos cuidados de higiene. No entanto, em termos comunitários começam a surgir alguns projetos de intervenção não farmacológica, de iniciativa privada ou associativa, que procuram proporcionar qualidade de vida às pessoas com demência e aos seus cuidadores.

Tal é o caso do projeto Café Memória, promovido pela Alzheimer Portugal e a Sonae Sierra. Este modelo de intervenção, direcionado para pessoas com problemas de memória/demência e seus cuidadores/familiares (Jones, Redwood, & Harding, 2008), teve a sua origem nos Países Baixos em 1997 (“Alzheimer Café”) e em Portugal iniciou-se em 2013.

O projeto, que tem como destinatários as pessoas com Doença de Alzheimer e outras demências e os seus cuidadores, tem por base um ambiente informal, organizado em formato de mesas de café, aberto a todos e sem marcação prévia. Em cada mesa existe um voluntário, com formação no projeto, que acompanha e auxilia os restantes 5 elementos das mesas nas tarefas propostas e dois técnicos responsáveis pela condução de todo o projeto (i.e., planificação, desenvolvimento e avaliação das sessões). As sessões são em alternância de palestras informais sobre temáticas de interesse para este público alvo (ex.: Demências; Nutrição; Direitos; Cuida dos em Casa), com sessões de atividades (ex.: estimulação cognitiva, sensorial, motora; manuais). Ambas podem ser dinamizadas por convidados ou pelos técnicos responsáveis. A sessão inicia-se com o acolhimento, momento considerado pelos participantes como muito importante, ao qual se segue uma dinâmica de apresentação. Depois são servidos à mesa café, chá e bolos e os participantes têm oportunidade de conviver por alguns minutos antes da realização da palestra ou atividade. A sessão termina com uma

despedida individualizada a todos os participantes. Este modelo é seguido em todos os Cafés Memória do país.

Este projeto replicado internacionalmente tem revelado variados benefícios nos cuidadores e participantes (Greenwood et al., 2017; Dow et al., 2011; Zarit et al., 2004; McFadden & Koll, 2014).

Uma vez que este projeto já existe há 6 anos em Portugal, revela-se pertinente refletir acerca da sua abrangência a nível nacional, da satisfação dos participantes, bem como dos voluntários envolvidos e respetivas horas de trabalho e ainda do número de sessões já realizadas.

1. MÉTODOS

O presente estudo procura apresentar evidência sobre a abrangência do Café Memória em Portugal nos 6 anos de funcionamento.

1.1 PARTICIPANTES

Foram objeto de análise os 19 Cafés Memória em funcionamento em Portugal em 2018, em diversas cidades, nomeadamente Lisboa (Colombo, São Roque, Castilho, Campo Pequeno e Marvila), Cascais, Porto, Viana do Castelo, Oeiras, Viseu, Braga, Guimarães, Almada, Barcelos, Leiria, Sintra, Évora, Esposende e Funchal, no que se refere ao número total de sessões e de participantes, à satisfação dos participantes, ao número de voluntários envolvidos e horas de voluntariado dispendidas. Estão também incluídos dados do Café Memória de Campo Maior que funcionou durante um ano entre Setembro de 2014 e Agosto de 2015.

1.2 INSTRUMENTOS

No final de cada Café Memória são preenchidas bases de dados pelos técnicos responsáveis onde se registam, entre outros, os dados em análise, que são organizados numa base de dados nacional. É sobre esta base de dados que o presente trabalho se baseia.

Sempre que chega um novo participante a uma sessão do Café Memória é convidado a preencher um questionário de caracterização, com informação sociodemográfica, sobre a sua situação face à demência (ex.: se é pessoa com demência ou cuidador) e como teve conhecimento do projeto.

Os dados de satisfação resultam do preenchimento, pelos participantes, de um questionário de satisfação, no final de cada sessão e igual para todos os Cafés. Nessa ficha são avaliados o Ambiente; o Relacionamento com os outros participantes; o Relacionamento com a equipa; o Apoio da equipa; a Informação disponível; as Atividades da sessão; a Pausa para café e a Adequação da sessão às expectativas, numa escala de 1 (nada satisfeito) a 5 (totalmente satisfeito).

Em todas as sessões é também preenchida a ficha de registo das presenças, quer de participantes, quer de voluntários envolvidos e convidados.

1.3 PROCEDIMIENTO

Os dados foram recolhidos mensalmente pelos técnicos em todas as sessões dos 19 Cafés Memória das várias regiões de Portugal: norte, centro e sul.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

A partir da base de dados nacional de todos os Cafés Memória em funcionamento entre 2013 e 2018, foram feitas análises descritivas das variáveis consideradas.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Desde o início do projeto, em 2013, que é notável a evolução da sua abrangência a nível territorial, visto ter iniciado em abril desse ano com dois Cafés Memória (Lisboa-Colombo e Cascais) e contar em final de 2018 com perto de 20. Em 2014 iniciaram a sua atividade os Cafés Memória de São Roque e Castilho, na cidade de Lisboa, Campo Maior, Porto e Viana do Castelo. Oeiras e Viseu abriram em 2015 e Braga, Guimarães e Madeira em 2016. O ano de 2017 foi aquele em que se registou a abertura de mais Cafés Memória: Almada, Barcelos, Leiria, Campo Pequeno, Marvila e Sintra. Em 2018 iniciaram Évora e Esposende). Graças à abertura de novos espaços entre 2013 e 2018, verificou-se também uma evolução muito positiva no número de sessões realizadas, de 18 em 2013, para 215 em 2018, o que perfaz um total de 675 nos 6 anos considerados (Tabela 1).

TABELA 1. EVOLUÇÃO DO PROJETO

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cafés Memória novos	2	5	2	3	6	2
Sessões	18	52	97	123	170	215
Participantes	116	407	463	600	909	865
Participações	286	990	1676	2143	2639	4029
Convidados	35	144	242	189	248	220
Voluntários	30	118	78	110	150	71
Voluntariado	652	537	2867	3708	4928	5737

Também graças à maior divulgação do projeto, verificou-se um crescente alcance no público-alvo. Até ao momento já participaram mais de 3000 pessoas em sessões do Café Memória, tendo-se verificado só no ano de 2017, um total de 909 participantes novos (cuidadores, pessoas com demência, pessoas com problemas de memória e outros). Muitas destas pessoas repetiram a frequência nas sessões do café, e perfizeram um total de 11763 participações até ao final do ano passado, tendo-se verificado o maior aumento entre os anos de 2017 e 2018, mais precisamente de 2639 para 4029 participações, ano em que foram abertos mais novos Cafés Memória (6 no total). Além do público-alvo, também os convidados foram em número elevado, sobretudo em 2017 (n=150), 2014 (n=118) e 2016 (n=110).

Este projeto baseia-se numa forte componente de voluntariado, tendo já sido formados mais mais de 550 pessoas. O período de maior entrada de voluntários foi 2017, o que está relacionado com o número de Cafés Memória novos que abriram nesse ano, tendo-se verificado um decréscimo em 2018 (ano em que foram

número considerável de homens cuidadores. formados apenas 71 voluntários) Em conjunto, Existe ainda uma maioria clara de cuidadores todos os voluntários já perfizeram um total de casados, que muitas vezes frequentam o Café 19429 horas de voluntariado, distribuídas pelos 6 anos de projeto.

No período considerado, um total de 3071 pessoas participaram em sessões do Café Memória. Destas, 1908 são cuidadores/familiares (cuidadores principais, outros familiares, amigos ou vizinhos e cuidadores profissionais), 344 pessoas com demência, 351 pessoas com problemas de memória e 716 foram outros participantes (e. g. pessoas sem relação direta com a demência, mas interessadas pelo tema e pelas questões relacionadas com o envelhecimento).

Na tabela 2 é possível verificar as características sociodemográficas por tipo de participante.

TABELA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

		CUIDADOR	PESSOA C/ DEMÊNCIA	PESSOA C/ PROBLEMA MEMÓRIA	OUTRO
Idade (média)		54.5	73.5	72.6	53.9
Género (n)	Feminino	1374	212	251	527
	Masculino	534	132	100	189
Escolaridade (n)	Analfabeto	3	11	21	5
	1 a 4 anos	207	118	128	116
	Secundário	600	84	90	317
	Ensino sup.	870	50	60	463
Estado civil (n)	Solteiro	431	14	52	206
	Casado	978	204	122	234
	Divorciado	221	17	39	89
	Viúvo	82	67	92	69
	União facto	17	0	0	5

É de destacar os níveis elevados de escolaridade dos cuidadores e o reduzido número de pessoas sem escolaridade, quer cuidadores, quer pessoas com demência ou problemas de memória, provavelmente devido ao facto de este projeto estar implementado em cidades. No entanto, também é de assinalar que participam pessoas com todos os níveis de escolaridade e que as pessoas com demência ou problemas de memória possuem na sua maioria apenas 4 anos de escolaridade, o que revela que o formato do Café é acessível e interessante a todas as pessoas independentemente do seu grau de escolaridade. É interessante verificar que a maioria dos participantes são mulheres, mas que existe um número considerável de homens cuidadores. Existe ainda uma maioria clara de cuidadores casados, que muitas vezes frequentam o Café Memória com o seu cônjuge.

Os dados recolhidos no final de cada sessão, sobre a satisfação dos participantes em vários parâmetros de funcionamento do Café Memória, entre o período de 2013 e 2018, é bastante positiva. Todos se situam acima de 4.5, o que aponta para uma satisfação total (5). Apesar de serem muito próximos, destacam-se os valores atribuídos ao relacionamento com a equipa e ao apoio da equipa por ter a média mais alta (4.7) e a informação disponível por ter a média mais baixa (4.4).

TABELA 3. SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES.

	MÉDIA SATISFAÇÃO
Ambiente	4.6
Relacionamento c/participantes	4.6
Relacionamento c/equipa	4.7
Apoio da equipa	4.7
Informação disponível	4.4
Atividades da sessão	4.6
Pausa para café	4.6
Adequação às expectativas	4.6

3. CONCLUSIONES

O projeto Café Memória, que se iniciou em Portugal em 2013, após seis anos de funcionamento já consegue abranger uma grande parte do território português, incluindo as ilhas (Madeira-Funchal).

A adesão verificada ao projeto, bem como os resultados da satisfação dos participantes têm realçado a sua pertinência e relevância e incentivam ao seu crescimento nomeadamente nas áreas nacionais ainda não cobertas.

As suas características enquanto espaço informal de partilha, de conhecimento, de estabelecimento de novas redes sociais, de boa disposição, fidelizam os participantes e os voluntários. Como abordagem centrada na pessoa, promovendo a autonomia, a valorização do papel do cuidador e o respeito pelos direitos de ambos (Muñiz & Olazarán, 2008; Yanguas, 2007; Alvarez & Sousa, 2013), este modelo tem revelado benefícios a todos os participantes. Outro aspeto salientado pelos resultados e que justifica a adesão a este modelo é o facto de reunir no mesmo espaço a pessoa com demência/problemas de memória e o cuidador (Jones & Miesen, 2011), o que não acontece na maioria de outras intervenções na demência.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem às entidades promotoras e parceiras do projeto e demais instituições e empresas que apoiam localmente a criação e funcionamento dos Cafés Memória. As autoras agradecem ainda aos membros das Equipas Técnicas, voluntários e participantes dos Cafés Memória que colaboraram neste estudo.

REFERENCIAS

- Alvarez, C., & Sousa, I. (2013). *Café Memória Manual de Procedimentos*. Documento não publicado.
- Alzheimer Europe (2014). *Alzheimer Europe Annual and Financial Report*. Disponível em: <https://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work/Annual-Reports/AnnualReport-2014>
- Amante, M.J., Alvarez, C., Araújo, L., & Sousa, I. (2017). Intervenção com Doentes de Alzheimer e Cuidadores: Café Memória um Espaço Privilegiado de Relação. *Millenium*, 2(ed espec nº2), 13-19.
- Café Memória (2017). Quem somos. Disponível em: <https://www.cafememoria.pt/quem-somos>
- Dow, B., Haralambous, B., Hempton, C., Hunt, S. & Calleja, D. (2011). Evaluation of Alzheimer's Australian Vic memory lane cafés. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 246–55.
- Figueiredo, D., Lima, M., & Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes come sem demência: Rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1),117-129.
- Greenwood, N., Smith, R., Akhtar, F & Richardson, A. (2017). A qualitative study of carers' experiences of dementia cafés: a place to feel supported and be yourself. *BMC Geriatrics*, 17. DOI 10.1186/s12877-017-0559-4.
- Jones, G., & Miesen, B. (2011). Dementia care: involving people in Alzheimer Cafés. *Nursing and Residential Care*, 13 (9), 442-445.
- McFadden, S., & Koll, A. (2014). Popular Memory Cafés in Wisconsin's Fox Valley Battle Social Isolation. *Generations*, 38 (1), 68-71.
- Muñoz, R., & Olazarán, J. (2009). *Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer*. Madrid: Centro de Referencia Estatal.
- OCDE (2017). *Health at a Glance 2017*. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthsystems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- World Health Organization (2015). *World Health Statistics 2015*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1170250/9789240694439_eng.pdf;jsessionid=44FBECBA205B81C866638D11FF401A89?sequence=1
- Yanguas, J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Zarit, S., Femia, E., Watson, J., Rice- Oeschger, L., & Kakos, B. (2004). Memory Club: A Group Intervention for People With Early- Stage Dementia and Their Care Partners. *Gerontologist*, 44 (2), 262-269.

Dinâmicas de grupo em contextos de intervenção com pessoas idosas

Susana Fonseca, Maria João Amante, Lia Araújo

ESEV-IPV, CI&DETS, Viseu, Portugal

Palabras clave (Keywords): Dinâmicas de grupo, trabalho em grupo, educadores sociais, pessoas idosas, contextos de intervenção

RESUMEN

Objetivos: O trabalho em grupo é bastante utilizado na intervenção socioeducativa com pessoas idosas (Martínez, Escarbajal, & Aroca, 2016), neste sentido, este trabalho procurou explorar a utilização das dinâmicas de grupo com pessoas idosas, em contexto comunitario e institucional, no âmbito da intervenção socioeducativa dos estagiários de um curso de licenciatura em Educação Social. Material y métodos: 11 estagiários do curso de licenciatura em Educação social que intervêm com pessoas idosas participaram neste estudo. São na sua maioria mulheres (n=10), com média de idades de 21.7 anos (DP=1.49). Os dados foram recolhidos através de um questionário com questões sobre o contexto de intervenção, o tipo de dinâmicas desenvolvidas, a sua frequência, importância atribuída, objetivos com que são desenvolvidas, processo de escolha e avaliação das mesmas, e foram analisada com recurso à análise descritiva através do software de análise estatística SPSS (versão 25). Resultados: Os estagiários consideram a utilização das técnicas de dinâmica de grupos no seu contexto de intervenção como importante (36,4%) e muito importante (54,5%), e com as pessoas idosas como muito importante (72,7%). As dinâmicas de grupos são utilizadas no contexto de estágio com pessoas idosas com pouca frequência por 27,3% dos respondentes, frequentemente por 45,5%, muito frequentemente por 9,1% e sempre por 18,2%. As técnicas mais utilizadas são as de integração (n=9), seguidas das de quebra-gelo (n=7), sendo que no contexto institucional são estas ultimas que prevalecem (n=5) e as de integração prevalecem no contexto comunitario (n=5). Relativamente ao objetivos inerentes à implementação destas dinâmicas, o que se destaca é a melhoria das relações entre pessoas idosas (81,8%), quer no contexto institucional quer no comunitario. A escolha das dinâmicas de grupo é feita maioritariamente tendo em conta as características dos participantes (90,9%), à semelhança do ambiente físico no contexto institucional e do tamanho do grupo no contexto comunitario. Quanto à avaliação das dinâmicas 54,5% é feita por observação direta. Conclusiones: Explorar a utilização das dinâmicas de grupo com pessoas idosas, em contexto comunitario e institucional, no âmbito da intervenção socioeducativa dos estagiários de um curso de licenciatura em Educação Social permitiu-nos concluir que a utilização das técnicas de dinâmica de grupo é transversal aos contextos de intervenção socioeducativa com pessoas idosas (comunitaria e institucional). Reforçando a importância do trabalho em grupo, promovido através de dinâmicas de grupo, na promoção da socialização, do estabelecimento de vínculos sociais que se poderão encontrar fragilizados nesta fase da vida e em última instância da inclusão social (Wichmann, Couto, Areosa, & Montaños, 2013).

INTRODUCCIÓN

As alterações demográficas que temos vindo a registrar, através do aumento do número de pessoas idosas e da identificação de novas necessidades/interesses por parte desta população, reconfigurou a intervenção dos profissionais da área social. A intervenção esta balizada pelas políticas do estado de bem-estar, fundada nos direitos e dignidade humana e num paradigma de desenvolvimento social (Martínez, Escarbajal, & Aroca, 2016). Assim, surge a necessidade de garantir às pessoas idosas não apenas maior longevidade, mas também felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal (Jóia, Ruiz, & Donalísio, 2008).

Neste sentido, um estudo sobre a percepção de profissionais sobre o envelhecimento e trabalho socioeducativo com pessoas idosas, procurou perceber qual o modelo educativo que é mais adequado para responder aos interesses e motivações dos mais velhos e os resultados salientaram a importância das estratégias grupais, na medida em que as dinâmicas de grupo reforçam as possibilidades de interação, comunicação, construção do conhecimento e socialização. O estilo de trabalho que se deve priorizar deve contemplar a diversidade, pluralidade de opiniões, deve ter em conta as potencialidades e interesses dos idosos (Martínez, Escarbajal, & Aroca, 2016).

Os programas socioeducativos constituem, no trabalho com pessoas idosas, entre outras considerações, espaços facilitadores de aprendizagem e treino da capacitação em competências de pensamento e ação participativa. Daí que seja importante iniciar processos socioeducativos que respondam às necessidades dos mais velhos, que estão cada vez mais disponíveis e interessados em representar um verdadeiro papel de protagonismo (Bermejo, 2006; Bermejo, 2009).

1. MÉTODOS

O estudo desenvolvido procurou explorar a utilização das dinâmicas de grupo com pessoas idosas, em contexto comunitario e institucional, no âmbito da intervenção socioeducativa dos estagiários de um curso de licenciatura em Educação Social.

1.1 Participantes

Neste estudo participaram 11 estagiários do curso de licenciatura em Educação Social do ano letivo 2018-2019, que intervêm com pessoas idosas, na sua maioria são mulheres (n=10), com média de idades de 21.7 anos (DP=1.49) e encontram-se a realizar estágio em contexto institucional (n=6) e em contexto comunitário (n=5),

1.2 INSTRUMENTOS

Com vista a dar resposta ao objetivo do estudo, foi elaborado um questionário online, construído para o presente estudo, com questões sociodemográficas (idade, sexo e contexto de intervenção) e com questões fechadas sobre o tipo de dinâmicas desenvolvidas, a sua frequência, importância atribuída, objetivos com que são desenvolvidas, processo de escolha e avaliação das mesmas, com diferentes opções de resposta adequadas a cada pergunta (escolha múltipla, checkboxes e escala de tipo likert de 5 pontos).

1.3 PROCEDIMIENTO

Os dados foram recolhidos online, em abril de 2019, através de um questionário construído no Google Drive, que permitiu gerar um link, posteriormente difundido pelos estagiários através das redes sociais.

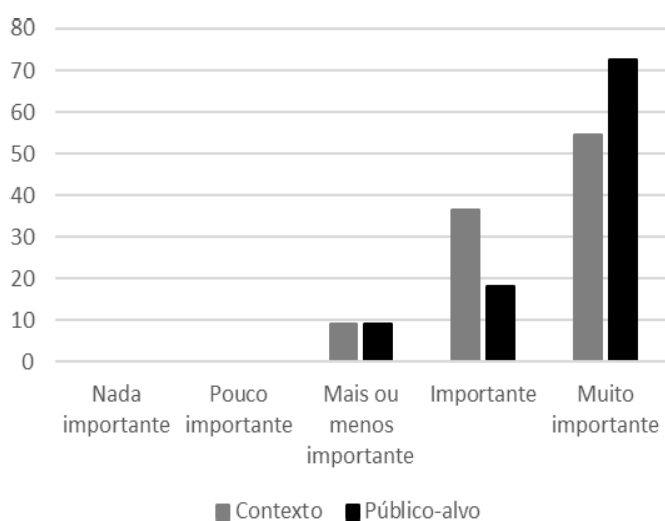
1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Os dados recolhidos foram tratados com recurso à análise descritiva (frequências), através do software SPSS (v.25).

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

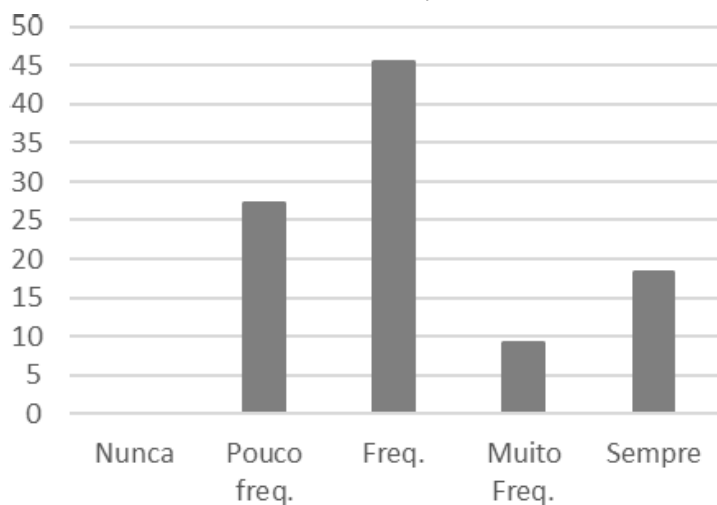
No geral é possível verificar que os estagiários consideram a utilização das técnicas de dinâmica de grupos no seu contexto de intervenção como importante (36,4%) e muito importante (54,5%), e com as pessoas idosas como muito importante (72,7%) (Gráfico 1). Reforçando os resultados encontrados por Martínez, Escarbajal e Aroca (2016) que salientam a importância das estratégias grupais, noemadamente as dinâmicas de grupo, no reforço das oportunidades que proporcionam de interação, comunicação, construção do conhecimento e socialização.

GRÁFICO 1. IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DAS DINÂMICAS DE GRUPO



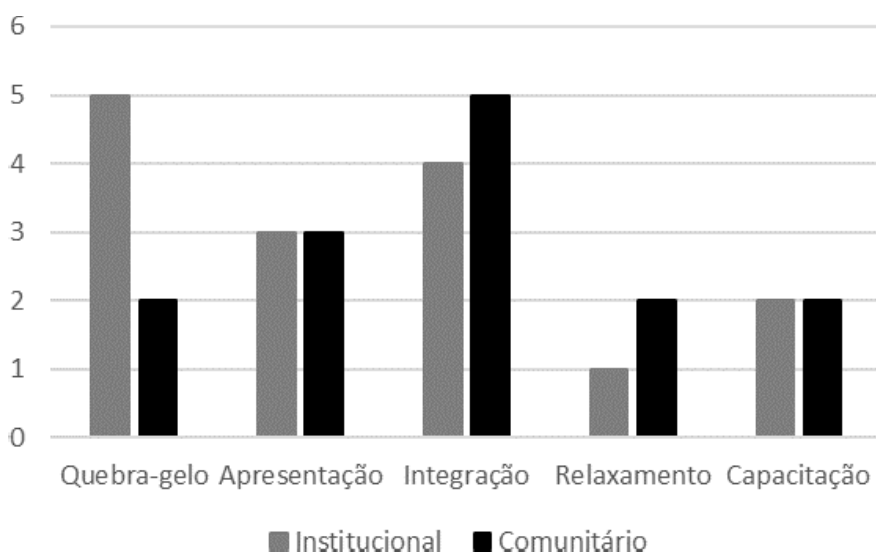
As dinâmicas de grupos são utilizadas no contexto de estágio com pessoas idosas com pouca frequência por 27,3% dos respondentes, frequentemente por 45,5%, muito frequentemente por 9,1% e sempre por 18,2% (Gráfico 2). A sua utilização demonstra o reconhecimento dos benefícios que lhe são inerentes no âmbito de processos de empowerment na intervenção com pessoas idosas, nomeadamente, permite, entre outros aspectos, que as pessoas melhorem as suas competências de participação e criatividade; melhora os sistemas de comunicação internos; melhora as relação entre clientes; incrementa o entusiasmo e atitude positiva; permite desfrutar de relações e projetos significativos, i.e., maior implicação com a vida; e aumenta a satisfação e confiança em si mesmo, autoestima e autoeficácia (Bermejo, 2006).

GRÁFICO 2. FREQUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DAS DINÂMICAS DE GRUPO



As técnicas mais utilizadas são as de integração (n=9), seguidas das de quebra-gelo (n=7), sendo que no contexto institucional são estas últimas que prevalecem (n=5) e as de integração prevalecem no contexto comunitario (n=5) (Gráfico 3).

GRÁFICO 3. TIPO DE DINÂMICA DE GRUPO



Relativamente aos objetivos inerentes à implementação destas dinâmicas, o que se destaca é a melhoria das relações entre pessoas idosas (81,8%), quer no contexto institucional quer no comunitario. Vários estudos demonstram a maior valia da utilização das dinâmicas de grupos, na medida em que permitem alcançar importantes objetivos, no âmbito da intervenção socioeducativa, relacionados com a melhoria das relações entre as pessoas (Bermejo, 2009; Wichmann et al., 2013; Limón & Crespo, 2002). Também Yuni e Urbano (2007) num estudo com participantes idosas de atividades socioeducativas verificaram a valorização das atividades grupais no sentido em que potenciam a integração social, pela facilitação da inclusão em novas redes sociais e da criação de novas ligações com outras pessoas, bem como pela partilha de emoções e experiências.

A escolha das dinâmicas de grupo é feita maioritariamente tendo em conta as características dos participantes (90,9%), à semelhança do ambiente físico no contexto institucional e do tamanho do grupo no contexto comunitario. Este resultado reforça que o estilo de trabalho que se deve priorizar na intervenção com pessoas idosas deve contemplar a diversidade, pluralidade de opiniões, deve ter em conta as potencialidades e interesses dos mesmos (Martínez, Escarbajal, & Aroca, 2016). Respeitase assim os princípios da abordagem centrada na pessoa (Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018). Quanto à avaliação das dinâmicas 54,5% é feita por observação direta, dado mais uma vez às características, necessidades e interesses desta população.

3. CONCLUSIONES

O trabalho em grupo é bastante utilizado na intervenção socioeducativa com pessoas idosas, assim, explorar a utilização das dinâmicas de grupo com pessoas idosas, em contexto comunitario e institucional, no âmbito da intervenção socioeducativa dos estagiários de um curso de licenciatura em Educação Social permitiu-nos concluir que a utilização das técnicas de dinâmica de grupo é transversal aos contextos de intervenção socioeducativa com pessoas idosas (comunitaria e institucional). Reforça-se, desta forma, a importância do trabalho em grupo, promovido através de dinâmicas de grupo, na promoção da socialização, do estabelecimento de vínculos sociais que se poderão encontrar fragilizados nesta fase da vida e em última instância da inclusão social (Wichmann et al., 2013).

AGRADECIMIENTOS

As autoras agradecem aos estagiários do curso de licenciatura em Educação Social do ano letivo 2018-2019 e ao CI&DETS.

REFERENCIAS

- Bermejo, L. (2006). Aportación de las actividades socioeducativas a la promoción del envejecimiento activo y el “empowerment” de los mayores. Estrategias pedagógicas para la intervención con personas mayores. In T. Rodríguez, B. Pérez, & C. Caballero (Coords.), *Los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social* (pp. 76-109). Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.
- Bermejo, L. (2009). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores: Guía de buenas prácticas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B.(2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(S1), S10–S19.doi:10.1093/geront/gnx122
- Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu. *Epidemiol Serv Saúde*,17(3), 187-94.
- Limón, M. & Crespo, J. (2002). *Guía de debate para mayores: Guía practica para animadores*. Madrid: Narcea.
- Martínez, S., Escarbajal, A., & Aroca, J. A.(2016). El planteamiento socioeducativo en el trabajo con personas mayores. El punto de vista de Los profesionales. *Revista Electrónica Interuniversitaria e Formación del Profesorado*, 19(2), 315-328.

- Wichmann, F. M., Couto, A., Areosa, S. V., &Montañés, M. C. (2013). Companionship groupsas support to improve the health of the elderly. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*,16(4), 821-832.
- Yuni, J., Urbano, A., & Córdoba, C. (2007). Laeducación como factor de oportunidad para eldesarrollo de las personas mayors. In D.González, J. Castro & P. Medina (Coords.), *Mayores Activos: teorías, experiencias yreflexiones en torno a la participación social delas personas mayores* (pp. 89-117). Madrid:ARJE.

Calidad de vida relacionada con la salud, burn out y calidad de vida profesional en cuidadores formales de personas mayores en función del perfil profesional (sanitario Vs psicosocial) y la antigüedad en el puesto de trabajo actual. Un estudio preliminar.

Estela Alonso Posada, José María Faílde Garrido, Miguel Ángel Simón López, Javier Martínez Torres

Facultad de Ciencias de la Educación - Universidad de Vigo, España

Palabras clave (Keywords): Burnout, calidad de vida, profesionales, gerontología.

RESUMEN

El presente trabajo pretende evaluar en cuidadores formales de personas mayores, la relación entre la Calidad de Vida, la Autoestima, la Resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico (Burnout-Engagement). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del perfil sanitario o psicosocial de los profesionales en cuatro dominios del SF-36, así como en uno de los dominios del CVP-35 y con relación al tipo de jornada laboral, el tratamiento psicológico actual o pasado recibido, nivel de estudios y haber cuidado a una persona dependiente en el pasado. En función de los años de experiencia profesional, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en 2 de los dominios del SF-36, así como en 2 de los 3 dominios del MBI: Agotamiento Emocional ($F=3.68$, $P=0.031$). Los resultados indican la importante relación existente entre la calidad de vida profesional, el burnout y la calidad de vida relacionada con la salud. Los perfiles sanitarios se relacionan con menores puntuaciones de salud física, mientras que los psicosociales presentan mayores puntuaciones en la dimensión de calidad de vida profesional y carga de trabajo. El síndrome de burnout aumenta a la vez que aumenta la experiencia laboral, unido a peores puntuaciones en relación a salud mental y rol emocional.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional, que es ya una realidad a nivel estatal y mundial, unido al aumento de la esperanza de vida, conlleva la aparición de enfermedades crónicas, representando las demencias un porcentaje importante dentro de ellas. Esto supone un incremento en la necesidad de centros de larga estancia y centros de día, así como el número de profesionales especializados en este campo, por lo que cabe prestar especial atención a

si la calidad de vida de los profesionales es la idónea.

En el ámbito asistencial gerontológico los profesionales están expuestos a una serie de estresores específicos, los recogen en su trabajo Ortega y López (2003): el exceso de estimulación aversiva (expuestos al sufrimiento y muerte del usuario así como al dolor por la pérdida padecida por los familiares), contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda, frustración por no poder curar (objetivo para el que han sido entrenados), proporción muy alta de usuarios a los que atender, escasez de formación en habilidades de control de emociones, horario de trabajo irregular (turnos), conflicto y ambigüedad de rol, falta de cohesión en los equipos multidisciplinares y burocratización e individualismo en las instituciones sociosanitarias. Ésto puede provocar que, con el tiempo, el profesional se desmotive y se incremente el estrés laboral favoreciendo entonces el desarrollo de burnout, deteriorándose la calidad de vida y consecuentemente la calidad del servicio.

Es una idea ampliamente extendida que, en términos generales, el trabajo produce estrés y que puede generar graves problemas de salud (Bujalance et al., 2001): Físicos como alteraciones cardíacas, hormonales, gastrointestinales..., emocionales como la ansiedad, ira, depresión, irritabilidad... y conductuales como adicciones al tabaco o alcohol, deterioro de las relaciones personales...

El burnout se desarrolla en profesionales que desempeñan su trabajo con personas, es un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, definiéndose como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como a la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Mingote, 1998). Siguiendo el trabajo de Ortega y López (2003) el burnout se compone de 3 dimensiones:

- a) Agotamiento o cansancio emocional, definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o físicamente;
- b) Despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- c) La baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Como afirman Faílde, Carballo, Lameiras y Rodríguez (2016), durante mucho tiempo, el estudio del burnout ha estado centrado principalmente en modelos de salud exclusivamente reactivos. Actualmente se explica el desgaste profesional como consecuencia de la interacción entre variables del entorno laboral y de las características de personalidad, de modo que se incluyen variables como la personalidad resistente, la resiliencia, o el engagement, considerado como el polo opuesto al burnout. Además, otro término que parece fundamental es el de la satisfacción laboral, definido como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona (Locke, 1976). La satisfacción laboral se ve aumentada por la posibilidad de promoción, el salario, el reconocimiento, el estatus profesional o la responsabilidad (Hidalgo, 1994). Ésto resulta importante porque el nivel de satisfacción laboral de los profesionales podría influir directamente en la calidad de los servicios prestados.

Como factor protector contra el desarrollo del burnout, podemos encontrar la resiliencia, la capacidad de

sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Rutter, 1985). Los factores protectores que promueven conductas resilientes proceden, según Grotberg (1995) de tres posibles fuentes: a) de los atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social; b) de los apoyos del sistema familiar; y c) del apoyo social derivado de la comunidad.

Junto al Burnout comienza a explorarse también el «Engagement» como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo y constituido también por tres dimensiones: Vigor (altos niveles de energía y resistencia mientras se trabaja), dedicación (alta implicación laboral) y Absorción (máxima concentración en las tareas laborales) (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Al igual que la resiliencia, el altos niveles de engagement se relaciona con bajas probabilidades de desarrollar burnout.

El concepto del burnout se relaciona estrechamente con el de la calidad de vida laboral. En los primeros estudios sobre el tema, se definió el término como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano, con el fin de alcanzar una mayor congruencia en su espacio de vida total (Turcotte, 1985). Afecta al nivel de motivación, capacidad de adaptación al cambio, creatividad, voluntad para innovar y hacer cambios en la organización (Saraiba-Cobo, 2016).

La calidad de vida relacionada con la salud conceptualmente suele entremezclarse con estado de salud y calidad de vida, sin establecerse límites claros en las definiciones de unos y otros conceptos (Arzúa, 2010; Calman, 1984; Schumaker y Naughto, 1995). Actualmente varios autores la definen como el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia, tal como lo percibe el paciente (Schipper, Clinch y Olweny, 1996; Badia, 2004). Lo que sí parece más claro es que es una medida subjetiva, que varía dependiendo de valores sociales, psicológicos, socioeconómicos, demográficos y culturales.

Términos como calidad de vida o burnout, están amplísimamente estudiados en cuidadores informales de personas mayores dependientes, pero los datos obtenidos a través de todos ellos no son extrapolables o extensibles al conjunto de los cuidadores informales, por razones de diferencias obvias. En el caso de los cuidadores informales, existe un amplio consenso con relación a las consecuencias negativas en la salud y calidad de vida del cuidador (Crespo y López, 2007; Flores et al., 2013). Cuando se trata de cuidadores informales se alude al concepto de carga experimentada, o más concretamente de estrés laboral de tipo crónico o síndrome de burnout (Flores, Jenaro, Moro y Tomşa, 2014).

Se ha estudiado muy poco en cuanto a la calidad de vida de los profesionales del sector gerontológico, siendo la escasez de estudios todavía más patente en la investigación sobre las relaciones entre calidad de vida relacionada con la salud y burnout. Contrasta con el amplio estudio que existe en pacientes geriátricos y en cuidadores informales de ancianos. (Faílde et al, 2016).

A la vista de lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta el aumento continuo de los recursos gerontológicos, así como el aumento de los profesionales de los mismos, resulta necesario el estudio profundo de cómo afecta el trabajo con personas mayores institucionalizadas a los profesionales.

1. MÉTODOS

1.1 PARTICIPANTES

La muestra está formada por 67 profesionales sociosanitarios de centros de atención gerontológica de Pontevedra, se descartaron 3 encuestas por no ser válidas, quedándonos con un total de 64 (95.5%). La edad media es de 38.54 años, rango 22 a 58 años. Un 89.5% eran mujeres y el 10.4% varones. Los perfiles profesionales son auxiliar de clínica o gerocultores (56.2%), fisioterapeutas (3.1%), terapeutas ocupacionales (9.4%), psicólogos (9.4%), trabajadores sociales (14.1%) y educadores sociales (7.8%). Todos trabajan en centros de día de atención a personas mayores dependientes.

1.2 INSTRUMENTOS

A todos los participantes le fueron administradas las siguientes pruebas:

- *Encuesta ad hoc* de datos sociodemográficos y laborales.
- *Inventario de Burnout de Servicios Generales* (MBI-GS, Shaufeli et al., 1996), en la adaptación española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000).

Los 15 ítems del cuestionario, valorados en una escala de frecuencia de tipo Likert que oscila de 0 «ninguna vez» a 6 «todos los días», están distribuidos en tres escalas: *Agotamiento (AG)*, *Cinismo (CI)* y *Eficacia (EF)*.

- *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES, Shaufeli et al., 2002) en la adaptación española de Salanova et al. (2000). Comprende tres dimensiones: Vigor, Dedicación y Absorción. Los 15 ítems fueron puntuados de acuerdo a una escala de respuesta tipo likert que varía de 0 «ninguna vez» a 6 «todos los días».
- *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC, Connor y Davidson, 2003). Es un cuestionario autoaplicado de 25 ítems que evalúa, en una escala de frecuencia tipo Likert, desde 0 «nada de acuerdo» hasta 4 «totalmente de acuerdo», cómo el participante se ha sentido en el último mes. La puntuación máxima es de 100. Las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia. Esta escala aborda, entre otros, los conceptos de locus de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad (Connor y Davidson, 2003).
- *Cuestionario de Calidad de Vida Profesional-35* (QVP-35 en su denominación original). Este cuestionario está basado en el modelo de control de demanda de Karasek y está validado en el idioma español (Cabezas, 2000, Martín et al., 2004).

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10). En un estudio previo de validación se encontró que había 3 subescalas que explicaban la composición factorial del cuestionario: «apoyo directivo», «cargas de trabajo» y «motivación intrínseca». Había 2 preguntas que no se podían englobar en estas categorías. Una era una medida resumen de la percepción de calidad de vida profesional, y la otra hacía referencia a la capacidad de abstraerse de la presión cuando termina el trabajo.

- *Cuestionario de Salud MOS SF-36*, versión adaptada al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) y Alonso, Regidor, Barrio et al. (1998). Está integrado por 36 ítems, con formato de respuesta tipo Likert, que cubren ocho dimensiones del estado de salud: Función Física (FF), Rol físico (DF), Dolor Corporal (DL),

Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol emocional (DE) y Salud Mental (SM). Las 8 dimensiones del cuestionario determinan los siguientes aspectos relacionados con la salud:

- *Función física* (FF): es el grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o cargar peso y realizar esfuerzos moderados o intensos (10 ítems).
- *Rol físico* (DF): es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las mismas (4 ítems).
- *Dolor corporal* (DL): es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (2 ítems).
- *Salud general* (SG): es la valoración personal del estado de salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).
- *Vitalidad* (VT): sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
- *Función social* (FS): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
- *Rol emocional* (DE): grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (3 ítems).
- *Salud mental* (SM): valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (5 ítems).

Además, el MOS SF-36 incluye dos índices sumarios: el Índice Sumario Físico (PCS) y el Índice Sumario Mental (MCS). Para cada dimensión los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que va desde 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). También puede calcularse una puntuación total que consiste en el promedio de las puntuaciones en las ocho dimensiones.

- *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (Escala de Autoestima de Rosenberg; versión española adaptada de Martin, Nuñez et al., 2007), consta de 10 ítems en formato de respuestas tipo Likert de 4 puntos, con rango que fluctúa desde 1 "muy en desacuerdo" a 4 "muy de acuerdo". Con objeto de minimizar el efecto aquiescencia, cinco de los ítems se presentan redactados positivamente y cinco redactados negativamente. A objeto que las puntuaciones altas y bajas en los ítems positivos y negativos tuvieron el mismo valor, las puntuaciones a los ítems negativos fueron reversadas. De esta manera, la puntuación total de la escala fluctúa en un rango de 10 a 40, indicando la puntuación 10 la más baja autoestima y la puntuación 40 la más alta.

1.3 PROCEDIMIENTO

Para obtener la muestra se contactó telefónicamente con los centros de atención a personas dependientes. Una vez establecido el contacto y después de aceptar la participación en el trabajo, se conviene el procedimiento

de entrega y recogida de cuestionarios. Se repartieron, en la primera fase de la recogida de muestra, un total de 110 cuestionarios para la evaluación, de los cuales se recogieron 67, lo que supone una participación del 60.9%. Los profesionales que participaron pertenecen a 13 centros de día para personas mayores, 10 son de la provincia de Pontevedra (76.9%) y 3 pertenecen a la zona sur de la provincia de A Coruña (23.1%). Previamente, se informó a los participantes acerca del objetivo de la investigación y se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes.

La presente es una investigación descriptiva, comparativa, con un diseño de corte transversal y mediante aproximación cuantitativa y cualitativa.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, tales como tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas), análisis de frecuencia, porcentajes y contrastes analíticos mediante análisis de varianza (ANOVA), Chi-Cuadrado (X^2). El programa estadístico empleado para el análisis de datos fue el SPSS-22 (Statistical Package for Social Sciences, versión 22). El nivel de confianza establecido fue de $\alpha=0.05$.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL: SANITARIO VS PSICOSOCIAL

Se han clasificado los perfiles profesionales en dos grandes grupos: personal sanitario y personal psicosocial. El primero estará formado por auxiliares de clínica/gerocultores y fisioterapeutas y suman 38 individuos (59.4%). El personal psicosocial será el formado por terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, técnicos integración social, sumando 26 individuos (40.6%). En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos y laborales de los participantes en función de estos grupos.

En el grupo sanitario encontramos la totalidad de los individuos pertenecientes al género masculino, representando el 13.2% de este subgrupo. En cuanto al grupo psicosocial, la totalidad de los encuestados han sido mujeres. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de estudios de uno y otro grupo: en el sanitario predominan las personas con formación profesional (68.4%), seguido por bachillerato (13.2%), diplomatura (13.2%) y estudios primarios (5.3%), mientras que la totalidad de las personas que forman parte del grupo psicosocial han adquirido formación universitaria: diplomatura (50.0%), licenciatura (7.7%) y máster (42.3%). La explicación a ésta diferencia se encuentra relacionada con la propia muestra y con la categoría profesional, ya que en la presente no se dispone de perfiles como médicos o enfermeras, que estarían dentro del grupo sanitario y cambiarían predeciblemente las características del nivel de estudios. Asimismo, tampoco disponemos de cuestionarios de integradores sociales o animadores socioculturales, que pasarían a formar parte del grupo psicosocial y descendería en este subgrupo el dato porcentual en cuanto a nivel formativo.

Ambos grupos se consideran suficientemente formados para desempeñar las funciones que realizan en su puesto de trabajo, afirmándolo así un 84.2% de las personas del grupo sanitario y un 84.6% de las del psicosocial, limitando a un 15.8% y un 15.4% respectivamente el porcentaje de profesionales que no consideran estarlo.

Los datos sobre lugares de residencia de los encuestados son muy similares, siendo ligeramente mayor el número de trabajadores que residen en medios urbanos (52.6% grupo sanitario y 53.8% grupo psicosocial) con respecto a los que viven en zonas rurales (47.4% grupo sanitario y 46.2% grupo psicosocial). Las personas participantes prestan sus servicios mayoritariamente en centros concertados (92.1% sanitarios y 92.3% psicosociales) frente a aquellos que lo hacen en privados (7.9% sanitario y 7.7% psicosocial) de más de 40 personas usuarias (73.7% sanitarios y 65.4% psicosocial). Predominan las personas sanitarias con contrato fijo (84.2%) frente a las de situación laboral eventual (15.8%), no siendo la proporción tan evidente en cuanto al personal psicosocial (69.2% y 30.8% respectivamente). Los perfiles sanitarios afirman gustarle su trabajo y no desear cambiar de sector (92.1%) y a ninguno le resulta indiferente el trabajo con personas mayores (0.0%), mientras que los valores descienden en los psicosociales (73.1%), aumentando discretamente la indiferencia (3.8%) con respecto al anterior perfil. Además algunos profesionales psicosociales afirman gustarle el trabajo con mayores, aunque desearían cambiar de sector (23.1%). Tampoco existen entre ambos grupos, diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la salud subjetiva o satisfacción salarial.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de jornada laboral ($F=10.73$, $P=0.034$) y en la necesidad de recibir tratamiento psicológico ($F=8.315$, $P=0.016$). El perfil sanitario tiene una jornada laboral predominantemente con turnos rotatorios (78.9%) frente a la mayor estabilidad horaria en el perfil psicosocial (42.3%), en donde las jornadas laborales tienden a ser fijas. Los profesionales psicosociales han recibido proporcionalmente más tratamiento psicológico que aquellos con perfil sanitario.

En la tabla 2 se muestran los datos obtenidos en las escalas y cuestionarios estandarizados que se han empleado para el estudio en función del perfil profesional, sanitario o psicosocial. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuatro dominios del SF-36: Salud General ($F=4.78$, $P=0.023$), Función Física ($F=8.12$, $P=0.006$), Rol Físico ($F=5.16$, $P=0.027$) y Salud Física General ($F=8.71$, $P=0.004$), así como en uno de los dominios del CVP-35: carga de trabajo ($F=4.92$, $P=0.030$). Los profesionales sanitarios tienen puntuaciones más bajas en el SF-36, en todos los dominios con diferencias significativas, lo que corresponde a un peor estado de salud, sobre todo a nivel físico, lo que contrasta con los datos recogidos en la tabla 1 referentes a la salud percibida, en la cual mayoritariamente percibían la salud como buena. Dadas las características del subgrupo sanitario, en cuanto al perfil mayoritario de la muestra, no resulta contradictorio, ya que el perfil gerocultor desempeña un trabajo básicamente físico. En cuanto al dominio carga de trabajo del CVP-35, se observan mayores puntuaciones en el personal psicosocial, que al igual que en el caso anterior puede ser explicado por las características del subgrupo, ya que desempeñan una labor profesional de corte más intelectual y no tan físico como el anterior, con un trabajo no siempre medible, que puede provocar la sobrecarga y/o el exceso de funciones asumidas.

Sin llegar a ser estadísticamente significativas, se aprecian leves diferencias en cuanto al dominio de cinismo/despersonalización del MBI, observándose puntuaciones más elevadas en el perfil psicosocial. Las puntuaciones son también mayores en el dominio de agotamiento emocional. Esto sugiere que éste grupo tiene mayor tendencia a sufrir estrés laboral, pero no se puede concluir con los datos y muestra actuales.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE AÑOS DE EXPERIENCIA

Adicionalmente se ha dividido a la muestra en 3 grupos en función de los años de experiencia profesional: de 0 a3, de 3.1 a 10 y de más de 10 años. Los datos se recogen en la tabla 3, en la que se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en los dominios del SF-36: Rol Emocional ($F=5.39$, $P=0.007$) y Salud Mental ($F=3.48$, $P=0.037$), así como en 2 de los 3 dominios del MBI: Agotamiento Emocional ($F=3.68$, $P=0.031$), Cinismo o Despersonalización ($F=3.65$, $P=0.032$), y en MBI Total ($F=4.09$, $P=0.022$).

Las puntuaciones en el SF-36 descienden a la vez que aumenta la experiencia, tanto en la dimensión del rol emocional como en la de salud mental. La primera dimensión se refiere al grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo. La segunda hace referencia a la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

Se observan puntuaciones en descenso con el aumento de la experiencia en los dominios de función social y salud mental, sin llegar a ser estadísticamente significativas.

Al contrario de lo que ocurre con las puntuaciones obtenidas en el SF-36, las puntuaciones del MBI aumentan con los años de experiencia, sugiriendo que con el tiempo, los profesionales que trabajan con personas mayores tienen tendencia a desarrollar sintomatología compatible con estrés laboral. En este caso, se evidencian en las dimensiones de agotamiento emocional, definido por el sentimiento de agotamiento y fatiga ante las exigencias de la tarea, en cinismo/despersonalización, entendida como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia los beneficiarios del propio trabajo y el MBI total.

No se han encontrado diferencias significativas en el resto de las pruebas y escalas estandarizadas empleadas.

3. CONCLUSIONES

Estos resultados indican la importante relación existente entre la calidad de vida profesional, el burnout y la calidad de vida relacionada con la salud. Los perfiles sanitarios se relacionan con menores puntuaciones de salud física, mientras que los psicosociales presentan mayores puntuaciones en la dimensión de calidad de vida profesional y carga de trabajo. El síndrome de burnout aumenta a la vez que aumenta la experiencia laboral, unido a peores puntuaciones en relación a salud mental y rol emocional.

El tema estudiado resulta de interés en cualquier ámbito laboral, pero se considera de vital importancia en el ámbito de los cuidados geriátricos por la repercusión directa que tiene el estado del trabajador sobre su trabajo, que afecta directamente sobre la calidad del servicio en los usuarios. En las personas mayores institucionalizadas predominan las enfermedades neurodegenerativas como las demencias, lo que hace de éstos un grupo de importante vulnerabilidad. Al mismo tiempo, el trato con sus familiares y cuidadores habituales es constante, personas que se encuentran en estados físicos y emocionales también comprometidos.

Cabe imaginar, entonces, que el trabajo en los centros no debería limitarse solo a la intervención y cuidado de la persona mayor, sino que también debe prestar atención también a la salud física y emocional de los trabajadores. Si los profesionales están cansados, tienen baja autoestima, dificultades para sobreponerse a dificultades, presenta ansiedad, etc. Todo ello afectará a la calidad de su trabajo y al resultado último, que

será el bienestar del mayor. Trabajando y poniendo atención en el estado de los profesionales, se incidiría directamente en la salud de la persona usuaria del servicio.

Se evidencian en el estudio preliminar ciertas limitaciones como la necesidad de aumentar la muestra, así como el tipo de recursos, extendiéndolo a centros residenciales, hogares residenciales y viviendas comunitarias, con el fin de tener una visión más real de la situación, y poder establecer futuras líneas de investigación encaminadas a abordar y dar solución al problema.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Prieto L. y Anto J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 104, 771-776.
- Alonso J., Regidor, E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C. y De la Fuente L.(1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin*, 111, 410-416.
- Badia, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*, 27(3), 2-6.
- Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S. y Martín, F.(2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36(1), 32-40.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *FMC*, 7, 53-68.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18,76-82.
- Crespo, M. y López, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: IMSERSO.
- Faílde J.M., Carballo J.A.S., Lameiras M.y Rodríguez , Y. (2013). Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. *Salud i Ciencia*, 19(7), 599-606.
- Flores, N., Jenaro, C., Navarro, E., Vega, V. y Vázquez, A. (2013). Salud biopsicosocial y relación con la carga experimentada por cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Ibero-Americana de Gerontología (RIAG)*, 1, 47-60.
- Flores, N., Jenaro, C , Moro, L., y Tomşa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo Eur. *J. investig. health psycho. Educa*, 4(2),79-88.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: streng-hening the human spirit. The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation*. La Haya, Holanda.
- Hidalgo I, Díaz RJ. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y socio-demográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila. *Med Clin*, 103, 408-12.
- Locke, F. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En: Dunnette MD, ed. *Handbook of Organizational and Industrial Psychology*. Chicago: Rand McNally.

- Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J. y Rodríguez, A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2)
- Martín, J., Nuñez, J., Navarro, J., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-esteem scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8, 493-508.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1(47), 598-611
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Sarabia-Cobo, C., Díez, Z., San Millán, S., Salado, L. y Clemente, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral, *Gerokomos*, 27(2), 48-52
- Schaufeli, W., Bakker, A. y Salanova, M. (2006). The Measurement of Work Engagement with a Short Questionnaire: A Cross-national Study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701 - 716.
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey. En Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M.: *The Maslach Burnout Inventory- Test Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A.B. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schipper H., Clinch J. y Olweny C. (1996). Quality of life studies: definitions and conceptual issues. En: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 11-23.
- Turcotte, P. (1985). *Calidad de vida en el trabajo*. Madrid: Trilla

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN FUNCIÓN DEL ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN SANITARIA VS PSICOSOCIAL

VARIABLES	PERSONAL SANITARIO N=38 (59,4%)		PERSONAL PSICOSOCIAL N=26 (40,6%)		χ ²	SIG.	
	FREC.	%	FREC.	%			
GÉNERO	Masculino	5	13,2%	0	0,0%	3,71	0,054
	Femenino	33	86,8%	26	100,0%		
NIVEL DE ESTUDIOS	Primarios	2	5,3%	0	0,0%	49,02	0,000
	Bachillerato	5	13,2%	0	0,0%		
	Form. Profesional	26	68,4%	0	0,0%		
	Diplomatura	5	13,2%	13	50,0%		
	Licenciatura	0	0,0%	2	7,7%		
	Máster	0	0,0%	11	42,3%		
CONSIDERA QUE ESTÁ SUFICIENTEMENTE FORMADO	Si	32	84,2%	22	84,6%	0,00	0,625
	No	6	15,8%	4	10,5%		
Cuidado actual de persona dependiente	En el pasado ha cuidado a persona dependiente	6	15,8%	2	7,7%	0,92	0,288
	En el pasado ha cuidado a persona dependiente	32	84,2%	24	92,3%	4,29	0,034
LUGAR DE RESIDENCIA	Medio urbano	20	52,6%	14	53,8%	0,01	0,564
	Medio rural	18	47,4%	12	46,2%		
TIPO DE CENTRO	Privado	3	7,9%	2	7,7%	0,00	0,677
	Concertado	35	92,1%	24	92,3%		
TAMAÑO DEL CENTRO	Centro de día de hasta 40 plazas	10	26,3%	9	34,6%	0,51	0,330
	Centro de día demás de 40 plazas	28	73,7%	17	65,4%		
SITUACIÓN LABORAL	Eventual	6	15,8%	8	30,8%	2,03	0,133
	Fijo	32	84,2%	18	69,2%		

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN FUNCIÓN DEL ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN SANITARIA VS PSICOSOCIAL (CONTINUACIÓN)

VARIABLES	PERSONAL SANITARIO N=38 (59,4%)		PERSONAL PSICOSOCIAL N=26 (40,6%)		χ^2	SIG.
	FREC.	%	FREC.	%		
JORNADA LABORAL						
Turnos rotatorios	30	78,9	11	42,3	10,73	0,013
Fijo mañanas	5	13,2	10	38,5		
Fijo tardes	1	2,6	4	15,4		
Jornada partida	2	5,3	1	3,8		
LE GUSTA TRABAJAR CON PERSONAS MAYORES						
Sí, no cambiaría de sector	35	92,1	19	73,1	4,65	0,098
Sí, pero cambiaría de sector	3	7,9	6	23,1		
Me resulta indiferente	0	0,0	1	3,8		
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO						
Sí, antes	6	14,6	8	30,8	8,31	0,016
Sí, ahora	5	12,2	0	0,0		
No, nunca	30	73,2	18	69,2		
SALUD SUBJETIVA						
Muy buena	4	10,5	4	15,4	1,22	0,543
Buena	24	63,2	18	69,2		
Regular	10	26,3	4	15,4		
SATISFACCIÓN SALARIAL						
Totalmente insatisfecho	2	5,3	2	7,7	0,99	0,802
Insatisfecho	9	23,7	6	23,1		
Conforme	20	52,6	11	42,3		
Satisfecho	7	18,4	7	26,9		

TABLA 2: RESULTADOS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN PRUEBAS ESTANDARIZADAS EN FUNCIÓN DEL ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN SANITARIA VS PSICOSOCIAL

VARIABLES	Personal Sanitario n=38		Personal Psicosocial n=26		F	Sig.
	media	desv. típica	media	desv. típica		
MOS -SF36_SG	66,97	18,65	76,15	12,59	4,78	0,032
MOS -SF36_FF	87,76	17,42	97,69	3,80	8,137	0,006
MOS -SF36_DF	75,00	37,21	93,26	20,68	5,15	0,027
MOS -SF36_DL	60,65	8,90	60,67	9,01	0,00	0,995
MOS -SF36_VT	60,39	19,60	56,34	17,75	0,71	0,995
MOS -SF36_FS	83,88	19,47	87,98	14,78	0,82	0,403
MOS -SF36_DE	85,08	28,68	75,64	38,36	1,27	0,367
MOS -SF36_SM	77,05	15,21	76,46	9,07	0,03	0,264
MOS -Salud física general	72,59	15,00	81,94	7,13	8,71	0,004
MOS -Salud Mental	76,60	15,59	74,10	15,72	0,39	0,533
MOS - SF36 TOTAL	74,70	13,28	78,03	9,78	1,26	0,266
MBI -Agotamiento emocional	7,13	5,76	8,46	5,77	0,82	0,368
MBI - Cinismo/ despersonalización	2,39	2,98	3,96	3,89	3,81	0,055
MBI Falta de eficacia profesional	7,43	5,19	6,88	4,36	0,22	0,637
MBI TOTAL	17,00	10,39	19,30	10,50	0,75	0,388
UWES -Vigor	23,15	4,79	21,19	4,28	2,82	0,098
UWES -Dedicación	23,87	5,76	23,46	4,19	0,09	0,759
UWES -Absorción	22,08	5,77	21,30	4,84	0,31	0,579
CD RISC Afrontamiento y persistencia	22,45	4,64	22,58	4,88	0,01	0,915
UWES -Capacidad de superación y logro de objetivos	16,16	2,81	15,27	2,16	1,84	0,180
UWES -Valoración positiva	17,37	3,67	18,42	3,21	1,40	0,240
UWES -Confianza	6,67	1,25	6,84	1,04	0,29	0,590
CVP -35. Apoyo directivo	87,66	15,65	92,96	15,65	1,55	0,217
CVP -35Carga de trabajo	58,81	13,54	66,27	12,68	4,92	0,030
CVP -35Motivación intrínseca	13,10	11,13	74,30	8,83	0,21	0,647
Rosenberg- Autoestima	24,34	2,19	23,53	2,16	2,09	0,153

TABLA 3: COMPARATIVA DE TRES GRUPOS EN FUNCION DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA

VARIABLES	0-3 años n=11		3,1-10 años n=39		más de 10 años n=15		F	Sig.
	media	desv. típica	media	desv. típica	media	desv. típica		
MOS -SF36_SG	70,00	19,49	72,43	16,33	70,66	17,71	0,11	0,891
MOS -SF36_FF	91,36	19,12	92,05	14,13	91,33	11,57	0,01	0,982
MOS -SF36_DF	77,27	39,45	84,61	30,68	78,33	33,89	0,32	0,721
MOS -SF36_DL	65,90	8,53	59,87	7,60	59,50	10,78	2,35	0,103
MOS -SF36_VT	65,90	15,30	56,66	21,31	59,33	16,99	0,96	0,386
MOS -SF36_FS	88,63	14,20	85,89	15,75	78,33	26,07	1,23	0,299
MOS -SF36_DE	96,97	10,05	83,76	31,41	57,77	42,66	5,39	0,007
MOS -SF36_SM	81,09	12,01	77,74	12,45	70,93	16,38	2,08	0,132
MOS -Salud física general	76,14	16,93	77,24	11,67	74,96	14,77	0,16	0,849
MOS -Salud Mental	83,15	8,20	76,01	13,90	66,60	24,28	3,48	0,037
MOS - SF36 TOTAL	79,64	9,08	76,63	10,66	70,78	17,70	1,84	0,166
MBI -Agotamiento emocional	3,45	2,94	8,46	5,29	8,87	7,92	3,68	0,031
MBI -Cinismo/despersonalización	0,82	1,47	3,61	2,99	3,80	4,39	3,64	0,032
MBI Falta de eficacia profesional	5,82	3,71	7,00	5,15	8,73	4,80	1,21	0,302
MBI TOTAL	10,09	6,30	19,08	9,86	21,40	14,10	4,08	0,022
UWES -Vigor	23,82	2,86	21,82	4,92	23,00	3,60	1,06	0,352
UWES -Dedicación	24,91	3,38	23,39	5,72	24,26	4,60	0,43	0,648
UWES -Absorción	23,10	3,67	21,40	5,36	22,27	5,20	0,52	0,592
CD -RISC Afrontamiento/persistencia	23,73	5,59	22,05	6,46	22,53	4,64	0,54	0,581
UWES-Capacidad de superación y logro de objetivos	16,27	2,53	15,64	2,70	16,07	2,28	0,58	0,562
UWES - Valoración positiva	18,09	4,93	17,74	3,17	17,47	3,18	0,10	0,925
UWES - Confianza	6,64	1,12	6,90	1,12	6,47	1,30	0,81	0,449
CVP -35 Apoyo directivo	95,90	11,43	90,00	15,70	84,13	21,23	1,62	0,204
CVP -35 Carga de trabajo	54,72	8,71	63,15	14,22	63,47	13,56	1,86	0,163
CVP -35 Motivación intrínseca	76,64	6,04	72,84	11,21	72,93	9,47	0,62	0,537
Rosenberg Autoestima	23,72	1,74	24,35	2,24	23,93	2,63	0,42	0,655

Pensamentos sobre fim-de-vida em idosos centenários

Lia Araújo¹ y Oscar Ribeiro²

¹Instituto Politécnico de Viseu e Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - CINTESIS, Portugal; ²Universidade de Aveiro e Centro de Investigação em Tecnologia e Serviços de Saúde - CINTESIS, Portugal

Palavras-chave (Keywords): idosos; centenários; morte; religião

RESUMO

Objetivo: explorar o que idosos centenários pensam acerca do fim de vida e a sua associação a factores sociodemográficos, de saúde, e de funcionamento social. Método: 78 pessoas com 100 e mais anos, seleccionadas de um estudo de maior dimensão e base populacional (PT00 Oporto Centenarian Study) por terem capacidade cognitiva para refletir e responder sobre estes tópicos foram seleccionadas para o presente estudo. Tratase de uma amostra constituída por pessoas maioritariamente do sexo feminino (87.2%), viúvas (75.6%), sem frequência escolar (52.5%) e residentes na comunidade (66.7). Os dados foram recolhidos no âmbito de uma entrevista individual com questões relativas a pensamentos sobre o fim de vida. Foram também obtidas informações de índole sociodemográfica, sobre o estado de saúde, cognição e apoio social. Os dados foram analisados com recurso à análise descritiva e correlacional, através do Software SPSS. Resultados: mais de metade da amostra (57.7%) refere pensar sobre a morte, apesar de um menor número (46.2%) referir já ter feito preparativos para quando isso acontecer. Cerca de 60% refere que a morte não os assusta e 64.1% não desejam morrer; 21.8% referem sentir-se assustados com a morte e 15.4% expressa o seu desejo de morrer. O número de doenças, a frequência de dor e a ausência de confidente foram as variáveis associadas à existência de pensamentos sobre a morte. É de notar a influência da religião nesta geração e nos pensamentos sobre a morte, o qual se revela presente nas crenças sobre ser Deus quem decide até que idade se vive (34.6%) e de que existe vida depois da morte (39.7%). Conclusões: À medida que cada vez mais indivíduos chegam aos 100 anos de vida é imperativo perceber como é que os últimos anos de vida são vivenciados, particularmente no que diz respeito aos pensamentos sobre o fim de vida e sobre a morte. Os resultados aqui apresentados mostram que viver até uma idade tão avançada não significa, necessariamente, que as pessoas queiram o seu fim ou vivam centradas em pensamentos sobre isso. Mas aqueles com mais problemas de saúde (doenças e dor) e menor apoio social (ausência de confidente) poderão estar mais predispostos a pensar na morte, pelo que importa dar o devido apoio a estes em particular.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade humana constitui simultaneamente um dos grandes feitos e um dos maiores desafios das sociedades contemporaneas. Um pouco por todo o mundo verifica-se um cenário demográfico

sem precedentes, caracterizado pelo aumento significativo do número de indivíduos que atinge idades muito avançadas, sobretudo daqueles que atingem o patamar dos 100 anos de vida.

Projeções para o continente Europeu dão-nos conta do aumento expressivo deste grupo etário, que em 2020 espera-se que seja de 103315 pessoas, aumentando até às 520069 em 2050 (Teixeira, Araújo, Paúl, & Ribeiro, in press). Dados dos últimos Censos de 2011 colocavam Espanha na sétima posição ao nível do número de centenários em países Europeus, com 100.8 centenários por cada 100000 habitantes com 65 e mais anos. Já Portugal ocupava a décima terceira posição, com 75.9 centenários/100000 habitantes com 65 e mais anos (Teixeira, Araújo, Jopp, & Ribeiro, 2017).

O aumento da representatividade deste grupo é acompanhado pelo aumento das investigações que focam especificamente as suas características. Numa primeira fase a maioria dos estudos internacionais de centenários ocupavam-se em identificar os factores responseveis pela longevidade excepcional destes indivíduos, mas mais recentemente tem-se vindo a verificar o crescente interesse em saber como é que se vive aos 100 anos de vida (Poon et al., 2010). Questões centradas na saúde e funcionalidade (Ribeiro et al., 2016), qualidade de vida (Serra, Watson, Sinclair, & Kneale, 2011), na importância dos factores psicológicos (Jopp & Rott, 2016), na rede social (Randall, Martin, McDonald, & Poon, 2010) e no apoio formal e informal (Boerner, Jopp, Park, & Rott, 2016), entre outras, têm sido as privilegiadas. No entanto, pouco ainda se sabe sobre o fim de vida e a morte depois dos 100 anos de vida e, sobretudo, sobre como este tema inevitável à existência humana é encarado pelos centenários.

O objetivo deste estudo é, pois, explorar o que os centenários pensam acerca do fim de vida e a sua associação a factores socioeconómicos, de saúde, e de apoio social.

1. MÉTODOS

O presente estudo integra-se num estudo de maior dimensão e de base populacional, o PT00 Oporto Centenarian Study, que teve a Área Metropolitana do Porto (AMP), em Portugal, como zona geográfica de abrangência.

1.1 PARTICIPANTES

78 pessoas com 100 e mais anos participaram neste estudo. Estes foram seleccionados da amostra inicial do PT100 por terem capacidade cognitiva, tendo-se utilizado como instrumento de rastreio o *Mini-Mental Status Examination* (Folstein et al., 1975), visto que se trata de um estudo que exige a capacidade de resposta para questões subjetivas e de auto percepção. A recolha de dados resultou de uma entrevista individual com cada participante, a qual incluía um protocolo com questões sociodemográficas (e.g., idade, sexo, estado civil) e um conjunto de questões acerca de pensamentos sobre fim de vida, mais especificamente:

- i) Até que idade acha que vai viver?,
- ii) Costuma pensar sobre a morte?,
- iii) Já preparou algo a pensar na sua morte?,
- iv) A morte é algo que o/a assusta?,
- v) Deseja morrer?,

vi) Acredita da vida depois da morte?

A amostra é maioritariamente constituída por idosos do sexo feminino (87.2%), viúvas (75.6%), sem escolaridade (52.5%) e residentes na comunidade (66.7%).

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS N (%)	CENTENÁRIOS (N%)
Idade (M, SD)		101.18 (1.72)
Sexo	Feminino	68 (87.2)
	Masculino	10 (12.8)
Educação	Sem escolaridade	41 (52.5)
	4ª classe	32 (41.0)
	>4ª classe	5 (6.5)
Estado civil	Viúvo	59 (75.6)
	Solteiro	14 (17.9)
	Casado	3 (3.8)
	Divorciado	2 (2.6)
Residência	Comunidade	52 (66.7)
	Instituição	26 (33.3)

1.2 INSTRUMENTOS

Complementarmente, recorreu-se a um conjunto de instrumentos validados para a população idosa Portuguesa para obter informação relativa a outros parâmetros, nomeadamente o Older Americans Resources and Services (OARS) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (Fillenbaum, 1988), utilizado para avaliar questões relacionadas com a saúde objetiva e subjetiva, e a Lubben Social Network Scale (Lubben, et al. 2006), para avaliar a rede social. É de referir que para o presente estudo apenas alguns itens destes instrumentos foram considerados.

1.3 PROCEDIMENTO

Recorrendo-se a diferentes fontes de identificação e recrutamento (e.g., análise das listas de votantes, contacto direto com as Juntas de Freguesia, Instituições e Paróquias, análise de notícias de jornais e televisão a anunciar aniversários) foram identificadas 186 pessoas com 100 e mais anos no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2013, a residir na zona geográfica definida (AMP). Depois de estabelecido o contacto com os potenciais participantes, com os seus familiares e/ou com as instituições onde residiam, 140 centenários fizeram parte deste estudo. Os restantes 46 foram excluídos devido a morte, recusa em participar, problemas graves de saúde ou por falta de interesse (Ribeiro, Araújo, Teixeira, Brandão, Duarte & Paúl, 2017).

Os participantes foram entrevistados no seu contexto de preferência, que, na grande maioria dos casos, foi a sua casa/estrutura residencial, por dois entrevistadores devidamente treinados. Sempre que necessário, os familiares/técnicos complementaram/confirmaram as informações recolhidas, seguindo as guidelines internacionais dos estudos com centenários (MacDonald et al., 2009). Também os cuidados de validação da idade e consentimento informado foram considerados.

1.4 ANÁLISE DE DADOS

Procedeu-se à análise estatística dos dados, numa primeira fase essencialmente descritiva, com as frequências das respostas às questões acerca de pensamentos sobre fim de vida e, numa segunda fase, recorrendo-se ao teste Pearson's χ^2 analisaram-se os factores associados ao pensamento sobre a morte. Em ambas as fases recorreu-se ao Software SPSS v. 25.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando questionados acerca da idade a que gostariam de chegar, verificaram-se respostas muito diversificadas. A mais predominante (n=27) foi “até quando Deus quiser”, o que está relacionado com as características culturais desta geração de centenários, muito católicos e crentes em Deus. Em Portugal cerca de 85% da população identifica-se como católica (INE, 2012), o que confirma a importância da religião, em particular nas gerações mais velhas. Este facto reflete-se nas suas crenças e práticas religiosas, e até em domínios de ocupação social e cultural.

Sete centenários referiram querer chegar a idades entre os 101 e os 110 anos, sendo esta última, a idade de referência para uma pessoa ser considerada supercentenária (Maier et al., 2010). Houve ainda um participante que referiu querer chegar aos 143 anos, outro que quer “viver para sempre” e três que referiram querer viver até à concretização de determinados acontecimentos de vida (e.g., casamento de elemento da família). No entanto, treze dos participantes responderam não querer viver mais. Os restantes indicaram que não sabiam (n=8) ou simplesmente preferiram não responder (n=18).

Já nas restantes questões, mais orientadas para o fim de vida, verificou-se que a maioria dos participantes (57.7%) afirmou pensar sobre a morte (26.9% não pensam e 15.4% não respondeu); 46.2% já fizeram preparativos apensar na morte (30.8% não fizeram e 23% não responderam), sendo os mais comuns o testamento, a compra de espaço fúnebre no cemitério, o pagamento das cerimónias fúnebres e a escolha da roupa que gostariam de vestir no funeral, sendo de realçar que alguns dos participantes já avançaram com estes preparativos há mais de 20 anos (i.e., quando tinham cerca de 80 anos).

A maioria dos participantes no estudo refere que a morte não os assusta (60.3% para 21.8% em que sim, a morte é algo assustador, e 17.9% não respondeu) e que não desejam morrer (64.1% para 15.4% que desejam morrer e 20.5% não respondeu). Relativamente à crença de que existe vida depois da morte, apesar de 21.9% indicarem não saber e 17.9% não terem respondido, 39.7% refere ter esse tipo de crenças e 20% que não acredita. Também nesta questão é de assinalar a elevada religiosidade desta geração.

Ao se aprofundar a existência de pensamentos sobre a morte (Tabela 2), numa segunda análise, verificou-se que as pessoas que referem pensar sobre a morte têm maior frequência de dor e maior número de doenças.

Já a nível social, ter um confidente foi a variável com associação estatisticamente significativa à existência de pensamentos, mais especificamente, uma grande percentagem de pessoas que pensa sobre a morte (87.5%) não tem uma pessoa com quem conversar sobre assuntos mais pessoais (87.5%).

Percebe-se assim que não é propriamente o ter 100 anos que faz com que uma pessoa pense sobre a sua morte. Aspetos relacionados com o seu estado de saúde é que podem aumentar os pensamentos e até a preocupação, tal como desmonstrado em análises mais profundas a esta questão (Boerner et al., 2018). A influência da existência/ausência de confidente pode significar que não tendo ninguém com quem conversar sobre assuntos pessoais, os centenários passem mais tempo sozinhos, em solitude, a pensar sobre estes assuntos (Araújo, 2018).

TABELA 2. FACTORES ASOCIADOS AOS PENSAMENTOS SOBRE FIM DE VIDA

FACTORES	PENSAMENTOS SOBRE A MORTE		P	
	SIM N (%)	NÃO N (%)		
SOCIOECONÓMICOS				
Residência	Comunidade	36 (75)	12 (25)	.052
	Instituição	9 (50)	9 (50)	
Rendimentos	Insuficiente	17 (65.4)	9 (34.6)	.614
	Suficiente	25 (71.4)	10 (28.6)	
SOCIAIS				
Ver familiares c/frequencia	Não	19 (61.3)	12 (38.7)	.107
	Sim	15 (83.3)	3 (16.7)	
Ter confidente	Não	14 (87.5)	2 (12.5)	.045
	Sim	17 (58.6)	12 (41.4)	
SAÚDE				
Saúde subjetiva	Má/aceitável	30 (71.4)	12 (28.6)	.949
	Boa-excelente	12 (70.6)	5 (29.4)	
Nº doenças	M (SD)	4.6 (1.7)	3.6 (1.5)	.018
Dor	Nunca/Raramente	7 (43.8)	9 (56.3)	.013
	Às vezes	15 (78.9)	4 (21.1)	
	Frequent/Sempre	18 (85.7)	3 (14.3)	

3. CONCLUSÕES

Os resultados aqui apresentados mostram que viver até uma idade muito avançada não significa, necessariamente, que as pessoas queiram o seu fim ou vivam centradas em pensamentos sobre isso. A maioria dos entrevistados não deseja morrer mas também não se sente assustado com a morte, o que traduz a naturalidade com que este acontecimento é encarado. Quando existentes, os pensamentos sobre o fim de vida associam-se sobretudo a factores de saúde, com destaque para a experiência de dor, e sociais, como o ter um confidente com quem falar sobre assuntos mais pessoais. Em conjunto estes resultados devem constituir um alerta para que profissionais de saúde e de intervenção social, bem como membros da rede social informal, tenham em consideração assuntos relacionados com temáticas de fim de vida (e.g., preocupações, arranjos práticos e desejos de fim de vida) com este grupo em particular.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer aos vários investigadores e colaboradores da equipa do PT100, nacionais e internacionais, bem como aos seus participantes (centenários e cuidadores).

REFERENCIAS

- Araujo, L. (2018, fevereiro 4). *Do envolvimento social e da solitude existencial nos mais velhos*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/02/04/culto/opiniao/do-envolvimento-social-e-da-solitude-existencial-nos-mais-velhos-1801464>
- Boerner, K., Jopp, D., Park, M., & Rott, C. (2016). Whom Do Centenarians Rely on for Support? Findings From the Second Heidelberg Centenarian Study. *Journal of Aging & Social Policy*, 28(3),165-186.
- Boerner, K., Jopp, D., Kim, K., Butt, A., Ribeiro, O., Araújo, L., & Rott, C. (2019). Thinking About the End of Life When It Is Near: A Comparison of German and Portuguese Centenarians. *Research on Aging*, 41(3) 265–285.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36, 428–34.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- INE. (2012). Censos 2011. Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266–280.
- Lubben, J., Blozik, E., Gilman, G., Iliffe, S., Kruse, W. V., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46, 503–513.
- MacDonald, M., Martin, P., Margrett, J., & Poon, L. (2009). Correspondence of perceptions about centenarians' mental health. *Aging & Mental Health*, 13, 827–837.

- Maier, H., Gampe, J., Jeune, B., Robine, J.M., & Vaupel, J. (2010). *Supercentenarians*. Berlin: Springer.
- Poon, L., Martin, P., Bishop, A., Cho, J., Rosa, G., Deshpande, N, et al (2010). Understanding centenarians psychosocial dynamics and their contribution to health and quality of life. *Current Gerontology and Geriatric Research*, 680657. doi 10.1155/2010/680657
- Randall, G. K., Martin, P., McDonald, M., & Poon, L. W. (2010). Social resources and longevity: Findings from the Georgia centenarian study. *Gerontology*, 56(1), 106-111.
- Ribeiro, O., Araújo, L., Teixeira, L., Brandão, D., Duarte, N., & Paúl, C. (2017). PT100 Oporto Centenarian Study. In N. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology*. New York: Springer. doi 10.1007/978-981-287-080-3_141-1
- Ribeiro, O., Araújo, L., Teixeira, L., Duarte, N., Brandão, D., Martin, I., & Paúl, C. (2016). Health status, living arrangements and service use at 100. Findings from the Oporto Centenarian Study. *Journal of Aging & Social Policy*, 28(3), 148–64.
- Serra, V., Watson, J., Sinclair, D., & Kneale, D. (2011). *Living Beyond 100: a report on centenarians*. London: International Longevity Centre – UK.
- Teixeira, L., Araújo, L., Jopp, D., & Ribeiro, O. (2017). Centenarians in Europe. *Maturitas*, 104, 90–5.
- Teixeira, L., Araújo, L., Paúl, C., & Ribeiro, O. (in press). *Centenarians in Europe*. Berlin: Springer.

Atención a personas mayores con alzheimer u otras demencias desde la Educación Social

María Dapía Conde, José María Failde Garrido, Laura Ruíz Soriano y Paula Rodríguez Rivera

Universidad de Vigo. Facultad Ciencias Educación. Ourense, España.

Palabras clave (Keywords): alzheimer, educación social, intervención.

RESUMEN

El envejecimiento demográfico es una de las conquistas modernas no exenta de una mayor presencia de patologías específicas, tal como la enfermedad de alzheimer. La atención interdisciplinar es una realidad en los centros gerontológicos, que cuentan con diversos profesionales, tales como los y las educadores sociales. El objetivo general de esta investigación es aproximarse a la realidad de la intervención socioeducativa que realizan los profesionales de la educación social dirigida a la atención de personas mayores afectadas por la Enfermedad de Alzheimer u otro trastorno neurocognitivo mayor (TNM). Para dar respuesta a este objetivo hemos planteado una investigación de corte cualitativo, a partir de la respuesta dada por XXX profesiones a una entrevista estructurada. Los resultados apuntan a que los educadores sociales están trabajando con este colectivo, tanto en asociaciones específicas, centros de atención diurna y residencias. Su intervención es amplia y variada y se dirige tanto a enfermos con alzheimer, familiares de los mismos y comunidad. Entre las dificultades que perciben en su práctica profesional refieren el tener que trabajar con grupos amplios y heterogéneos o la insuficiencia de recursos, incluidos los humanos. Asimismo, lamentan la escasa formación recibida en la universidad en relación con la intervención en este colectivo. En síntesis, los datos de este estudio dan a conocer que la intervención con personas con alzheimer se está convirtiendo en un nicho laboral para los educadores sociales y, en consecuencia, se hace necesario mejorar la formación recibida desde la universidad, bien en grado y/o postgrado.

INTRODUCCIÓN

Uno de los rasgos que define la sociedad actual es el envejecimiento de la población a nivel mundial y, en particular en los países más desarrollados. Las condiciones sociosanitarias actuales nos permiten alcanzar una mayor esperanza de vida que, junto a un descenso en las tasas de fecundidad, están provocando un rápido envejecimiento poblacional.

En Europa, según los últimos datos facilitados por Eurostat en mayo del año pasado, las tasas de envejecimiento son elevadas, con un incremento alto en los últimos 10 años; España ocupa los primeros puestos con un 19%. Igualmente, en este mismo informe alertan del progresivo envejecimiento del propio colectivo de las personas mayores, con un incremento de los octogenarios, así como de los de más de 90 y 100 años.

Esta situación de envejecimiento demográfico debe verse como una de las conquistas actuales y no como

un problema, si bien es cierto exige una respuesta adaptada a esta nueva realidad, definida entre otras características por la aparición o incremento de nuevas patologías vinculadas al envejecimiento, entre las que se encuentra la demencia y en particular el Alzheimer.

Según la *Alzheimer's Disease International* (ADI), federación internacional de asociaciones, en el informe publicado en 2018, 50 millones de personas en el mundo presentan demencia, una colectividad del tamaño de España - alrededor de dos tercios tienen la enfermedad de Alzheimer- y advierten que esta comunidad va en incremento (152 millones en 2050), refiriendo que se presenta un nuevo caso en el mundo cada tres segundos, convirtiéndose en la séptima causa de muerte. En Europa la prevalencia de enfermedad de Alzheimer es de un 5.05%, siendo superior en mujeres y manifiesta una tendencia creciente por grupos de edad (Niu, Álvarez, Guillén y Aguinaga, 2017). El aumento en la esperanza de vida incrementa la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, siendo la demencia la de mayor impacto en la salud pública, por los elevados costos directos e indirectos que requiere su tratamiento (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares y Bendezú, 2012). Este nuevo contexto exige una respuesta integral en la atención al colectivo de las personas mayores, con la creación de centros específicos y bajo una atención gerontológica en la que no prime solamente la salud y la parte más asistencial, fundamentándola desde una mirada bio-psico-socio-educativa, basada en lo que conocemos como modelo de "atención centrada en la persona", donde la persona con sus limitaciones, discapacidades y deterioros es el centro real de la atención (Brooker, 2013).

En estos nuevos escenarios o viejos transformados y desde el modelo de atención centrada en la persona, se han incrementado las atenciones a las personas mayores; ya no es suficiente, cubrir las necesidades básicas de asilo, alimentación, higiene,... de las personas mayores sino que además deben ser atendidas nuevas exigencias, que hacen necesario la incorporación de "nuevos profesionales", requiriendo un equipo multiprofesional y multidisciplinar, donde además de auxiliares de geriatría, convivan médicos gerontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, animadores socioculturales y educadores sociales, y es precisamente en estos últimos profesionales de atención directa, los y las educadoras sociales, en las que nos centraremos.

El título universitario de educación social en el estado español es un título universitario de reciente creación, sin cumplir la madurez de los 30 años. Es en octubre de 1991, cuando se publica el Real Decreto 1420/1991 por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Educación Social, como titulación de tres años, que posteriormente con la adaptación al espacio europeo de educación superior, pasará a grado, con una duración de cuatro años, a partir del curso 2010-2011.

La creación de esta titulación universitaria, vino a recoger las tradiciones profesionales de lo que se denominaban educadores especializados, animadores socioculturales, educadores de personas adultas... y si bien se consideró un paso importante en la dignificación de los/as educadores sociales, fue criticado por su carácter confuso, al aunar diferentes perfiles profesionales, produciendo cierta imprecisión, derivada de la propia normativa que lo regula. La primera directriz oficial del RD 1420/1991 que establece que estas enseñanzas deberán "orientarse a la formación de un educador en los campos de la educación no formal, educación de adultos (incluida la tercera edad), inserción sociolaboral de personas desadaptadas y minusválidos, así como la acción socioeducativa", ha sido calificada de poca clarificadora y confusa, si bien reconoce de forma explícita el colectivo de las personas mayores como uno de los ámbitos propios de intervención de estos

profesionales. Posteriormente, y motivado por el proceso de convergencia europea, se elabora en el año 2005 el libro Blanco "Título de grado en Pedagogía y Educación Social" (ANECA, 2005) que será el referente actual para los actuales planes de estudio del grado de educación social en las universidades españolas; en este documento se constata nuevamente que la intervención educativa con el colectivo de personas mayores sigue siendo un referente entre los perfiles profesionales de este título universitario.

Sobre estas directrices se han sentado las bases para la elaboración de los planes de estudio de Educación Social en las diferentes universidades, y por ello no es de extrañar que en dichos planes se hayan incorporado materias referidas a las personas mayores, con pesos y enfoques diferentes, si bien consideramos que debido a la extensión y complejidad de los ámbitos de actuación, la especialización de los y las educadoras sociales en la intervención con personas mayores, vendrá dada fundamentalmente por los masters y postgrados que puedan realizar al finalizar la formación general. Un análisis de contenido de los planes de estudio de grado de las distintas universidades nos permite concluir que los contenidos relativos a esta temática de forma específica son escasos, siendo más limitados o nulos si lo reducimos a personas con alzheimer.

El colectivo de personas mayores es uno de los ámbitos profesionales de actuación de los y las educadoras sociales no solo porque aparece recogido en la legislación de la titulación, como hemos visto, sino también porque se está convirtiendo en uno de los nichos de empleo actualmente más dinámicos, motivado por las condiciones demográficas y sociales. Las asociaciones de personas mayores, de familiares de alzheimer, los centros sociales, fundaciones, centros de atención diurna o centros residenciales son referentes laborales para los titulados en educación social (Failde y Ruiz, 2018). Esto quizá explique la apuesta de las universidades españolas por la formación postgraduado, ofreciendo múltiples ofertas de masters que, bajo denominaciones y enfoques diferenciados, se orientan al ámbito de la gerontología.

En una investigación que hemos realizado (Dapía, Failde y Fernández, 2017) se han identificado las preferencias vocacionales de los estudiantes de Educación social en relación a la intervención con personas mayores, administrando un cuestionario a primer y cuarto curso. Los resultados globalmente indican un escaso interés por el colectivo de personas mayores como opción profesional, incrementándose estas preferencias en el último curso, siendo la primera opción laboral para el 12.7% en el primer curso y alcanzando el 28.6% en cuarto curso, sin constatarse diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, en un análisis sobre las investigaciones publicadas en el ámbito español en relación con la intervención educativa con personas con alzheimer en España, hemos identificado escasas referencias que de forma específica aborden esta temática. Estas investigaciones se orientaban a la presentación de iniciativas que, con mucho mérito habían puesto en práctica educadoras sociales, pero que estaban escasamente validadas; se centraban en el área de estimulación cognitiva (Giménez y Chamseddine, 2015) -concretándose en experiencias de aplicación de técnicas de reminiscencia (Lain y Moré, 2008; Cadafalch, 2002) o "cajas de historias de vida (Cadafalch, 2008)- o en prácticas intergeneracionales (Cobo y Codina, 2008; del Barrio y García Ruiz, 2008).

El objetivo general de esta investigación es aproximarse a la realidad de la intervención socioeducativa que realizan los profesionales de la educación social dirigida a la atención de personas mayores afectadas por la Enfermedad de Alzheimer u otro trastorno neurocognitivo mayor (TNM), no solo con el colectivo sino también

con familiares o en el ámbito comunitario.

1. MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos planteados, hemos optado por un enfoque metodológico de corte cualitativo. La investigación cualitativa busca la interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico. Los estudios cualitativos pretenden llegar a comprender la singularidad de las personas y las comunidades, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto histórico-cultural. Se busca examinar la realidad tal como otros/as la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores.

1.1 PARTICIPANTES

El número de participantes fue de 20 educadores/as sociales con experiencia profesional con pacientes afectados por la enfermedad de Alzheimer u otros TNM, con una media de años trabajados de 10,1 (Sx=4,83) y un rango de 5-15 años; trabajan en: asociaciones de enfermos con Alzheimer el 11,1%, 33.4% en residencias y en centros de atención diurna un 55.5%. El 33.3% lo hace en centros públicos y el 66.6% en centros privados o concertados, mayoritariamente a jornada completa (77,8%), y con carácter estable -fijo (55,6%), personal laboral fijo de la administración (22,2%)-. Un 77.8% hace atención mixta a personas con demencia y sin deterioro cognitivo y el 22.2% restante solo a personas con trastorno neurogenerativo mayor.

Respecto a la titulación un 88,9 % corresponde a diplomados en educación social y un 11.1% son graduados.

1.2 INSTRUMENTOS

Para recoger los datos se ha empleado una Entrevista/cuestionario a Profesionales expertos. En dicho cuestionario se incluyen ítems agrupados en los siguientes bloques:

- Datos de identificación personal (datos de sexo, edad, estudios realizados, año de finalización)
- Perfil institucional (que clasifica según el sector y tipología a la que pertenecen las entidades entrevistadas)
- Perfil usuarios/as (tipología usuarios)
- Perfil profesional (relativo a la categoría profesional, vía de acceso y antigüedad en el puesto, jornada laboral, horario, salario percibido...)
- Intervención con enfermos, familiares y comunidad (vinculado a preguntas acerca, áreas, actividades, espacios de actuación... dificultades...)
- Necesidades y potencialidades (dificultades y propuestas de mejora)
- Formación (valoración formación y formación complementaria)

1.3 PROCEDIMIENTO

Para emprender la presente investigación se hizo una búsqueda de entidades sociales dirigidas a personas mayores con Alzheimer a través del Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales, perteneciente a la Consellería de trabajo e Benestar de la Xunta de Galicia (<https://benestar.xunta.es/XiacWeb/>). Se llegó a todos asociaciones y centros específicos de atención a este colectivo y se hizo un muestro en residencias

telefónico y centros de día; nos hemos puesto en contacto con las mismas para identificar en cuales había educadores sociales. En aquellas en las que existían les administramos una entrevista/ cuestionario por vía email o personalmente en los centros respectivos.

Para la retroalimentación de lo expresado individualmente en las entrevistas, hemos aplicado el Método Delphi, con el objeto de perfilar los análisis y conclusiones a través de un proceso iterativo de dos rondas de consulta.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos de las entrevistas se empleó, por una parte, en las preguntas cerradas un recuento de frecuencia de las categorías establecidas previamente en cada una. Por otra parte, las preguntas abiertas exigen un análisis de contenido de las mismas, a partir de sucesivas lecturas que nos permitieron establecer una categorización. La información recogida es muy amplia, por lo que el análisis se realizó teniendo en cuenta su contenido literal. Sucesivas lecturas de las respuestas aportadas por las educadoras, permitieron agrupar dicha información en categorías elaboradas a tal efecto, de diferentes niveles, tanto de primer como de segundo o tercer nivel.

2 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se estructura la presentación de los resultados en tres bloques: caracterización de la intervención realizada por los y las educadores sociales, necesidades y propuestas de mejora, y finalmente valoración de la formación relativa a la capacitación para el desempeño profesional en este ámbito.

En primer lugar, en relación con la intervención, los y las educadores sociales la dirigen no solo a personas afectadas por alzheimer, sino también a sus familiares, a otros profesionales y a la comunidad.

La actividad que desarrollan con personas afectadas de alzheimer u otras demencias es amplia y variada. Las áreas a las que dirigen la intervención se han agrupado en siete categorías (ver tabla 1), y se concretan en múltiples y heterogéneas actividades, desde actividades de reminiscencia, gerontogimnasia, teatro, baile, manualidades diversas, fiestas, horticultura...

TABLA 1. ÁREAS DE INTERVENCIÓN ENFERMOS ALZHEIMER

ÁREAS	ACTIVIDADES
Estimulación cognitiva	Reminiscencia, cálculo, lenguaje orientación espacio-temporal, ...
Actividades físicas y/o de rehabilitación	Gerontogimnasia, psicomotricidad, ej. posturales...
Artes plásticas	Manualidades, decoración ambiental, costura, calceta...
Dramática – musical	Baile, canto, dramatización, teatro...
Dinámica ocupacional	Actividades asistidas con animales, jardinería, cocina, reciclado...
De participación comunitaria	Fuera (Salidas, act. Intergeracionales, fiestas con familia) y dentro (juegos, fiestas..)
Evaluación, planificación y gestión	Planes de atención individualizada (PAI), proyectos...

Con familiares/cuidadores no formales, aunque también se realizan intervenciones de carácter lúdico, mayoritariamente se centran en actuaciones de orientación, asesoramiento y formativas; asimismo también hacen donaciones y colaboraciones.

Para profesionales, las actuaciones son de carácter formativo o de colaboración y con la comunidad llevan a cabo acciones desensibilización, divulgativas y formativas.

En segundo lugar, se han analizado las dificultades encontradas en su práctica profesional, así como las propuestas de mejora. En relación a las primeras, se han hecho eco de dificultades asociadas a la presencia de grupos numerosos en la intervención que dificultan la aplicación de un enfoque de atención centrado en la persona, la falta de recursos e instalaciones, las limitaciones provocadas por trabajar con personas que presentan alto deterioro cognitivo o conductas disruptivas, el escaso personal, la escasa implicación de las familias... Y ante esta situación proponen incremento de recursos materiales y personales, mayor reconocimiento de su intervención, mejora en su formación o apoyo y formación en las familias, desde las fases más tempranas.

Finalmente, en tercer lugar, haremos alusión a la valoración que hacen de su formación. Consideran que, si bien reciben formación en el ámbito de la gerontología, ésta en algunas universidades tiene carácter optativo y, además piensan que la formación que reciben sobre demencias y sobre estrategias de cómo intervenir con este colectivo es casi inexistente. Por ello se ven en la obligación de ampliar su formación a través de otra de carácter complementario, postgrados, cursos especializados...

3. CONCLUSIONES

El crecimiento de dispositivos asistenciales especializados en atención a personas mayores y con enfermedad de alzheimer, ha provocado una contratación creciente de profesionales de la educación social en estos centros.

Las y los educadores sociales efectúan su intervención dirigida a diferentes sectores –enfermos con alzheimer, familiares y sociedad- y en diferentes áreas de intervención, materializadas en actividades heterogéneas.

Las dificultades encontradas en su práctica profesional les llevan a demandar mayor formación específica que les facilite la intervención, reducción del tamaño de los grupos que permita una atención más individualizada, centrada en la persona y, además, ampliación de recursos, materiales –salas multisensoriales- y humanos. Asimismo, plantean como necesaria una regulación profesional acerca de la contratación de educadores sociales para la ejecución de intervenciones socioeducativas en los dispositivos asistenciales que rompa con el intrusismo profesional y ayude a delimitar las funciones de los educadores sociales con este colectivo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración financiera de la Fundación Dorzan, a través de la Beca Dorzan 2019.

REFERENCIAS

- Abellán, A.; Ayala, A. y Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Informes envejecimiento en red, 15. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

- Alzheimer's Disease International (ADI)(2018). *World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers*. London: ADI. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf?2>
- ANECA (2005). *Libro Blanco del título de Grado en Pedagogía y Educación Social I*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- ASEDES (2007). *Documentos profesionalizadores: Definición de educación social. Código deontológico del educador y la educadora social*. Catálogo de funciones y competencias del educador y la educadora social. Barcelona: Grafox, S.L.
- Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia*. Barcelona: Octaedro.(Traducción del inglés: Elena Cavero Mariné)
- Custodio, N.; Herrera, E., Lira, D.; Montesinos, R.; Linares, J. y Bendezú, L.(2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.
- Dapía, M.; Failde, J.M. y Fernández, M.R.(2017). Los/as estudiantes de educación social y trabajo social ante la atención a personas mayores: Intereses profesionales. *Revista de estudios e investigación en Psicología y Educación*. <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.07.2285/pdf>
- EUROSTAT (2018). *Estructura demográfica y envejecimiento de la población*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/es
- Failde, J.M y Ruiz, L. (2018). *Presencia y potencialidades de la educación social en el ámbito de la intervención con personas mayores*. Material inédito.
- Niu, H.; Álvarez-Álvarez, I.; Guillén-Grima, F. y Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8):523–532
- Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Educación Social y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquel (BOE, num. 243, de 10 de octubre de 1991).

Conocimientos, actitudes hacia el envejecimiento, satisfacción con la vida y componente del estereotipo viejista en dos cohortes de personas mayores

José María Faílde Garrido¹, María Dapía Conde¹, Laura Ruiz Soriano¹, Alba Bernárdez Dapía² y Miguel Ángel Vázquez Vázquez¹

¹Universidad de Vigo, Ourense, España; ² Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Palabras clave (Keywords): actitudes, conocimientos, satisfacción con la vida, estereotipos, personas mayores.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar los conocimientos y actitudes ante el envejecimiento, la satisfacción con la vida y el componente del estereotipo viejista en dos cohortes de personas mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el presente estudio participaron personas mayores con edades comprendidas entre los 65 y los 98 años, sin deterioro cognitivo. Al objeto de contrastación empírica fueron subclasificados en dos cohortes (65 - a75 años versus 76 a 98 años). A todos los participantes le fueron administradas las siguientes pruebas: Una entrevista de datos sociodemográficos, el FAQ-1 (Palmore, 1998), el cuestionario de Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV; Castellano y De Miguel, 2011), la escala de Actitudes Ambivalentes hacia el Envejecimiento (Cary, Chasteen, & Remedios, 2017) y la escala Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975).

RESULTADOS: El nivel de conocimientos en ambos grupos es bajo (Media=10,06, Sx=2,35) y desde el punto de vista estadístico no difiere significativamente. Detectándose sesgos actitudinales en sus respuestas que denotan un claro componente negativo. El análisis entre grupos puso en evidencia que la cohorte de individuos de mayor edad obtuvo puntuaciones más elevadas y estadísticamente significativas en el *sesgo negativo* (F=5,70, p=,019) y en la *tendencia actitudinal neta* (F=15,05, p=,000), que también resultó negativa. En relación al trato discriminatorio se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes subescalas: *Trato de Apoyo General* (F=7,90, p=,006), y *Trato Negativo por Desconsideración Social* (F=5,70, p=,019), en ambos casos el grupo de menor edad obtuvo puntuaciones más elevadas, mientras que en *Críticas por la Edad* (F=7,13, p=,009) y *Trato Negativo Familiar* (F=11,23, p=,001) fueron los individuos de mayor edad los que indicaron mayor discriminación. Por lo que se refiere a las actitudes ambivalentes, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el componente benevolente del estereotipo viejista (F=15,05; p=,000). Finalmente, los individuos de edades más elevadas obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en satisfacción con la vida (F= 23,23, p=,000) y en las actitudes hacia el propio envejecimiento (F= 1,12, p=,000).

Conclusiones: Los resultados evidencian que el grupo de personas mayores de más edad manifiesta estereotipos más negativos hacia el envejecimiento, una más baja satisfacción con la vida y una peor aceptación de su propio envejecimiento. Además, manifiesta sufrir mayor nivel de discriminación en contextos más hostiles. Respecto al contenido de los estereotipos viejistas los individuos de mayor edad obtienen puntuaciones más elevadas en el componente hostil y benevolente, aunque solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en este último. Estos datos son de utilidad para el diseño e implementación de programas dirigidos a educar para el envejecimiento que tengan por destinatarios tanto a personas mayores como a la población general.

INTRODUCCIÓN

España y Galicia son respectivamente un país y una región con unas tasas de envejecimiento elevadas respecto al contexto internacional. Así el índice de envejecimiento (Cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100) de España en 2018 era de 120,46, mientras que el de Galicia 195,19, constituyendo la segunda comunidad más envejecida del territorio español tras el Principado de Asturias (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

El envejecimiento poblacional es debido entre otras razones al incremento de la esperanza de vida y a la baja natalidad. Estos factores son el resultado de la conjunción de variables tales como la mejora en la atención sanitaria, cambios en las conductas y los valores sociales y culturales, la evolución de la economía o políticas sociales y de empleo.

En este contexto, resulta de interés analizar los conocimientos y actitudes de la población. Múltiples estudios, nacionales e internacionales han puesto de manifiesto los bajos niveles de conocimientos que la población tiene sobre el envejecimiento (Darling, 2016; Faílde Garrido, Dapía Conde, Vázquez Vázquez, Ruiz Soriano y Vázquez Rodríguez, 2019). En una línea similar, multitud de investigaciones constatan que el envejecimiento es objeto de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias (Cary et al., 2017, Castellano and de Miguel, 2010).

En los últimos años, siguiendo una pauta similar a la de otros “ismos”, como el racismo o el sexismo (Glick y Fiske, 1996), diversas publicaciones se han focalizado en el estudio del contenido ambivalente del estereotipo viejista, el cual también ofrece un contenido estereotipado ambivalente que, por una parte, involucra sentimientos de benevolencia y, por otra, de hostilidad hacia adultos mayores (Cary, Chasteen, y Remedios, 2017). Así, la percepción de la vejez incluye connotaciones positivas como sabiduría o experiencia (Cuddy y Fiske, 2002). Sin embargo, el contenido principal está esencialmente asociado con características negativas tales como la enfermedad física y/o mental, la discapacidad, la fragilidad, la falta de intereses y motivaciones por la vida, el aislamiento social, o la inutilidad (Cary et al., 2017, Castellano y De Miguel, 2010; Dionigi, 2015, Horton et al., 2007, Molden y Maxfield, 2016).

Así la cuestión, el presente estudio pretende evaluar los conocimientos y actitudes ante el envejecimiento, la satisfacción con la vida y el componente del estereotipo viejista en dos cohortes de personas mayores.

1. MÉTODOS

1.1 PARTICIPANTES

En el presente estudio participaron 109 personas mayores con edades comprendidas entre los 65 y los 98 años, sin deterioro cognitivo. Al objeto de contrastación empírica fueron subclasificados en dos cohortes (65 a 75 años versus 76 a 98 años).

La media de edad del grupo de 65 a 75 años fue de 69,64 años ($Sx=2,90$), mientras que el grupo de más de 75 tuvo una media de 82,77 ($Sx= 5,32$).

1.2 INSTRUMENTOS

A todos los participantes se le administró la misma batería de instrumentos que describimos a continuación. *The Facts on Aging Quiz 1* (FAQ-1; Palmore, 1998), se trata de un instrumento que se emplea para evaluar los conocimientos y sesgos actitudinales frente al envejecimiento. Está integrado por veinticinco ítems con formato de respuesta múltiple. Este instrumento mediante un algoritmo de corrección permite, además, determinar el sesgo actitudinal (positivo o negativo) y la tendencia actitudinal neta. Resaltar que este instrumento tiene una puntuación total que va de 0 a 25 y cuanto más alta sea la puntuación mayor es el conocimiento sobre el envejecimiento y la salud de las personas mayores. La consistencia interna, determinada mediante el estadístico alfa de Cronbach y oscila entre 0,45 a 0,66 (Pett, Lackey y Sullivan, 2003; Williams, Anderson, y Day, 2007). En esta investigación el alpha de Cronbach fue de 0,60.

Cuestionario de Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV; Castellano y De Miguel, 2011). Este instrumento evalúa las conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento. Está formado por 31 ítems sobre situaciones cotidianas de la vida diaria donde pueden manifestarse conductas discriminatorias hacia la persona mayor, que pueden ser positivas o negativas. Su formato de respuesta es de opción múltiple, con una escala de cuatro puntos, que van desde “nunca” hasta “siempre”, que evalúan cinco áreas en las que puede tener lugar la conducta discriminatoria: 1) Sanitario; 2) Actividades de la vida diaria; 3) Interacción familiar; 4) Interacción social; 5) Ámbito personal. Este instrumento permite obtener puntuaciones para 8 factores de primer orden: F-I= atención personal negativa; F-II= trato de apoyo general; F-III= trato favorable de comprensión y ayuda; F-IV= críticas por la edad; F-V= trato negativo por actitud despectiva de los demás; F-VI= trato normalizado de igualdad; F-VII= trato negativo familiar; F-VIII= trato negativo por desconsideración social. Adicionalmente, permite obtener dos factores de segundo orden: 1) Conductas discriminatorias negativas por la edad y 2) Conductas de marginación debidas a la edad. El alfa de Cronbach en este estudio fue de ,78.

Escala de Actitudes Ambivalentes hacia el Envejecimiento (Cary, Chasteen, & Remedios, 2017) Este instrumento evalúa el componente hostil y benevolente de las actitudes viejistas, está integrado por 13 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 1 a 7 puntos que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Permite obtener puntuaciones en dos componentes del estereotipo viejista, en el hostil (4 ítems) y en el benevolente (9 ítems). El alfa de Cronbach en este estudio fue de ,92 para el ageismo benevolente y de ,85 para el ageismo hostil.

Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975). Este instrumento evalúa la satisfacción con la vida y la actitud frente al envejecimiento, la ansiedad y la insatisfacción frente a la soledad. Se compone de 16 ítems a los con formato de respuesta sí o no, excepto el ítem 7 que hay que elegir entre tres opciones (mejor, peor o

igual). El alfa de Cronbach en nuestro estudio fue de .92.

Cuestionario de datos sociodemográficos y de aspectos relacionados con la convivencia y participación en la vida de las personas mayores. Instrumento diseñado ad hoc que incluía cuestiones referidas a la edad de la persona, género, nivel de estudios, estado civil, si ha convivido con personas mayores de 65 años, si se ha hecho cargo de los cuidados de una persona mayor, la situación laboral, cual es/ha sido su nivel profesional más elevado y como considera su nivel de conocimientos sobre la vejez y el envejecimiento.

1.3 PROCEDIMIENTO

A través de un muestreo de conveniencia mediante el método de “bola de nieve” se reclutaron 109 personas mayores a las que se les administraron los cuestionarios anteriormente descritos. Todos los participantes fueron debidamente informados de los objetivos del estudio y se les solicitó su participación mediante consentimiento escrito. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 65 años, saber leer y escribir y no tener deterioro cognitivo.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se han utilizado técnicas estadísticas univariadas (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes). Los contrastes analíticos se realizaron mediante ANOVA y Chi cuadrado. Para su análisis se empleó el programa SPSS en su versión IBM statistis 24.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características sociodemográficas y cuestiones relacionadas con el envejecimiento

Tal como se aprecia en la tabla 1, en relación a los datos sociodemográficos y de clasificación se detectó asociación estadísticamente significativa entre el factor grupo etario y las siguientes variables.

- Nivel de estudios ($X^2 = 12,42$; $p = ,002$)

Tal y como se aprecia en la tabla 1, la cohorte de 65 a 75 años presenta niveles de instrucción más elevados.

- Estado civil ($X^2 = 11,96$; $p = ,008$)

El grupo de personas de más de 76 años acumula un mayor porcentaje de personas viudas, mientras que el grupo de 65 a 75 años tiene el porcentaje mayor de personas casadas.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

VARIABLES	EDAD	EDAD	X ²	SIG.	
	65-75 N=66	> 76 N=43			
	FREC. %	FREC. %			
GÉNERO	Masculino	35 (42.7)	17 (39.5)	.11	.734
	Femenino	47 (57.3)	26 (60.5)		

VARIABLES		EDAD 65-75 N=66	EDAD > 76 N=43	X ²	SIG.
		FREC. %	FREC. %		
NIVEL DE ESTUDIOS	Primarios	45 (54.9)	37 (86.0)	12.42	.002
	Secundarios	34 (41.5)	6 (14.0)		
	Superiores	3 (3.3)	0 (0.0)		
ESTADO CIVIL	Soltero	4 (4.9)	(9.3)	11.96	.008
	Casado	65 (79.3)	23 (53.5)		
	Divorciado	5 (6.1)	2 (4.74)		
	Viudo	8 (9.7)	14 (32.5)		
HA CONVIVIDO CON MAYORES DE 65 AÑOS	si	58 (70.7)	30 (69.8)	.01	.911
	no	24 (29.3)	13 (30.2)		
HA CUIDADO A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	si	51 (62.3)	26 (60.5)	1.11	.773
	no	31 (37.8)	17 (39.5)		
SITUACIÓN DE ESTUDIOS Y LABORAL	Estudio y no trabajo	2 (2.4)	0 (0.0)	13.98	.001
	Trabajo y no estudio	16 (16.9)	1 (2.3)		
	Estudio y trabajo	3 (3.7)	0 (0.0)		
	Ni estudio ni trabajo	28 (34.1)	12 (27.9)		
	Jubilado	33 (40.2)	30 (69.8)		
NIVEL PROFESIONAL	Bajo	38 (43.3)	34 (79.1)	12.39	.002
	Medio	40 (48.8)	8 (18.6)		
	Alto	4 (4.9)	1 (2.3)		
CONONCIMIENTOS AUTOPERCIBIDOS VEJEZ	Bajos	22 (26.9)	21 (48.8)	7.69	.021
	Medios	43 (52.4)	19 (44.2)		
	Altos	17 (20.7)	3 (7.0)		

- Situación de estudios y laboral (X²=13,97; p= ,007)

Como era de esperar el porcentaje de personas jubiladas se incrementa con la edad, pasando del 40,2 en el grupo de 65a 75 años, a 69,8% en el grupo de 76 y más años. Resulta llamativo, que en este último

grupo un 2.6% todavía refiere estar laboralmente activo.

- Nivel profesional ($X^2 = 612,39$; $p = ,002$)

En relación al nivel profesional los mayores de 76 años tienen significativamente menor nivel de cualificación.

- Conocimientos sobre el envejecimiento y la vejez ($X^2 = 7,69$; $p = ,002$)

El grupo de más edad es el que refiere tener niveles de conocimientos sobre la vejez y el envejecimiento menores.

CONOCIMIENTOS Y SESGOS ACTITUDINALES

El primer aspecto que llama la atención, es el bajo nivel de conocimientos que tienen los participantes (ver tabla 2).

El nivel de conocimientos en ambos grupos es bajo (Media=10,06, $Sx=2,35$) no detectándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sus respuestas evidencian sesgos actitudinales que denotan un claro componente actitudinal negativo. El análisis entre grupos puso en evidencia que la cohorte de individuos de mayor edad obtuvo puntuaciones más elevadas y estadísticamente significativas en el sesgo negativo ($F=4,11$, $p=,045$) y en la tendencia actitudinal neta ($F=5,70$, $p=,019$), que también resultó negativa.

Por lo que se refiere a las actitudes ambivalentes, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el componente benevolente del estereotipo viejista ($F=15,05$; $p=,000$).

En relación al trato discriminatorio se detectaron diferencias estadísticamente significativas en varias de las escalas del cuestionario CONDUC ENV. Así el grupo de menor edad obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en las siguientes subescalas: Trato de Apoyo General ($F=7,90$, $p=,006$) y Trato Negativo por Desconsideración Social ($F=5,70$, $p=,019$). Por el contrario, en los factores Críticas por la Edad ($F=7,13$, $p=,009$) y Trato Negativo Familiar ($F=11,23$, $p=,001$) fueron los individuos de mayor edad los que indicaron sufrir mayor discriminación.

TABLA 2. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES ANTE EL ENVEJECIMIENTO, CONTENIDO DEL ESTEREOTIPO Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DEL GRUPO ETARIO

VARIABLES	EDAD 65-75 N=66 MEDIA (SX)	EDAD 65-75 N=66 MEDIA (SX)	F	SIG.
FAQ-1	10.32 (2.46)	9.67 (2.12)	1.98	.163
Sesgo Positivo	2.78 (2.90)	2.14 (1.65)	3.50	.064
Sesgo Negativo	10.06 (2.40)	10.88 (1.56)	4.11	.045
Actitud Neta	7.28 (3.58)	8.74(2.51)	5.70	.019
Ageismo Benevolente	3.93 (1.07)	4.73(1.12)	15.05	.000
Ageismo Hostil	3.00 (1.35)	3.20(1.31)	.61	.435

VARIABLES	EDAD 65-75 N=66 MEDIA (SX)	EDAD 65-75 N=66 MEDIA (SX)	F	SIG.
CONDUC-ENV Atención personal negativa	2.66 (1.91)	3.41 (2.33)	3.35	.070
CONDUC-ENV Trato de apoyo general	6.80 (2.09)	5.42 (2.88)	7.90	.006
CONDUC-ENV Trato favorable de comprensión	2.76 (2.40)	2.90 (1.96)	.19	.890
CONDUC-ENV Críticas por la edad	1.53 (1.94)	2.56 (1.69)	7.13	.009
CONDUC-ENV Trato por actitud despectiva	.48 (.50)	.90 (1.32)	3.25	.056
CONDUC-ENV Trato normalizado de igualdad	1.47 (2.82)	1.90 (1.73)	1.50	.223
CONDUC-ENV Trato negativo familiar	2.47 (2.16)	4.02 (2.59)	11.23	.001
CONDUC-ENV Trato por desconsideración	4.50 (1.21)	3.68 (2.08)	6.72	.001
CONDUC-ENV_ FI Ctas. discriminatorias por edad	19.86 (8.10)	20.22 (8.69)	.27	.607
CONDUC-ENV_ FII Ctas. marginación por edad	3.25 (1.79)	3.72 (2.29)	1.40	.239
Escala de Philadelphia	8.91 (3.70)	5.37 (3.70)	23.32	.000
Subescala Philadelphia Actitudes propio envejecimiento	2.12 (1.22)	1.12 (1.07)	18.29	.000

Finalmente, los individuos de edades más elevadas obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en satisfacción con la vida ($F= 23,32, p=,000$) y actitudes menos positivas hacia su propio envejecimiento ($F= 18,29, p=,000$).

3. CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que el grupo de personas mayores de más edad manifiesta estereotipos más negativos hacia el envejecimiento, una más baja satisfacción con la vida y una peor aceptación de su propio envejecimiento. Además, manifiesta sufrir mayor nivel de discriminación en contextos más hostiles.

Respecto al contenido de los estereotipos viejistas los individuos de mayor edad manifiestan puntuaciones más elevadas en el componente hostil y benevolente, aunque solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en este último.

Estos datos son de utilidad para el diseño e implementación de programas dirigidos a educar para el envejecimiento que tengan como destinatarios tanto a personas mayores como a la población general.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a las personas mayores participantes su amable y desinteresada colaboración en este estudio.

REFERENCIAS

- Cary, L.A., Chesteen, A.L. & Remedios, J. (2017). The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism *Gerontologist*, 57(2), e27-e36. doi: 10.1093/geront/gnw118.
- Castellano, C. L., & de Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278.
- Castellano, C. L., & De Miguel, A. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 359-375
- Darling, R. M. (2016). Knowledge of Aging and Attitudes Toward Older People by Communication Sciences and Disorders Students. *Contemporary Issues in Communications Science and Disorders*, 43, 50–63.
- Failde Garrido, José María, Dapía Conde, María, D., Ruiz Soriano, L., Vázquez Vázquez, M.A. & Vázquez Rodríguez, L. (2019, en prensa). The perspective of different age groups regarding old age and aging in highly aged contexts. *The Social Science Journal*.
- Horton, S., Baker, J. y Deakin, J. (2007). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Seniors in North American Society. *Educational Gerontology*, 33(12), 1021-1035.
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Índice de envejecimiento por comunidad autónoma*. Extraído de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452>
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Molden, J. & Maxfield, M. (2016). The impact of aging stereotypes on dementia worry. *Eur J Ageing*. 2016 May 18;14(1):29-37. doi: 10.1007/s10433-016-0378-z.
- Palmore, E. B. (1998). *The facts on aging Quiz. A Handbook of Uses and Results*. New York: Springer.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J.J. (2003). *The use of factor analysis for instrument development in health care research*. California: Sage Publications.
- Williams, B., Anderson, M. C., & Day, R. (2007) Undergraduate nursing students' knowledge of and attitudes toward aging: comparison of context-based learning and a traditional program. *Journal of Nursing Education*, 46(3), 115-20.

O Educador Social na Intervenção Socioeducativa com Pessoas Idosas – Que benefícios?

Susana Fonseca, Lia Araújo y Maria João Amante

Escola Superior de Educação de Viseu, Portugal

Palabras clave (Keywords): intervenção socioeducativa, educador social, pessoas idosas.

RESUMEN

INTRODUÇÃO: Atualmente, um dos maiores desafios da sociedade é o envelhecimento da população, nomeadamente a definição de estratégias para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e a criação de respostas adequadas e adaptadas às características dos novos “velhos”. O educador social, poderá ser parte da resposta profissional a dar a este desafio, na medida em que procura apoiar, formar e educar o indivíduo ao longo do seu percurso de vida e do seu desenvolvimento, através duma intervenção socioeducativa. Objetivos: O objetivo principal desta intervenção é o desenvolvimento global do indivíduo ao nível das suas atitudes, do seu comportamento, das suas relações, e a melhoria das suas competências pessoais e sociais.

MATERIAL: Os dados foram recolhidos através de um questionário constituído por um conjunto de questões de caracterização sociodemográfica e uma escala de avaliação da intervenção socioeducativa para pessoas idosas. Método: Este estudo procura analisar a perceção de benefícios da intervenção socioeducativa, realizada por estagiários do curso de licenciatura em Educação Social, em contexto comunitário e institucional com pessoas idosas. Participaram no estudo 60 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 53 e os 84 anos (M=73,1, DP=7,96).

RESULTADOS: Os resultados revelaram para as sete dimensões (Integração Social, Integração Familiar, Capacidades Pessoais, Autoconceito, Adaptação Social, Hábitos Saudáveis e Mudança Cognitiva) uma perceção positiva dos benefícios da participação nas atividades socioeducativas, sendo os valores mais elevando nas dimensões Capacidades Pessoais, Hábitos Saudáveis e Mudanças Cognitivas (M= 4,4) e o valor mais baixo na Adaptação Social (M=3,7). Conclusões: Os resultados apontam, desta forma, que as pessoas idosas percecionam de forma muito positiva os benefícios da intervenção socioeducativa, o que reforça a necessidade de existirem mais (e mais diversificadas) respostas comunitárias e institucionais, onde a ação socioeducativa que caracteriza a intervenção do educador social seja cada vez mais valorizada.

INTRODUCCIÓN

As sociedades por toda a Europa lidam, atualmente, com os desafios do envelhecimento e orientam-se para a definição de estratégias promotoras do envelhecimento bem-sucedido e criação de respostas adequadas e adaptadas às características dos novos seniores. As respostas sociais para pessoas idosas disponíveis em Portugal, nomeadamente Estruturas Residenciais, Centros de Dia, Centros de Noite, Serviços de Apoio Domiciliário, não esgotam todas as possibilidades e necessidades que um país fortemente envelhecido, com

públicos-alvo muito diversificados, com exigências diferentes e novas, tem neste momento. Acresce que a maioria destas respostas sociais, principalmente as públicas, não possuem, na maioria dos casos, técnicos que desenvolvam atividades socioeducativas que promovam um envelhecimento bem-sucedido. A intervenção fica, muitas vezes, limitada aos cuidados de higiene, alimentação e saúde.

A Intervenção socioeducativa, campo de ação e de reflexão de natureza transdisciplinar que cruza as áreas do trabalho social e da educação, assume-se como fulcral na promoção da capacitação pessoal e cívica das pessoas mais velhas (Garcia, 2010; Limón & Crespo, 2002). As ações de educação e aprendizagem ao longo da vida são apontadas como estratégias compensatórias que permitem aumentar as capacidades preservadas, fundamentais para que as pessoas sejam autónomas, aproveitem a fase avançada de vida (Narushima, Liu, & Diestelkamp, 2018), permaneçam ativas e em atividades, informadas e em formação, em convivência e integradas socialmente (Osório, 2008; Sánches, 2008). Daí que a educação ao longo da vida seja considerada como uma dimensão que influencia o bem-estar das pessoas idosas (Walker, 2002) e o envelhecimento ativo (Tam, 2011, Faber, 2015).

Em Portugal são escassas, ou mesmo quase inexistentes, as respostas sociais comunitárias que promovam um envelhecimento bem-sucedido, apoiado e centrado nas pessoas. Concordando que as Residências para pessoas idosas são uma necessidade social e cumprem um importante papel, não é menos verdade que não esgotam todo o leque de soluções que respeitem as necessidades individuais do processo de envelhecimento. Com a maior longevidade e com as mudanças sociais, tecnológicas e de conhecimento estamos perante uma maior diversidade pessoal, de interesses que não se satisfazem com as soluções que existem, principalmente quando a funcionalidade a todos os níveis se mantém. A participação social, as relações interpessoais novas, a aprendizagem e desenvolvimento de novas competências, a criação de novas redes sociais, etc., revelam-se fatores que contribuem para o envelhecimento positivo e fazem parte, atualmente, dos interesses das pessoas idosas (Ribeiro & Paul, 2011). Em consequência, a criação de espaços comunitários, abertos, livres, que permitam a satisfação destas necessidades parece ser urgente e fundamental se queremos que a longevidade não se traduza apenas em mais anos de vida, mas também em melhores anos de vida (Narushima et al., 2018).

No nosso entender, o educador social, poderá ser parte da resposta profissional a dar a este repto, na medida em que procura apoiar, educar e capacitar o indivíduo ao longo do seu percurso de vida e do seu desenvolvimento, através duma intervenção socioeducativa. Foi, assim, que na formação de educadores sociais do Instituto Politécnico de Viseu, se criaram, a partir dos projetos de estágio, espaços comunitários direcionados para as pessoas idosas que vivem na comunidade. Desde 2012 que esta experiência foi iniciada e tem aumentado a participação. Foram criados ainda, quer nas Estruturas Residenciais, quer nos Centros de Dia, espaços de desenvolvimento de atividades socioeducativas. O objetivo principal desta intervenção foi o desenvolvimento global do indivíduo ao nível das suas atitudes, do seu comportamento, das suas relações, e a melhoria das suas competências pessoais e sociais.

Assim, este estudo procura analisar a perceção que os participantes têm dos benefícios da intervenção socioeducativa, realizada por estagiários do curso de licenciatura em Educação Social, em contexto comunitário e institucional com pessoas idosas.

1. MÉTODOS

1.1 PARTICIPANTES

Participaram no estudo 60 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 53 e os 84 anos ($M=73,1$, $DP=7,96$), maioritariamente do sexo feminino (95%), casadas (41,7%) ou viúvas (41,7%). Os sujeitos pertenciam a 2 Centros de Convívio comunitários ($n=46$), 1 Centro de Dia institucional ($n=6$) e uma Residência institucional ($n=8$). A maioria (54,2%) tem entre 4-6 anos de escolaridade, seguido de 13,3% com 9-11 anos. A percentagem de sujeitos com 6-9 anos e menos de 4 anos é idêntica (11,7%). 5,1% referem possuir o ensino superior e apenas 3,3% refere não ter andado na escola. Relativamente à situação, dos que vivem em casa ($n=52$), 55,7% vivem acompanhados e 44,3% vivem sozinhos.

A maioria (61,7%) frequenta as atividades socioeducativas há um período de tempo de 2 a 4 anos e com uma frequência de 4 vezes por mês (70,2%).

A forma como avaliam a sua capacidade de gerir as suas atividades de vida diárias é bastante positiva, sendo que 45% a consideram aceitável, e 43,3% como boa (33,3%) ou muito boa (10%). Apenas 11,7% a avaliam como má (10%) ou muito má (1,7%). Verifica-se igualmente uma perceção de saúde bastante positiva com 65% a referirem como boa (26,7%) ou muito boa (38,3%) e 26,7% como aceitável. A perceção negativa apenas se verifica em 8,4% dos respondentes. No entanto, 55,2% referem sofrer de diversas patologias.

1.2 INSTRUMENTOS

Os dados foram recolhidos através de um questionário constituído por um conjunto de questões de caracterização sociodemográfica e uma escala de tipo Likert de avaliação da intervenção socioeducativa para pessoas idosas construída com base na utilizada por Yuni e Urbano (2007). A escala contém 36 itens, divididos por sete dimensões, Integração Social, Integração Familiar, Capacidades Pessoais, Autoconceito, Adaptação Social, Hábitos Saudáveis e Mudança Cognitiva. A escala de resposta é de cinco pontos e varia do Discordo totalmente ao Concordo totalmente. Sempre que possível foi autorrespondida. Nos casos em que as pessoas idosas ou não tinham escolaridade ou tinham dificuldade na compreensão das questões houve auxílio por parte dos investigadores.

1.3 PROCEDIMIENTO

A recolha de dados ocorreu num contexto comunitário de intervenção, numa junta de freguesia urbana do centro de Portugal, num Centro de Dia e numa Estrutura Residencial para pessoas idosas de Instituição Particular de Solidariedade Social, onde são desenvolvidos projetos de estágio do curso de licenciatura em Educação Social. As pessoas que participam com maior frequência e assiduidade nas atividades dos projetos de estágio foram convidadas a responder ao questionário.

A participação foi voluntária, foi dado consentimento oral para participar após explicação dos objetivos do estudo, foi mantida a confidencialidade e considerados todos os procedimentos éticos devidos em estudos desta natureza.

1.4 ANÁLISIS DE DATOS

As respostas foram analisadas com recurso à estatística descritiva, com suporte do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 24).

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Os resultados revelaram, para as sete dimensões (Integração Social, Integração Familiar, Capacidades Pessoais, Autoconceito, Adaptação Social, Hábitos Saudáveis e Mudança Cognitiva), uma perceção positiva dos benefícios da participação nas atividades socioeducativas (M=4,09, DP=1,0), o que vai no sentido dos resultados de Yuni e Urbano (2007), em que o valor médio foi de 4,76.

Tendo em conta as áreas mais específicas, avaliadas pelo instrumento utilizado, os valores encontrados foram mais elevados nas dimensões Capacidades Pessoais, Hábitos Saudáveis e Mudanças Cognitivas (M= 4,4) e mais baixos na Adaptação Social (M=3,7).

	1	2	3	4	5
CAPACIDADES PESSOAIS					
Descobrir que tenho possibilidades de aprender	5,1	0	0	23,7	71,2
Descobrir que me Interesso por temas que antes não dava importância	5,1	0	1,7	23,7	69,5
Compreender que o meu estado de saúde depende em grande parte de mim	8,9	0	5,4	19,6	66,1
Descobrir que posso fazer coisas por mim mesmo relativamente ao meu bem-estar	3,5	0	0	24,6	71,9
Que desse conta que posso ser útil	7,1	1,8	1,8	16,1	73,2
Descobrir aspetos novos da minha maneira de ser	10,5	0	3,5	22,8	63,2
HÁBITOS SAUDÁVEIS					
Ter novas formas de ocupar o tempo livre	1,7	0	0	20,3	78
Modificar as minhas atividades de lazer	3,7	0	0	21,7	75
Adquirir hábitos de vida mais saudáveis	6,7	0	10	20	63,3
Mudar os hábitos de alimentação e cuidados com a minha saúde física	8,5	3,4	10,2	25,4	52,5

	1	2	3	4	5
MUDANÇAS COGNITIVAS					
Que me sentisse mais ágil para pensar	3,4	1,7	1,7	37,3	55,9
Descobrir que há muitas formas de aprender	8,5	1,7	1,7	16,9	71,2
Que me interessasse mais por atividades de conhecimento	1,7	1,7	1,7	31,7	63,3
Ter mais rapidez para analisar e compreender a informação	5	3,3	1,7	31,7	58,3
Aprender sobre como é mais fácil para mim adquirir conhecimentos	5	1,7	5	30	58,3
Relacionar coisas que sabia por experiência com o que aprendi nas atividades	5	3,3	5	15	71,7

Considerando as dimensões mais valorizadas (Capacidades Pessoais, Hábitos Saudáveis e Mudança Cognitiva), as afirmações que demonstraram maior percentagem de total concordância foram “*Ter novas formas de ocupar os tempos livres*”, “*Modificar as minhas atividades de lazer*” e “*que desse conta que posso ser útil*”, sendo as duas primeiras relativas à dimensão Hábitos Saudáveis e a terceira relativa às Capacidades Pessoais. Curiosamente é também na dimensão Hábitos Saudáveis que os valores percentuais de concordância total são mais baixos, especificamente no que concerne a “*Mudar os hábitos de alimentação e cuidados com a minha saúde física*” (Tabela 1).

Se considerarmos os dois parâmetros de avaliação de concordância verifica-se que continuam a ser as duas afirmações da dimensão Hábitos Saudáveis já referidas que mantém a percentagem conjunta mais elevada. No entanto, em terceiro lugar surge a afirmação “*Descobrir que posso fazer coisas por mim mesmo relativamente ao meu bem-estar*” da dimensão Capacidades Pessoais, seguida da afirmação “*Que me interessasse mais por atividades de conhecimento*” da dimensão Mudanças Cognitivas. Utilizando a mesma análise nos parâmetros de discordância verifica-se que a percentagem mais elevada se refere à afirmação “*Mudar os hábitos de alimentação e cuidados com a minha saúde física*”, seguida de “*Descobrir aspetos novos da minha maneira de ser*” e por “*Descobrir que há muitas formas de aprender*”.

Relativamente à dimensão Capacidades Pessoais, os dados sugerem, assim, que a participação das pessoas idosas nos ateliers promove mudanças nas suas crenças, na autoimagem, nas capacidades e na competência percebida para regular o seu processo de desenvolvimento e envelhecimento.

No que se refere aos hábitos saudáveis, os resultados sugerem que a participação em atividades socioeducativas proporciona mudanças nos modos de vidas mais passivos e isolados, transformando-os em modos de vida mais ativos, interativos e com atividades de ocupação dos tempos livres mais participativas. Isto é, no sentido

do envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1997).

Os resultados obtidos apontam ainda para a identificação de benefícios ao nível das mudanças cognitivas, o que vai no sentido dos estudos desenvolvidos nesta área (Amante et al., 2015; Apóstolo et al., 2013), que reforçam a importância da estimulação cognitiva, através de atividades educativas de diversa natureza, para a melhoria e manutenção das capacidades de processamento e armazenamento da informação, as quais têm uma implicação decisiva na qualidade de vida das pessoas mais velhas (Tardif & Simard, 2011).

Importa, ainda, salientar que as dimensões mais valorizadas (Capacidades Pessoais, Hábitos Saudáveis e Mudanças cognitivas) são as preconizadas nos modelos de envelhecimento saudável (WHO, 1994), ativo (WHO, 2002; Faber, 2015) e bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1997), pelo que devem ser consideradas nas práticas socioeducativas com pessoas idosas (Bermejo, 2009).

Por fim, foram percecionados menos benefícios ao nível da dimensão Adaptação Social sendo a afirmação *“Entender melhor as pessoas mais jovens”* a que apresentou um equilíbrio relativo entre a percentagem de respostas de concordância (56,5%) e de discordância (43,5%). Este resultado, embora com a pontuação mais baixa, situa-se ainda numa perceção positiva dos benefícios da intervenção. As rápidas mudanças das gerações mais novas e dos avanços tecnológicos, que incluem mudanças nos estilos de vida, implicam para as pessoas idosas um grande esforço de atualização, ao qual as atividades socioeducativas poderão responder. No entanto, é expectável que não sejam percecionadas de forma tão positivas as mudanças neste âmbito pelas pessoas idosas, comparativamente com a facilidade com que as pessoas mais novas se adaptam às mudanças sociais. Daí o equilíbrio relativo entre a percentagem de respostas de concordância e discordância a este nível.

3. CONCLUSIONES

Em síntese, os resultados sugerem que as pessoas idosas percecionam e valorizam as melhorias que decorrem da intervenção socioeducativa, o que reforça a necessidade de existirem mais (e mais diversificadas) respostas comunitárias e institucionais, onde a ação socioeducativa que caracteriza a intervenção do educador social seja cada vez mais valorizada.

Pretende-se que as pessoas participem na comunidade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (López et al., 2016). Para isso, são oferecidas diferentes opções de atividades sociais, culturais e recreativas, num cenário comunitário, reforçando a ideia de que é importante viver a fase avançada de vida de forma mais dinâmica e participativa.

O papel do Educador Social, apesar de ainda relativamente ignorado por parte das administrações (López et al., 2016) é fundamental para responder às inquietudes da geração atual de pessoas idosas. Através da sua intervenção socioeducativa, procura reduzir os riscos das novas formas de analfabetismo, nomeadamente informativo e cultural (Bermejo, 2012), que têm vindo a ameaçar a aspiração por uma sociedade para todas as idades.

Concluimos que o nosso estudo aponta no sentido de que a intervenção socioeducativa, desenvolvida por Educadores Sociais, se constitui como uma resposta social indispensável em todas as comunidades. A sua contribuição para benefícios ao nível da integração social, da descoberta de capacidades, da melhoria do

processo cognitivo e do autoconceito, da modificação do estilo de vida, da adaptação social e das relações familiares, constitui-se como pilar para um envelhecimento bem-sucedido e participativo.

AGRADECIMIENTOS

As autoras agradecem às pessoas idosas que amavelmente aceitaram participar neste estudo.

REFERENCIAS

- Amante, M., Fonseca, S., Araújo, L., Pereira, A., Nunes, M., & Rodrigues, T. (2015). "Making a difference" na promoção do envelhecimento bem sucedido. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, Extr.(8)*, A8-061.
- Apóstolo, J., Martins, A., Graça, M., Martins, M., Rodrigues, S., & Cardoso, D. (2013). O Efeito da Estimulação Cognitiva no Estado Cognitivo de Idosos em Contexto Comunitário. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-12.
- Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, 27-44.
- Bermejo, L. (2009). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores: Guía de buenas prácticas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Faber, P. (2015). *Active ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil.
- Garcia, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas*. Madrid: Panamericana.
- Limón, M. & Crespo, J. (2002). *Guía de debate para mayores: Guía practica para animadores*. Madrid: Narcea.
- López, S., Haro, A., & Aroca, J. (2016). El educador social en los centros para personas mayores. Respuestas socioeducativas para una nueva generación de mayores. *Educar*, 52(2), 451-467.
- Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. *Ageing & Society*, 38, 651-675.
- Osório, A. (2008). El Aprendizaje de las Personas Mayores y el perfil del Educador. *Revista HISTEDBR*, 29, 2 –19.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful ageing. *The Gerontologist*, 37, 433– 440.
- Sánchez, C. (2008). La educación en la vejez: fundamentos y retos de futuro. *Revista de Educación*, 346, 467-483.
- Tam, M. (2011) Active ageing, active learning: policy and provision in Hong Kong. *Studies in Continuing Education*, 33, 289–299.
- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. *International journal of Alzheimer's disease*, 4, 1-13.
- Walker A (2002) A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55, 121–139.
- WHO, World Health Organization (1994). *Health for all: Updated targets*. Copenhagen: WHO.

- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.
- Yuni, J. A. & Urbano, C. A. (2007). La educación como factor de oportunidad para el desarrollo de las personas mayores, In D. A. González, J. L. Castro & P. M. Medina, *Mayores Activos. Teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de la personas mayores* (pp. 87-117). Madrid: ARJE.



Patrocinadores y colaboradores:

