

# XXVI CONGRESO INTERNACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

20/21 JUNIO 2014  
PAZO DA CULTURA  
PONTEVEDRA

## **ESTILO DE VIDA 3.0**

**ANALIZANDO LAS CLAVES DE UN ENVEJECIMIENTO EN POSITIVO  
UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA SOBRE LAS PALANCAS DE CALIDAD DE VIDA.**

[congreso.sgxx.org](http://congreso.sgxx.org)



# “INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA”

Compiladores:

Marta Durán Conde, Noelia López Vázquez, Ricardo Fra Otero, Francisco Martínez Fernández



XXVI CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA

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.

Primera Edición: junio 2014

Edita: Sociedade Galega de Xerontoloxía E Xeriatría

ISBN: 978-84-697-0864-4

Diseño y Maquetación: Innovación Ágil ([www.innovaciónagil.com](http://www.innovaciónagil.com))



## Relación de Autores (textos completos)

---

### **Álvarez Lamas, Daniel**

Fundador Instituto Benpensante y Observatorio Europeo del Coaching. Trainer oficial para España de ICC.

### **Caldas Novás, Sonia**

Gerente de la Federación Down Galicia.

### **Cancela, José María**

Profesor Titular de Universidad. Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte. Universidad de Vigo.

### **Bettencourt da Câmara, Stella António**

Socióloga. Profesora Titular. Universidad de Lisboa.

### **Gusi Fuertes, Narcís**

Catedrático de Universidad. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura.

### **Hoffman Muñoz-Seca, Catalina**

Socia Fundadora del Grupo Catalina Hoffman: Vitalia Centros de día, Hoffmann Healthcare Innovation, Hoffman Elderly y Fundación Catalina Hoffmann.

### **Juncos Rabadán, Onésimo**

Profesor Titular Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

### **Lefebvre, Guillaume**

Director General de Siel Bleu en Europa.

### **Leirós Ríos, Raquel**

Gerontóloga. Responsable Intervención Terapéutica en Saraiva.

### **Martínez Arca, Sonia**

Directora General de Innovación y Gestión de la Salud Pública. Consellería de Sanidad.

### **Maseda Rodríguez, Ana**

Grupo de Investigación en Gerontología. Investigadora Post-doctoral. Universidad de A Coruña.

### **Martínez Rodríguez, Teresa**

Psicóloga experta en gerontología social. Servicio de Calidad e Inspección. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

### **Méndez Magán, Jesús Marcial**

Subdirector General de Planificación e Innovación. Consellería de Tráballo e Benestar.



**Millán Calenti, José Carlos**

Director Grupo Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.

**Núñez Bahamonde, Santiago**

Psiquiatra. Fundador de la Clínica de la Afectividad.

**Peña Díaz, Sandra**

Responsable área de Autonomía e Inclusión Social. Down Pontevedra Xuntos.

**Pérez Serrano, Cándido**

Socio Responsable de Infraestructuras, Gobierno y Salud de KPMG.

**Ribera Casado, José M.**

Catedrático Émérito de Geriatría. Universidad Complutense de Madrid. Académico Real Academia Nacional de Medicina.

**Veiga Fernández, Fernando**

Jefe Servicio Geriatría. Complejo Hospitalario Lugo.

**Villaverde Souto, Pilar**

Responsable del Programa de Apoyo al envejecimiento Activo de personas con discapacidad intelectual en FADEMGA.



Prólogo: José Carlos Millán Calenti

## Viernes 20 de junio

---

### ESTADO FÍSICO Y ENVEJECIMIENTO

**Conferencia plenaria:**

Narcís Gusi Fuertes. Nuevos horizontes en ejercicio físico en mayores.

**Mesa redonda:**

José María Cancela

Guillaume Lefebvre. Siel Bleu. Estudio HAPPIER: Healthy Activity Physical Programme. Innovations Elderly Residences.

En primera persona: Manuel Rosales Touza

### ESTADO COGNITIVO Y ENVEJECIMIENTO

**Conferencia plenaria:**

Fernando Veiga Fernández. Una nueva mirada al envejecimiento.

**Mesa redonda:**

Onésimo Juncos Rabadán. Detección precoz del deterioro cognitivo ligero (DCL) y su evolución hacia la enfermedad de Alzheimer (EA).

Raquel Leirós Ríos. Dos casos de éxito en las Unidades de Memoria Saraiva

En primera persona: Manuel Alonso Macías

### ESTADO EMOCIONAL Y ENVEJECIMIENTO

**Conferencia plenaria:**

Daniel Álvarez Lamas. La culminación del camino. Cómo desplegar la última etapa de desarrollo humano.

**Mesa redonda:**

Santiago Núñez Bahamonde. El reto de las nuevas tecnologías en el conocimiento y abordaje terapéutico de los trastornos emocionales.

Stella Margarida de Olliveira Antonio. Afectividad Intergeneracional: abuelos- hijos: la matrilinealidad de los afectos

En primera persona: Alfonso Manuel Romero Castelo

### DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ENVEJECIMIENTO

**Mesa redonda:**

Sonia Caldas Novás

Sandra Peña Díaz

Pilar Villaverde Souto

En primera persona: Ángeles Sabarís Villar y M<sup>a</sup> Isabel Ruiz Barros



## Sábado 21 de junio:

---

### RETOS Y OPORTUNIDADES DEL SECTOR EN GALICIA

**Mesa redonda:**

Jesús Marcial Méndez Magán

Sonia Martínez Arca. LifeKIC Project: una oportunidad para la innovación en envejecimiento activo y vida saludable

Ana Maseda Rodríguez

Cándido Pérez Serrano

**Conferencia Plenaria:**

Teresa Martínez. La atención centrada en la persona. Un enfoque para la buena praxis profesional en los servicios gerontológicos

**Conferencia Plenaria:**

Catalina Hoffmann. El método Hoffmann, una alternativa al cuidado sociosanitario a los mayores

**Conferencia Plenaria:**

José Manuel Ribera Casado. Terapias anti envejecimiento: ¿Realidad o mito?

## Comunicaciones orales y Pósteres

---

Envejecimiento activo y ejercicio reglado en mayores de Cantabria: proyecto Marisma.

Beneficios de la acupuntura en la gonalgia y otro dolor físico en personas mayores institucionalizadas.

Impacto de un programa de ejercicio aeróbico a largo plazo sobre el riesgo de caídas y la funcionalidad cognitiva en ancianos con demencia institucionalizados.

Factors to predict the use of primary health care: health care center versus elder's home.

Multisensory stimulation vs. conventional one-to-one stimulation in dementia.

Los/as Educadores/as Sociales en centros residenciales de personas mayores.

Modelo housing en los Centros de día Saraiva.

Efectos del grado de urbanización y ocupación en el deterioro cognitivo: Proyecto VERISAÚDE.

Telegerontología®: recurso comunitario basado en las nuevas tecnologías para un envejecimiento activo.

Sexualidad en edades que no dejan de avanzar.

Perfil de ingreso en la Residencia de Atención a personas dependientes Vigo I (2002-2012).

El Metodo Hoffmann.

Entrenamiento cognitivo computarizado: evolución del rendimiento de los usuarios de Centros Comunitarios.

Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia. Datos cualitativos.

Prevalencia de la depresión en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo.

Evaluación y seguimiento del estado cognitivo de una población de usuarios de un centro gerontológico.

Predictors for a day care centre use in high burden caregivers of dementia patients.



Development of an online platform to promote the active ageing in young and elderly people.

NeuroBurgas: hay vida después de un ictus y merece la pena ser vivida.

El cuidado informal a las personas mayores desde una perspectiva de género: revisión sistemática.

Recursos de ocio para las personas mayores del ayuntamiento de Ourense.

Perfil Sociodemográfico e de Saúde das persoas ingresadas en Centros residenciais na Comunidade Autónoma de Galicia.

Influencia de un programa de autoestima en la satisfacción con la vida en mujeres mayores.

Factores que pueden afectar al apoyo social percibido en personas mayores: Proyecto VERISAÚDE.

Conocimientos, tendencias actitudinales y estereotipos sobre el envejecimiento.

Cuidando al Cuidador como Estrategia para el fomento del Envejecimiento Activo y Saludable.

Perfil del usuario que participa en actividades de promoción del envejecimiento activo.

Manejo del estrés en cuidadores de personas con demencia: la coherencia cardiaca.

Iniciando una vida 3.0: Metodo integral de valoración geriátrica.

A cross-sectional study: resources, health and psychological distress of dementia caregivers.

Efectos de la acupuntura y la rehabilitación física sobre la calidad de vida de personas institucionalizadas en centros geriátricos.

Brain Gym en el medio acuático para personas mayores. Una nueva propuesta de intervención.

The "8-foot Up and Go" test as a physical performance measurement in Parkinson disease: A pilot study.

La mejora de la fuerza muscular en personas mayores a través de la práctica del Método Pilates: una revisión sistemática.

Active ageing promotion in the community through the use of new technologies.

Activándose có teatro.

Mi tiempo, mi vida. Avanzando en la atención centrada en la persona.

"Previr a dependencia." Beneficios de un programa de prevención en base a las relaciones sociales de las personas mayores.

Primeras experiencias en preparación a la jubilación desde Galicia.

Estado afectivo en función del recurso de apoyo utilizado (centro de día versus residencia).

Influencia de la práctica del Método Pilates en el equilibrio de las personas mayores. Revisión Sistemática

Manual para implementar las Intervenciones Asistidas con Perros en el ámbito de la Demencia tipo Alzheimer y otras demencias. Marco teórico y ejercicios prácticos.

Comprobación de la Teoría Triangular del Amor y la satisfacción vital en personas mayores.

Percepción del envejecimiento desde la perspectiva de tres grupos etarios.

Proyecto Experimental Neurorehabilitador visión de un Odontólogo.

Grado de satisfacción de los ancianos tratados por el servicio de medicina interna de un hospital italiano (ospedale fatebenefratelli e oftalmico-milán) año 2013.

¿Se practica la Asertividad en los Centros Gerontológicos?

Requerimientos nutricionales en pacientes con Disfagia.

Use of an e-learning application to support and aid informal caregivers of dementia patients.

Pérdida auditiva: demencia versus envejecimiento normal.

¿Son las pruebas de lenguaje útiles en la predicción y/o seguimiento del deterioro cognitivo?.

La situación de vulnerabilidad social en Galicia de las personas mayores atendidas por Cruz Roja.

Emociones y grupo. Estrategias para un envejecimiento saludable.

Deterioro cognitivo relacionado con diabetes en centros sociosanitarios de la 3ª edad de Galicia.



XXVI CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA

Implantación de la metodología de atención centrada en la persona en los Centros de día Saraiva.

Apoyo Gerontológico a Domicilio a través de las nuevas tecnologías: factores de calidad y aceptación.

Banco de Productos de Apoyo para a Vida Diaria.

Prevención del Suicidio en el anciano. Detección de síntomas.



Organiza: Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatria

#### JUNTA DIRECTIVA SGXX

Presidente:	José Carlos Millán Calenti
Vicepresidente 1º:	Javier Pérez Martín
Vicepresidente 2º:	Rocío Malfeito Jiménez
Secretaría:	Paula Mañana Rendal
Tesorera:	Leire Lodeiro Fernández
Vocal Sección Clínica:	Raimundo Mateos Álvarez
Vocal Sección Social:	Mª de Gracia Areñas Gómez
Vocal Psicogerontología:	David Facal Mayo
Vocal Enfermería:	Eva Mª Carro Fernández
Vocal Gerocultura:	Francisco José García López
Vocal Centros Gerontológicos:	Cesáreo López Vidal
Vocal Formación e Investigación:	Mª Dolores Monteagudo González

#### COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:	Lucía Saborido Piñeiro
Vicepresidente:	Manuel Gandoy Crego
Tesorero:	Ricardo Fra Otero
Vocales:	José María Cancela Carral
	Marta Durán Conde
	Gloria García Barreiro
	María de Gracia Areñas Gómez
	Cesáreo López Vidal
	Jesús Marcial Méndez Magán
	Carlota Román García
	Ana Isabel Vázquez Reboredo
Secretaría Técnica:	Marta Durán Conde
Secretaría Administrativa:	Noelia López Vázquez



## COMITÉ CIENTÍFICO

- Presidente:** **José Carlos Millán Calenti.** Catedrático de Gerontología y Geriatría. Director del Grupo de Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. Presidente SGXX.
- Secretario:** **José María Cancela Carral.** Profesor Titular Facultad Ciencias de la Educación y del Deporte Universidad de Vigo.
- Vocales:** **Carla Manuela Crispim Nascimento.** Profesora Titular Universidade Estadual Paulista. Rio Claro, SP. Brasil.
- José María Failde.** Profesor Titular Universidad de Vigo en el Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Cristina Gómez Cantorna.** Grupo de Investigación en Dependencia, Gerontología y Geriatría. Universidad de Santiago de Compostela.
- Rubén González Rodríguez.** Profesor Adjunto Escuela de Trabajo Social. Universidad de Santiago de Compostela.
- Enrique C. Leira.** Profesor Titular Neurología. University of Iowa. College of Medicine.
- José Manuel Mayán Santos.** Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Profesor Titular Facultad de Enfermería. Universidad de Santiago de Compostela.
- Ana Maseda Rodríguez.** Grupo de Investigación en Geriatría y Gerontología. Universidad de A Coruña.
- Manuel Seijo Martínez.** Jefe Servicio Neurología Hospital Provincial de Pontevedra.
- Miguel Ángel Vázquez.** Profesor Asociado de Geriatría y Gerontología, Áreas de Medicina y Psicobiología. Universidad de Vigo.
- Andrés Vázquez Piñeiro.** Médico. Gerontólogo. Ex Presidente SGXX.
- Fernando Veiga Fernández.** Jefe Servicio de Geriatría Complejo Hospitalario de Lugo.



## José Carlos Millán Calenti

---

Director Grupo Investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela y Doctor en Medicina con Premio Extraordinario por la Universidad de A Coruña. Máster en Gerontología Clínica y Social y en Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos. Diplomado en Consumo. Catedrático de Escuela Universitaria, área de medicina, perfil Gerontología Clínica y Social, acreditado a Catedrático de Universidad en Ciencias de la Salud por la ANECA. Fundador y Director del Grupo de Investigación en Gerontología (1992) y del Máster y Doctorado en Gerontología de la Universidad de A Coruña. Gerente y Director Asistencial del Complejo Gerontológico La Milagrosa. Presidente de Recursos y Servicios Gerontológicos Gallegos S.L.

Presidente de la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatria. Vocal por Galicia de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, es miembro de la Asociación Internacional de Gerontología y de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.; así como Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia.

Investigador Principal de más de 50 proyectos de investigación del ámbito autonómico, nacional e internacional. Hasta el momento ha dirigido 12 tesis doctorales. Autor de 50 libros y capítulos de libros, 60 artículos científicos en las mejores revistas de la disciplina y más de 100 comunicaciones a congresos internacionales. Revisor de artículos científicos para 13 revistas indexadas en el Journal Citation Report del ámbito de la Gerontología y la Geriatria.

A destacar entre sus últimas publicaciones las siguientes: **“Gerontología y Geriatria: Valoración e Intervención”** y **“Cuidar y acompañar a la persona con demencia”** publicados en 2012 por la Ed. Médica Panamericana y **“Principios de Gerontología y Geriatria”**, publicado por la Ed. McGraw-Hill Interamericana (2006).

## ENVEJECIMIENTO, ESTADO COGNITIVO-EFECTIVO-FUNCIONAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN

### Introducción:

Con una población de casi 47 millones de habitantes y un porcentaje de personas de edad superior a los 65 años cercano al 18%, España es uno de los países más envejecidos del mundo, en donde las personas por encima de los 85 años alcanzan el millón doscientas mil y el número de centenarios casi 13.000 (INE, 2014). Datos que si nos referimos a Galicia, establecen un porcentaje del 23,14% de personas de edad  $\geq$  65 años para una población de 2.765.940 habitantes (IGE, 2013). Tabla 4.

Señalar la diferencia entre las cuatro provincias gallegas con respecto al porcentaje de personas mayores, así mientras Pontevedra con un 19,96% es la que presenta un porcentaje más bajo, seguida por A Coruña (22,45%); mientras que Lugo con un 28,15% y Ourense con un 29,6% son las más envejecidas.



	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	%
<b>ESPAÑA</b>	46.609.652	22.941.196	23.668.456	100
≥ 65 años	8.334.946	3.580.971	4.763.975	17,88
≥ 85 años	1.213.575	393.230	820.346	2,6
≥ 100 años	12.915	2.762	10.124	0,027
<b>GALICIA</b>	2.765.940	1.335.122	1.430.818	100
≥ 65 años	640.263	268.912	371.351	23,14
≥ 85 años	99.912	31.723	68.189	3,61

**Tabla 1. Cifras oficiales de población resultantes del padrón municipal a 1 de enero de 2013. Fuente: INE, 2014.**

Junto a estos datos, referidos a porcentajes de personas mayores, otro elemento que debemos tener en cuenta es el referido a la esperanza de vida o posibilidad de alcanzar una edad determinada. En este sentido, tantos los avances técnicos, como sanitarios y sociales, han permitido que el último siglo la esperanza de vida al nacer se haya más que duplicado, siendo en la actualidad para Galicia de 79 años para el varón y de 85,8 para la mujer, para una media de 82,4 años. Señalar que de la esperanza de vida la podemos aplicar a cualquier edad y si lo hacemos a los 65 años, entonces hablamos de esperanza de vida a los 65 años, que está establecida para los gallegos en 21,3 años de media; 18,9 para los varones y 23,3 para las mujeres; es decir, por encima de los 65 años, todavía se espera vivir más de 20 años. Situación que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar programas y recursos dirigidos a las personas mayores, en donde esta franja etaria, que podríamos denominar como “vejez” ya es más larga que la “niñez” (IGE, 2013).

Vivir más y en mejores condiciones es el gran reto de las sociedades avanzadas y son, por tanto, deseados por la mayoría de los países desarrollados. Pero aun siendo un objetivo de la sociedad alcanzar edades cada vez más elevadas con una calidad de vida satisfactoria, no todas las personas mayores envejecen de la misma manera, ya que en muchas ocasiones sabemos que el envejecimiento va a dar lugar a una mayor facilidad para enfermar y a la posibilidad de que aparezcan, a diferencia de en otras edades más jóvenes, ciertas patologías de naturaleza crónica e incapacitante denominadas como enfermedades edad-dependientes, ya que a mayor edad se presupone mayor cantidad de afectados. Estamos hablando de las enfermedades neurodegenerativas, los accidentes cerebro-vasculares o la artrosis, entre otras enfermedades crónicas, que pueden llegar a afectar al 75% de las personas mayores saturando las consultas de atención primaria u ocupando las camas hospitalarias, cuando no conducen a la denominada como “dependencia”, término que en nuestro ámbito se denomina a aquel que “depende” de una tercera persona y que por tanto necesita de él para que le de apoyo en lo que se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (Millán, 2006).

Aunque más de un 26% de la población española presenta discapacidad ((INE, 2011), (Tabla 2)), cuando hablamos de dependencia, posiblemente el número de afectados sea de alrededor del 9%; ya que si bien discapacidad es un término que se refiere a la disminución de la capacidad para realizar una actividad; la dependencia, como hemos señalado anteriormente, se refiere a aquel grado de discapacidad en que ya se hace necesaria la ayuda de una tercera persona, con el consiguiente impacto sobre las familias y el entorno sociosanitario. Cuando la persona dependiente cuenta con una buena red personal de recursos y apoyos sociales, surgirá la figura del cuidador familiar, también denominado informal, que le prestará los cuidados necesarios. Pero cuando no es así, la persona dependiente ha de contar con el soporte de la administración, que a través de su cartera de servicios, tratará de dar cobertura a sus necesidades sociosanitarias. Pero esta red de apoyo no es accesible a todas las personas mayores; dependiendo en muchos casos de la CC.AA. en que se encuentre establecido su domicilio, ya que de ello derivarán las prestaciones y servicios ofertados.



EDAD	ESPAÑA		GALICIA	
	POBLACIÓN	DISCAPACIDAD	POBLACIÓN	DISCAPACIDAD
65-69	2.177.181	292.800	160.341	22.800
70-74	2.096.837	404.700	126.759	29.900
75-79	1.795.480	503.800	144.587	42.900
80-84	1.323.660	482.600	105.471	42.300
85-89	769.230	339.800	62.347	32.600
90 y más	363.996	203.400	33.234	19.900
<b>TOTAL</b>	<b>8.526.384</b>	<b>2.227.100</b>	<b>632.739</b>	<b>190.400</b>
<b>PORCENTAJES</b>	<b>18,21</b>	<b>26,12</b>	<b>22,81</b>	<b>30,09</b>

TABLA 2. Datos discapacidad España y Galicia. Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008-INE 2011)

Junto a la familia convencional, cada vez más personas mayores viven solas. De acuerdo a los últimos datos disponibles de las 8.334.946 personas mayores de 65 años que viven en España, 1.805.600 viven solas, lo que significa el 21,66%, o lo que es lo mismo 1 de cada 4, de las que el 62% son mujeres. Si nos referimos a Galicia, el número de personas mayores de 65 años que viven en hogares unifamiliares se acerca a las 111.000 y de ellas, casi 80.000 (71,03%) son mujeres.

## Estado cognitivo, estado afectivo y estado funcional

Estado cognitivo, estado afectivo/emocional y capacidad funcional son tres elementos a tener en cuenta dentro del proceso del envejecimiento, tanto por lo que significan por sí mismos para la persona, como por su repercusión sobre los demás.

En un sentido positivo, hablaríamos de un buen estado cognoscitivo, emocional y funcional de acuerdo a la edad y las actitudes del sujeto. Pero en relación al envejecimiento, estos tres elementos se pueden convertir en síndromes geriátricos, refiriéndonos entonces al deterioro cognoscitivo, síndrome depresivo e inmovilismo.

El deterioro cognitivo leve de acuerdo a los criterios de Petersen et al. (1997) consiste en una pérdida subjetiva de memoria referida por el paciente o por un informador fiable u objetiva, pero inferior en 1,5 desviaciones estándar de la media para su edad, con una cognición normal, normalidad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y posible afectación en las instrumentales (AIVD), pero en ausencia de criterios diagnósticos de demencia, en donde el deterioro es adquirido y prolongado de varias funciones intelectuales y que además interferirán en las actividades de autocuidado y sociofamiliares del paciente.

Un estudio realizado en una población gallega (Millán et al., 2009) determinó una prevalencia del 35,3% de deterioro cognitivo en los sujetos de edad  $\geq 65$  años (45,2% en mujeres y 22% en varones) de acuerdo al Mini Mental State Examination (MMSE y punto de corte en 23) que disminuyó al 22,2% cuando los sujetos se distribuyeron de acuerdo al nivel de educación y edad (28,6% en mujeres y 13,7% en varones). Con respecto a las demencias, los datos actuales hablan de una prevalencia del 1% en menores de 65 años, mientras que si nos referimos a los mayores de 65 años, en algunos estudios las cifras llegan al 10%. Posiblemente la cifra de personas con demencia a nivel mundial se acerque a los 40 millones, previéndose que se duplique para e 2050. De ellos el 80% vive en casa y son cuidados en su inmensa mayoría por sus cuidadores informales.



Dentro de los trastornos psicopatológicos en el anciano, destacan por su frecuencia la ansiedad y la depresión. La primera es un estado emocional caracterizado por la presencia de reacciones de miedo anticipatorio de un peligro o amenaza de carácter inespecífico, que va seguido de una activación del sistema nervioso autónomo; mientras que la segunda, puede manifestarse en la persona mayor como un síntoma, una enfermedad o un síndrome.

Con respecto a su prevalencia, la referida a la ansiedad se establece entre un 10 a un 20% cuando nos referimos a las personas mayores, incrementándose en instituciones; mientras que los datos referidos a la depresión son muy variables, oscilando su prevalencia entre el 1 y el 52% en la comunidad y el 7 y el 50% en los sujetos institucionalizados. Variabilidad que suele estar en relación con los métodos de valoración utilizados (Millán, 2012a). Hacer mención en este apartado a la alta frecuencia en que el deterioro cognitivo se asocia a la sintomatología depresiva (Millán et al, 2011b)

Dentro de los factores de riesgo en geriatría distinguimos entre las enfermedades o situaciones patológicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipemias, la malnutrición y el alcoholismo y los estilos de vida no saludables, que incluye además del hábito tabáquico, la dieta inadecuada o el aislamiento, así como la vida sedentaria en contraposición a la actividad física (Millán et al., 2011a; Lorenzo et al, 2013).

Los efectos beneficiosos de la actividad física con respecto a la capacidad funcional y la disminución de la accidentabilidad han sido señalados por numerosos autores, formando parte del denominado como envejecimiento activo y/o saludable. En este sentido, aunque el ejercicio aeróbico, por ejemplo andar, es el más ampliamente recomendado y realizado por las personas mayores, cada vez son más los que realizan ejercicios para el incremento de la fuerza muscular (pesas), la flexibilidad o el equilibrio.

Definimos la capacidad funcional como aquel estado en que el individuo puede realizar las actividades de la vida diaria, tanto en lo que se refieren a su autocuidado (básicas) como las instrumentales y/o avanzadas. Dicha capacidad va a depender tanto del sujeto como del medio en que desenvuelve su actividad, así como de los medios o productos de apoyo que la faciliten. De tal manera que en un medio accesible, el sujeto con discapacidad puede ser independiente, situación que puede volverse contraria si el medio presenta barreras infranqueables por sí mismo o, incluso, con las medidas de apoyo disponibles. El término dependencia está en íntima relación con el la pérdida de capacidad funcional, hablándose de dependencia en gerontología cuando existe la necesidad de una tercera persona para realizar las labores de autocuidado, independientemente de la accesibilidad del medio o la disponibilidad de productos de apoyo. Señalar la alta repercusión que el deterioro cognitivo y/o la demencia generan sobre la capacidad funcional del sujeto (Millán et al. 2012b)

## Recursos gerontológicos o sociosanitarios dirigidos a las personas mayores

En la situación actual, en donde cada vez más personas mayores presentan problemas psíquicos y/o físicos de base patológica y que van a cursar con pérdida de la capacidad cognitiva y/o funcional abocando, en muchos casos, a la dependencia; se hace necesaria la especialización de los recursos de atención, no bastando ya su incremento en número, si no que hemos de apostar por la calidad.

Y "calidad" significa tener en cuenta las bases de la atención gerontológica; es decir, la conformación de equipos interdisciplinares que realicen valoraciones geriátricas integrales y que de acuerdo a ellas deriven al paciente al recurso más adecuado para que se beneficie de los programas de intervención de acuerdo a sus necesidades. Estamos hablando de los Recursos Gerontológicos, entre los que incluiríamos (Millán, 2006):

Los Centros Gerontológicos de Estancias Permanentes, como evolución de las residencias geriátricas, de las que se distinguirían, tanto por su diseño y accesibilidad como por su equipo de valoración e intervención y su especialización en la atención de poblaciones homogéneas que fruto de sus problemas sociosanitarios necesitan una atención especializada. El modelo de atención sería el "psicogeriátrico" dirigido a la atención de las personas mayores con demencia que curse con trastornos conductuales y/o psicológicos. Pero también cabrían en este modelo centros especializados en la intervención sobre problemas principalmente físicos, como podrían ser las personas con ACV que cursen con secuelas o los pacientes con la enfermedad de Parkinson y cuya red de soporte familiar no pueda prestarles el apoyo necesario.



Los Centros Gerontológicos de Estancias Diurnas (CGEP), como evolución de los Centros de Día, que se constituirían en verdaderos centros rehabilitadores y de intervención, dirigido a aquellos sujetos que por sus condiciones sociosanitarias todavía podrían residir en sus domicilios, acudiendo a estos centros a recibir una atención especializada. En este caso, la red socio-familiar de apoyo les permite residir en su propia vivienda, pero acuden al CD para beneficiarse de sus actividades. En esta tipología no entrarían los Centros de Día Sociales (CDS), cuyo objetivo sería dar cobertura a sujetos con una problemática meramente social y estarían configurados para fomentar el envejecimiento activo a través de la realización de actividades lúdicas y la participación social.

Los equipos de Apoyo Gerontológico A Domicilio (AGAD), como evolución de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), intervendrían en aquellas situaciones en que el cuidado de la persona mayor recayera sobre un cuidador familiar. En este caso, dichos equipos además de evaluar las necesidades del binomio paciente-cuidador, se ocuparía de dispensar al cuidador la formación necesaria para mejorar la calidad del cuidado, así como de gestionar las necesidades de SAD. El servicio de AGAD podría complementarse con alguno de los nuevos recursos (Telegerontología®) que basados en las nuevas tecnologías facilitan la vida independiente, además de proveer al domicilio de un servicio de comunicación por videoconferencia para consulta de problemas surgidos en el día a día.

Cualquiera de los niveles a los que nos referimos anteriormente se especializarían de acuerdo a los pacientes atendidos, sobre todo en lo que se refiere a los pacientes con demencia, en donde ya no es suficiente institucionalizarlos para descargar a sus cuidadores, sino que es necesario que además de lograr esa descarga les demos la posibilidad de ser atendidos de la manera más adecuada a través de la combinación de fármacos con actividad cognitiva y fármacos con actividad sobre los trastornos psicológicos y conductuales, además de la intervención mediante técnicas no farmacológicas, que ya empiezan a dar mejores resultados, en algunos casos, que los propios fármacos.

Los tres niveles estarían perfectamente coordinados y de acuerdo a las reevaluaciones periódicas que harían los equipos de intervención se procedería a realizar las derivaciones de usuarios, buscando siempre el recurso adecuado para cada tipología de paciente, sin olvidar la importancia del soporte social, sobre todo cuando optamos por el domicilio (Millán et al., 2013)

## Conclusiones

España y dentro de ella Galicia tienen una población envejecida, en donde cada vez más personas mayores presentan necesidades sociosanitarias que hay que cubrir a fin de garantizarles un mínimo de bienestar. El deterioro cognitivo, los trastornos afectivos y la pérdida de la capacidad funcional son tres elementos clave que influirán negativamente sobre la calidad de vida percibida y que, sin duda, deberán abordarse de manera holística a fin de conseguir un envejecimiento positivo.

En este sentido, todas las medidas instauradas en aras de modificar los estilos de vida hacia los denominados como saludables, deberán ser consideradas como las medidas clave en las que han de basarse todas las políticas de actuación frente al envejecimiento poblacional, además de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los grupos más vulnerables.

Por otro lado, la conformación de una buena red especializada de atención a las personas mayores con patologías crónicas con tendencia a la incapacidad funcional y dependencia, se constituirá en un nuevo reto de esta sociedad que debería de atender a las personas mayores de acuerdo a sus necesidades específicas en cuanto a la atención y la intervención: elementos claves para mejorar su estado de bienestar. Por tanto, una vez conseguido un importante avance en términos de "cantidad" de recursos, es necesario abogar por su "calidad" mediante la consiguiente especialización de los mismos para la actuación sobre colectivos homogéneos con necesidades de actuación específica.

## Bibliografía

IGE (2013). Población por sexo y grupos quincenales

INE (2011). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia.

INE (2014). Cifras de población a 1 de julio de 2013. Resultados provisionales.



Lorenzo T, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Sánchez A, Maseda A. (2013). *Predictors of poor Self-Rated Health in a elderly population*. Rev Esp Geriatr Gerontol; 48(6):272-5.

Millán Calenti JC et al. (2006). Principios de Geriatría y Gerontología. Madrid. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

MILLÁN-CALENTI, JC. Tubío, J. Pita-Fernández, S. González-Abraldes, I. Lorenzo, T. Maseda, A. (2009). Prevalence of cognitive impairment: Effects of level of education, age, sex and associated factors. Dement Geriatr Cogn Disord; 28: 455-460

Millán Calenti, JC et al. (2011a). Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vázquez GA, Sánchez A, Lorenzo T. (2011b). Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitations: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existing of both. Int J Geriatr Psychiatry; 26(10):1071-9.

Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A. (2012a). Depressive symptoms and other factors associates with por self-rated health in the elderly:gender differences. Geriatr Gerontol Int; 12(2):198-206.

Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. (2012b). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. Arch Gerontol Geriatr; 54(1):197-201.

Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo-López L, Cao R, Maseda A. (2013). Influence of social support on older adults with cognitive impairment, depressive symptoms, or both coexisting. Int J Aging Hum Dev; 76(3):199-214.

Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG and KOKmen E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. Arch Neurol; 56(3): 303-308.



**VIERNES 20 DE JUNIO**



## Narcís Gusi Fuertes

---

**Catedrático en Actividad Física, Calidad de Vida y Salud en la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura.**

El Dr Narcís Gusi es Catedrático en Actividad Física, Calidad de Vida y Salud en la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura, donde lidera el grupo de investigación interdisciplinar AFYCAV ([www.afycav.com](http://www.afycav.com)). Desarrolló su tesis doctoral en el Hospital Clínic de Barcelona en adaptaciones fisiológicas al esfuerzo. Asimismo es Máster en Economía de la Salud y del Medicamento y Máster en Psicología de Actividad Física.

Sus líneas principales se centran en la coste-efectividad bio-psico-social y valoración neuromuscular de las personas en programas innovadores de ejercicio físico (vibración, tele-ejercicio, nuevos enfoques de terapia física) para personas con problemas crónicos, en especial en dolor (fibromialgia, espalda, reumatológicas) y problemas metabólicos vinculados a obesidad o diabetes. También ha participado como investigador y asesor en varios proyectos europeos para la evaluación, desarrollo de capacidades, estructuras, estrategias y alianzas para implementar programas de ejercicio físico en personas con desigualdades sociales, especialmente en personas mayores. Asesor temporal en varias ocasiones con proyectos de la OMS, y directivo de la European Union Health Enhancing Physical Activity para asesorar en la Unión Europea y OMS.

Inició y dirigió programas de actividad física y salud como “El Ejercicio Te Cuida” vinculando centros de salud y deportivos atendiendo de forma innovadora más de 8000 personas (Premio Nacional NAOS para luchar contra la obesidad y reconocimiento OMS contra la depresión). Miembro de la Fundación EuroQol en calidad de vida y economía de la salud y Red Española Exernet de Ejercicio Físico y Salud para Poblaciones Especiales

## NUEVOS HORIZONTES EN EJERCICIO FÍSICO EN MAYORES

Si bien la actividad física relacionada con el envejecimiento se ha asociado tradicionalmente a la implementación de programas de ejercicio físico en personas mayores, este paradigma dominante está cambiando. Ilustrativamente, las convocatorias de proyectos de la Unión Europea indican como criterio para estudiar el envejecimiento la inclusión de varias franjas de edad para prevenir el deterioro prematuro y si se puede retrasar el deterioro de la persona para prevenir las situaciones de fragilidad o dependencia y mantener o mejorar, en lo posible, la salud relacionada con la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en base a los estudios procedentes de muchas sociedades científicas internacionales ya ha establecido que la promoción de estilos de vida activos, entre los que está el ejercicio físico, retrasan el envejecimiento tanto del estado físico (capacidad funcional de realizar las actividades cotidianas y autocuidado) como mental (cognitivo) y social.

Los retos y nuevos horizontes de los organismos públicos y empresas no están ya en demostrar que el ejercicio físico adecuado es saludable y ayuda a prevenir el envejecimiento, el reto científico y técnico es implementar programas o intervenciones efectivas desde perspectivas bio-psico-sociales pero que sean viables, aplicables, sostenibles y coste-efectivas desde la perspectiva de coste-beneficio y/o sociales (entorno de la persona, políticas, etc.). Esta rentabilidad y sostenibilidad precisa de procesos científico-técnicos y alianzas para el uso de recursos compartidos de diferentes agentes. El perfil de estas alianzas dependerá del tipo de persona, usuario o paciente que atendamos. Una de las posibles clasificaciones de los servicios de actividad física para la salud sería en función del entorno de aplicación: hospitalario, servicios estructurados deportivos (por ejemplo, sesiones de actividades físicas en centros deportivos o práctica deportiva de competición), sociosanitario en personas mayores institucionalizadas, servicios deportivos comunitarios de salud pública o de grupos especiales.



En esta presentación, ilustraremos con algunas investigaciones o servicios de salud pública comunitaria tres de los procesos básicos para que una intervención comunitaria sea efectiva y sostenible siguiendo criterios de la OMS: base científica para el cribaje de las personas que pueden beneficiarse efectivamente, desarrollo de alianzas, implementación, evaluación (bio-psico-social, y económica) y difusión (pública, política, científica) para su sostenibilidad.

Para ello, se combinan fundamentalmente hallazgos o resultados de nuestro grupo de investigación tras una evaluación epidemiológica del fitness en personas mayores para observar la evolución de este y cribar personas, un programa de promoción de actividad física comunitaria denominado “El Ejercicio Te Cuida” (premio NAOS, reconocimiento UE y OMS en salud mental) con derivación de atención primaria analizado mediante las recomendaciones de evaluación de la OMS y coste-efectividad del programa. El programa Ejercicio Te Cuida en Mayores con sesiones específicas del programa para personas mayores con enfermedades crónicas prevalentes que supongan un problema de Salud Pública prioritario (obesidad moderada ansiedad/depresión moderada, dolores de espalda, caídas, hipertensión y diabetes) que ha atendido más de 8000 personas en más de 100 municipios, y se han implementado versiones o conceptos en varias autonomías españolas y regiones europeas.

## Referencias

Gusi N, Reyes MC, Gonzalez-Guerrero JL, Herrera E, Garcia JM Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweighted elderly women in primary care: a randomised controlled trial, *BMC Public Health* 2008, 8:231

Gusi N, Prieto J, Olivares PR, Delgado S, Quesada F, Cebrián C. Normative fitness performance scores for community-dwelling older adults in Spain. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2012, 20:106-126.

Olivares PR, Gusi N, Prieto J, Hernandez-Mocholi MA. Fitness and Health-Related Quality of Life Dimensions in Community-Dwelling Middle Aged and Older Adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011 Dec 22;9(1):117.

Gusi N, Raimundo A, Leal A. Low-frequency vibratory exercise reduces the risk of bone fracture more than walking: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006;7:92 (8 páginas)

Gusi N, Prieto J, Madruga M. Salud Pública y Actividad Física de los Mayores en Extremadura: Estudio de cohorte 75 años, comparative población rural vs urbana. Junta de extremadura, 2009.

Gusi N; Prieto J; Olivares PR; Hernández-Mocholi MA. VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES. Manual de aplicación y valores de referencia de la batería ELAY-O. Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y Ciencias de la Act. Física y el Deporte. pp. 1 - 92. 2014.

World Health Organization, Mental Health Compass, [https://webgate.ec.europa.eu/sanco\\_mental\\_health/public/GOOD\\_PRACTICE/801/show.html](https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/GOOD_PRACTICE/801/show.html)

González-Guerrero JL, Alonso-Fernandez T, García-Mayolin N, Gusi N, Ribera-Casado JM Effectiveness of a follow-up program for elderly heart failure patients after hospital discharge. *A randomized controlled trial. European Geriatric Medicine* 2014. Accepted (IF2012=0,629; 44 de 47; Q4)

Gomez-Cabello A, Pedrero R, Olivares PR, Hernandez-Perera R, Rodriguez-Marroyo JA, Mata E, Aznar S, Villa G, Espino L, Gusi N, Gonzalez-Gross M, Casajús JA, Ara I, Vicente-Rodríguez G on behalf of EXERNET Study Group. Sitting time increases the risk of suffering overweight and obesity independently of walking time in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: The Elderly EXERNET Multi-center Study. *Maturitas*, 2012. 73(4):337-43



## José María Cancela

---

Profesor Titular de Universidad. Facultad de Ciencias de la Educación y del deporte. Universidad de Vigo.

Doctor por la Universidad de A Coruña. Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte por la Universidad de A Coruña. Director del Grupo de Investigación Healthyfit ([www.healthyfit.es](http://www.healthyfit.es)). Coordinador del Máster interuniversitario en Dirección Integrada de Proyectos. Conferencias, Seminarios, cursos de Máster y doctorado en diferentes Universidades. Entre 2006-2010 Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte -Universidad de Vigo. Entre el 2001 al 2006 Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte -Universidad de Vigo. Actividad investigadora centrada en el estudio de la influencia del ejercicio físico sobre la enfermedad del Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas. Investigador principal en varios proyectos de investigación de ámbito autonómico y nacional de financiación pública. Autor de numerosos trabajos de investigación publicados en revistas de reconocido prestigio como: Journal of Science and Medicine in Sport, European Review of Aging and Physical Activity Rehabilitation, Journal of Aging and Physical Activity, Science & Sports, Archives of gerontology and geriatrics,... Galardonado con diferentes premios de investigación nacionales. Más de un centenar de conferencias y ponencias en Seminarios y Congresos internacionales y nacionales.

## ENTRENAMIENTO SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES. RECOMENDACIONES.

### Resumen

La educación física y el deporte ofrecen un amplio abanico de posibilidades en el que se enmarcan un sinfín de actividades a realizar por los ancianos, desde la gimnasia suave y las técnicas de relajación hasta los juegos populares y el deporte de competición, pasando por las actividades rítmicas expresivas, el trabajo al aire libre o en el medio acuático. A priori, cualquiera de estas modalidades es válida siempre y cuando permita abordar debidamente los objetivos del programa y las expectativas del anciano. No existen actividades específicas para la ancianidad. Lo importante es que la actividad esté acomodada a las posibilidades del grupo, se presente de forma adecuada, ocupe en la programación el lugar oportuno y reciba un tratamiento didáctico tal que permita a todos los participantes realizarla con éxito. La selección de las actividades no ha de estar determinada por las preferencias del animador, sino que debe ajustarse a las posibilidades y limitaciones del grupo, de sus necesidades y sus motivaciones. Este ha de ser siempre el denominador común. En base a ello y a trabajos científicos, analizaremos diferentes pautas de intervención con ancianos, desde el entrenamiento de fuerza hasta la práctica de técnica orientales como el Chi Kung, o la práctica de diferentes modalidades de ejercicio aeróbico (bicicleta, carrera, nado,...).

### Introducción

La relación entre la actividad física y la condición física saludable cada vez es más evidente, condicionando el grado de capacidad funcional de las personas mayores<sup>1</sup>. Diferentes investigaciones han corroborado como la condición física saludable influye positivamente en la percepción que los mayores tienen del estado de salud<sup>2</sup>. La condición física saludable está mediatizada por los niveles de las diferentes componentes que la definen, siendo estos: resistencia cardio-respiratoria, fuerza muscular, flexibilidad y capacidad neuromotora<sup>3</sup>. El nivel de estos componentes, en cada persona, está marcado por las actividades físicas que se realiza en su vida diaria, pudiendo ser mejorada a través de la práctica regular y sistematizada de ejercicio físico mediante entrenamientos personalizados.



La realización de actividad física sistemática y controlada es una clara herramienta de influencia positiva para preservar, conservar y promocionar los múltiples factores que intervienen en el mantenimiento de un cuerpo sano a través de los años<sup>45</sup>. Afortunadamente, debido a la emergente preocupación social por el cuidado del organismo tanto en jóvenes como en personas de edad avanzada cada vez son más numerosos los estudios de investigación que ayudan a la ampliación del conocimiento del beneficio que tiene la práctica de ejercicio sobre el mismo<sup>6</sup>. Estos nuevos datos nos ayudan a determinar qué tipo de actividad física y en qué intensidad debe ser realizada dependiendo de la edad y estado de salud del grupo poblacional a quien va dirigida.

Para prescribir con rigor ejercicio físico a las personas de edad avanzada es necesario comprender en profundidad el proceso de envejecimiento y la manera en que éste modifica las funciones vitales del organismo.

## El envejecimiento. Sus principales características.

El envejecimiento es un proceso natural que afecta a las personas en aspectos anatómicos y fisiológicos e influye en la globalidad de sus sistemas, pudiéndose observar cambios en la estructura más pequeña a nivel tisular y en otras más complejas a nivel sistémico. Por lo tanto, para comprender e integrar dicho proceso en el ciclo vital del ser humano, el abordaje debe ser realizado desde una perspectiva global y multidisciplinar.

La característica o problema clínico fundamental del anciano radica en que ningún órgano o sistema escapa a la vejez<sup>7</sup>. Cabe señalar, en este sentido, que a los 70 años, declina el 90% de la conducción nerviosa, el 80% del metabolismo basal y del agua celular, el 70% del índice cardíaco y de la filtración glomerular y el 5% de la capacidad vital. Las consecuencias clínicas de lo anteriormente citado son síndromes neurológicos y psiquiátricos. Entre los síntomas neurológicos, cabe citar: reducción lenta pero progresiva de la capacidad motora, movimientos cada vez más lentos, marcha a pequeños pasos, alteración de la coordinación espino-cerebelosa en la estática y en la dinámica, con frecuentes caídas, progresiva atrofia muscular y tendencia al sedentarismo. En lo psiquiátrico, tendencia a la depresión senil y al aislamiento<sup>8</sup>.

## Prescripción del ejercicio en ancianos

Para que la actividad sea efectiva y tenga los resultados esperados debe de estar bien programada, ajustada a las necesidades de cada persona y ser realizada de una manera sistemática<sup>9</sup>. Con ello conseguiremos la adherencia a la actividad y la consecución de los objetivos deseados. Siendo a su vez una eficaz herramienta de prevención de riesgos y lesiones innecesarias. Programar bien una planificación del entrenamiento significa organizar correctamente las cargas de trabajo y los descansos. De esa manera, el organismo tiene capacidad de reacción ante el estrés generado con el ejercicio y puede sobreponerse aumentando con ello su nivel de condición física. Para ello existen unas leyes de entrenamiento que aunque han sido aplicadas tradicionalmente en el alto rendimiento, adaptadas al ámbito de la actividad física enfocada a la salud, son la vía inequívoca para la consecución de los máximos resultados dentro de esta tendencia emergente de actividad física y salud.

No obstante, para que dichos principios puedan ser aplicados es necesario conocer el estado inicial de condición física y de salud de la persona<sup>10</sup>. Dicho conocimiento se logra a través de la realización de un conjunto de evaluaciones o valoraciones. Estas valoraciones nos permitirán definir los objetivos a alcanzar durante el desarrollo de los programas de intervención y las variaciones que debemos incorporar en el mismo a lo largo del ciclo de entrenamiento para alcanzar los objetivos propuestos a largo plazo.

Antes de iniciar cualquier programa de ejercicio físico se recomienda ser sometido a una valoración médico deportiva que debe incluir: historia clínica-deportiva, una exploración física completa, Valoración funcional o de la condición física (Capacidad aeróbica, la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad), estudio de la composición corporal, una espirometría y una prueba de esfuerzo.



## Principios del entrenamiento con ancianos

La mejora de la condición física se genera gracias a las adaptaciones fisiológicas que el organismo origina ante la realización de un determinado esfuerzo<sup>11</sup>. El esfuerzo generado por el ejercicio es entendido por el organismo como un estrés al que se ha de hacer frente. Para que este esfuerzo realmente tenga algún efecto sobre el organismo y este sea de la manera deseada, ha de ser producido siguiendo unas determinadas normas. Estas normas están basadas en principios fisiológicos del entrenamiento<sup>12</sup>.

Este conjunto de normas que determinan como deben ser aplicados los esfuerzos en el organismo para que mejore su condición física son llamados "principios del entrenamiento". Estos principios han sido aplicados durante décadas al ejercicio físico que tenía como objetivo únicamente una mejora del rendimiento deportivo.

En los últimos años en los que la realización de actividad física está demostrando ser una inequívoca vía de promoción de la salud, la prescripción de ejercicio de una manera planificada y sistemática ha obligado a adaptar el conjunto de estos principios a la actividad física enfocada a la salud<sup>13</sup>.

Los principios del entrenamiento enfocados a la salud son: 1.Principio de la eficacia del estímulo, 2.Principio de la carga creciente, 3.Principio de la carga continuada, 4.Principio de la relación optima carga-descanso 5.Principio de la adaptación a la edad.

- Principio de la eficacia del estímulo. Un entrenamiento es efectivo cuando la carga produce un estímulo en el organismo. Ante esta situación, el cuerpo reaccionará frente a ese estímulo y verá la necesidad de adaptarse frente a él. Esa adaptación es una mejora que se produce en el organismo para poder ir superando cada vez cargas de mayor intensidad. Para que se pueda llegar a ese nivel de mejora, es necesario respetar un periodo de descanso o de disminución de la carga de entrenamiento para permitir una correcta recuperación.
- Principio de la carga creciente. Como el organismo tiene la capacidad de irse adaptando, es necesario que cada vez la carga de entrenamiento sea mayor. La carga de entrenamiento es el resultado del producto de la intensidad del trabajo por la duración (volumen) del mismo. En la tercera edad el aumento de la carga debe de ser especialmente aumentada de manera progresiva para evitar sobrecargar las estructuras músculo esqueléticas. La manera de aumentar la carga en este tipo de poblaciones será a expensas de aumentar en primer lugar el volumen y posteriormente la intensidad del ejercicio.
- Principio de la carga continuada, Para que las cargas de entrenamiento sean efectivas deben ser realizadas de manera constante y sistemática. Para que existan mejoras los entrenamientos deben estar planificados para realizarse varias veces por semana y de una manera controlada, organizada y constante.
- Principio de la relación optima carga-descanso. Para que una carga sea efectiva, hay que respetar los periodos de descanso que el organismo necesita para recuperarse del esfuerzo realizado y de esta manera pueda producir adaptaciones que supongan una mejora de la condición física. Por el contrario, si estos tiempos no se respetan y las cargas son demasiado intensas y seguidas en el tiempo, el organismo puede llegar a situaciones de sobreentrenamiento que pueden disminuir su rendimiento y degenerar en lesión o estado de agotamiento continuado.
- Principio de la adaptación a la edad. La capacidad de adaptación a la carga de entrenamiento y los tiempos de recuperación para obtener una mejora guardan mucha relación con la edad. Por lo que habrá que tener en cuenta este factor a la hora de definir los objetivos a trabajar, diseñar la correlación entre ellos y sobre todo, determinar de manera adecuada la manera en que se va a desarrollar la carga de trabajo y los descansos.



## Periodización del entrenamiento con ancianos

El desarrollo de un programa de ejercicios para una persona anciana, también requiere una comprensión y una clarificación de los objetivos de trabajo. El objetivo principal para muchas personas de edad avanzada, es mantener un estilo de vida independiente y sana que es permita participar en las actividades diarias funcionales, de ocio y de socialización. Es importante concienciar a este grupo poblacional de los beneficios del ejercicio físico en la consecución de este objetivo primario y de muchos objetivos específicos individuales. Finalmente se debería hacer hincapié en el hecho de que el programa es un suplemento y no un sustituto y que debe ir acompañado de otras conductas de vida sana como puede ser una dieta adecuada y un descanso suficiente.

La consecución de objetivos debe quedar periodizada y definida en el tiempo y guiada por los principios del entrenamiento anteriormente descritos, debe también verse reflejada en un cronograma de trabajo anual. Para ello, el periodo anual de entrenamiento quedará repartido principalmente en tres periodos o niveles, cada periodo a su vez quedara dividido por meses<sup>13</sup>. Los objetivos propios de cada periodo se denominan objetivos a medio plazo y a su vez estos, se dividirán en objetivos semanales o también llamados a corto plazo. Como resultado de la consecución de los objetivos de corto y medio plazo, la consecución de los objetivos a largo plazo quedará asegurada.

A continuación se presenta una posible distribución de los objetivos:

### Objetivos a largo plazo:

- » Mejorar la calidad de vida de la persona a través del desarrollo y mejora de la condición física general y de otras condiciones de tipo adaptativo.
- » Prevenir y retardar la aparición de lesiones y enfermedades ocasionadas con el proceso de envejecimiento.
- » Disminuir la aparición de sintomatología de aquellas enfermedades o alteraciones ya existentes y disminuir la velocidad de desarrollo de una patología.
- » Mejora de los parámetros específicos que determinan la condición física (resistencia aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad y coordinación).

### Objetivos a medio plazo:

**Periodo de Adaptación:** Periodo en el que tratará de preparar progresivamente el organismo para la práctica regular de actividad física. Es un periodo de puesta a punto y es el periodo en el que es más complicado definir pautas generales debido a que dependerá en gran medida del estado inicial de condición física de la persona.

- » Realizar un trabajo aeróbico entre el 40 y 50 % del Vo2 máx., con una duración semanal del mismo cercana a los 60 min.
- » Trabajar la fuerza muscular siendo capaz de realizar 1 serie de entre 12 y 15 repeticiones con el mismo grupo muscular.
- » Trabajo de coordinación y flexibilidad cercanos a los 20 minutos por sesión

**Periodo de Mejora:** Periodo en el que se buscará un aumento y mejora de la condición física.

- » Lograr realizar un trabajo aeróbico entre el 50 y el 65 % del Vo2 máx., con una duración semanal del mismo cercana a los 200 min.
- » Lograr trabajar la fuerza muscular siendo capaz de realizar 3 series de entre 12 y 15 repeticiones con el mismo grupo muscular.
- » Trabajo de coordinación y flexibilidad cercanos a los 15-20 minutos por sesión.



Periodo de Mantenimento: periodo en que tratará de manter e estabilizar los objetivos logrados en el nivel anterior. Puede que se produzca también una mejora de la condición física pero no de manera tan significativa como en el periodo de mejora.

- » Mantener un trabajo aeróbico al 50-70 % del Vo2 máx., con una duración semanal del mismo cercano a los 200 min.
- » Lograr trabajar la fuerza muscular siendo capaz de realizar 3 series de entre 12 y 15 repeticiones con el mismo grupo muscular.
- » Trabajo de coordinación y flexibilidad cercanos a los 15-20 minutos por sesión.

## Pautas de entrenamiento para ancianos en base a las componentes de la condición física

### Resistencia cardio-respiratoria

Se entiende por resistencia cardio-respiratoria la capacidad física y psíquica de soportar el cansancio delante de esfuerzos relativamente largos y la capacidad de recuperación temprana después de finalizarlos. El tipo de actividad recomendada para realizar trabajo aeróbico en tercera edad consiste en ejercicios sencillos y dinámicos, donde haya movilización de los grandes grupos musculares y que su correcta ejecución no suponga un estrés añadido. Actividades como la marcha, la natación o el baile serían un ejemplo de intervención adecuada para desarrollar la resistencia cardio-respiratoria en personas de edad avanzada.

La intensidad para que puedan cumplirse los objetivos descritos anteriormente, debiera ser la comprendida entre el 40 y el 70% del Vo2max. El Vo2max corresponde a la capacidad funcional máxima (capacidad máxima de consumo de oxígeno) de la persona según las recomendaciones del ACSM. El intervalo de entrenamiento óptimo cuando se trabaja con frecuencia cardiaca de reserva es el comprendido entre el 40 y el 70% de la frecuencia cardiaca de reserva <sup>14</sup>.

**Mínimo:**  $(FC \text{ máx.} - FC \text{ reposo}) \times 0.4 + FC \text{ reposo}$ .

**Máximo:**  $(FC \text{ máx.} - FC \text{ reposo}) \times 0.7 + FC \text{ reposo}$ .

La duración del trabajo de resistencia cardiovascular debe estar comprendida entre 10 min y 60 min. de duración.

La frecuencia utilizada dependerá principalmente de la condición física inicial y del tipo de hábitos que haya adquirido a lo largo de su vida <sup>15</sup>. Personas altamente sedentarias deberán comenzar realizando un tipo de trabajo donde se active el sistema cardiovascular un mínimo de tres veces por semana y a medida que se mejora esta frecuencia puede aumentarse hasta cinco veces por semana.

### Fuerza

Podemos definir la fuerza como la capacidad de los músculos para generar tensión y por tanto vencer una resistencia determinada. Dentro del trabajo de fuerza muscular de tipo isotónico se contemplan diferentes modalidades de trabajo de la fuerza: fuerza explosiva, fuerza máxima y fuerza resistencia. Esta última es la más aconsejada cuando hablamos de trabajo muscular para programas donde el objetivo es preservar la salud. Para la consecución de dicho objetivo trabajaremos con cargas generalmente pequeñas y realizando repeticiones numerosas, normalmente entre 12 y 15.

Cuando se trabaja contra resistencia se recomienda trabajar de manera dinámica. Los ejercicios de fuerza deben realizarse de manera rítmica, a una velocidad entre moderada y lenta, trabajando en todo el arco articular siempre y cuando no se produzcan molestias ni dolor. Se debe dedicar especial atención al ritmo respiratorio.



La intensidad de trabajo debe ser tal que permita realizar al menos entre 12 y 15 repeticiones en cada serie. La intensidad de trabajo será al comienzo, no superior al 60% de la máxima capacidad (1RM) pudiendo aumentar esta hasta en 80 % en personas sanas y entrenadas. El incremento de la intensidad de trabajo se logra incrementado el primero el número de series y por último aumentando el peso con el que se trabaja <sup>16</sup>.

La frecuencia de las sesiones debe ser al principio de 2 días por semana para ir aumentando progresivamente hasta 5 días siempre que sea posible.

## Flexibilidad

La flexibilidad es una cualidad que va disminuyendo progresivamente y sobretodo en edades avanzadas se hace más evidente. La falta de flexibilidad puede ir asociada a disfunciones del aparato locomotor y con ello directamente relacionada con la falta de movilidad y el sedentarismo.

La realización de estiramientos en personas de edad avanzada debe realizarse de una manera segura y cómoda. Se debe tener especial cuidado de seleccionar aquellos estiramientos que eviten colocar las articulaciones en situaciones de excesiva tensión. Para ello habrá que desechar cualquier tipo de ejercicio que produzca molestias o inestabilidad articular ya que pueden suponer un deterioro de la estructura articular <sup>17</sup>.

La intensidad de trabajo, no superará nunca el umbral del dolor, será descrito como un estiramiento suave con sensación de tirantez agradable o una ligera molestia, nunca superior.

La duración de la sesión de entrenamiento dedicada a los estiramientos oscilará entre 10 y 15 minutos y debe ser desarrollada diariamente <sup>13</sup>.

## Capacidad neuromotora: Equilibrio

El equilibrio es la capacidad de mantener la proyección del centro de masa corporal dentro de los límites flexibles de la base de apoyo, de pie o sentado, o en el transito a una nueva base de apoyo, como al caminar.

El equilibrio es indispensable para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y la funcionalidad y son diferentes los elementos que intervienen en el correcto control del mismo. Sin embargo, con la vejez se generan cambios fisiológicos que inciden negativamente sobre dicha cualidad. La pérdida de fuerza muscular, propiocepción, disminución del rango de movilidad y reducción del tiempo de reacción inciden de manera negativa sobre el control del equilibrio. Debido a ello debemos incidir en el desarrollo de programa de fortalecimiento muscular, de propiocepción y de velocidad que nos permitan mejorar el nivel de equilibrio de los mayores <sup>18,19</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Garatachea N, Molinero O, Martínez-García R, Jiménez-Jiménez R, González-Gallego J, Márquez S. Feelings of well being in elderly people: Relationship to physical activity and physical function. Arch Gerontol Geriatr. 2009;48(3):306-312.
2. Coll-de-Tuero G, Rodríguez-Poncelas A, Vargas-Vila S, et al. Ejercicio físico y calidad de vida autopercebida en el anciano hipertenso. Hipertensión y riesgo vascular. 2009;26(5):194-200.
3. American College of Sports Medicine. ACSM's health-related physical fitness assessment manual. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
4. Cancela Carral JM, Ayán Pérez C. Influencia de los factores sociodemográficos en la actividad física habitual de la tercera edad: Un estudio piloto. Atención Primaria. 2008;40(5):264-265.



5. Pérez CA, Cancela Carral J. Benefits of physical exercise for older adults with alzheimer's disease. *Geriatr Nurs*. 2008;29(6):384-391.
6. Devis Devis J, Peiró Valert C. El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud. *Gaceta sanitaria*. 1992;6(33):263-268.
7. Partridge L, Gems D. Mechanisms of aging: Public or private? *Nature Reviews Genetics*. 2002;3(3):165-175.
8. Pérez AS. Aspectos médicos del envejecimiento. *Encuentros multidisciplinares*. 1999;1(2):5.
9. Camiña Fernández F, Cancela Carral JM, Romo Pérez V. La prescripción del ejercicio físico para personas mayores. valores normativos de la condición física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2001;1(2):136-154.
10. Cancela Carral JM, Ayán Pérez C, Varela Martínez S. La condición física saludable del anciano. evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2009;44(1):42-46.
11. Lim Y, CSCS U. Evaluación y prescripción del ejercicio para poblaciones de ancianos. *PublICE Standard Pid*. 2005;506.
12. Martin D. Manual de metodología del entrenamiento deportivo. Vol 24. Editorial Paidotribo; 2007.
13. Jones CJ, Rose DJ. Physical activity instruction of older adults. *Human Kinetics*; 2005.
14. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the american college of sports medicine and the american heart association. *Circulation*. 2007;116(9):1094.
15. Farinatti, Paulo de Tarso Veras. Envelhecimento: Promoção da saúde e exercício: Bases teóricas e metodológicas. Manole; 2008.
16. Cancela Carral JM, Ayan Perez C. Effects of high-intensity combined training on women over 65. *Gerontology*. 2007;53(6):340-346.
17. Fatouros I, Taxildaris K, Tokmakidis S, et al. The effects of strength training, cardiovascular training and their combination on flexibility of inactive older adults. *Int J Sports Med*. 2002;23(2):112-119.
18. Shumway-Cook A, Gruber W, Baldwin M, Liao S. The effect of multidimensional exercises on balance, mobility, and fall risk in community-dwelling older adults. *Phys Ther*. 1997;77(1):46-57.
19. Hu MH, Woollacott MH. Multisensory training of standing balance in older adults: I. postural stability and one-leg stance balance. *J Gerontol*. 1994;49(2):M52-61.



## Guillaume Lefebvre

---

### Director Operaciones Europeas, Siel Bleu.

Guillaume Lefebvre desarrolla su actividad profesional desde hace 5 años en el seno de SIEL Bleu en calidad de director de operaciones europeas. En esta organización ha sido fundador de 4 organizaciones sociales en Irlanda y España y ha gestionado proyectos en cooperación con la Comisión Europea y Grupos internacionales como DANONE.

Guillaume cuenta con un bagaje cultural marcado por 23 años de experiencia a nivel internacional (Marruecos, España, Estados Unidos) y por sus orígenes franco – alemanes. Dedicado y comprometido con el emprendimiento social a nivel internacional este año forman parte de los emprendimientos finalistas en la IV Edición de Momentum Project, programa de impulso al emprendimiento social en España. Anteriormente desarrolló su experiencia profesional en el ámbito de la consultoría en organizaciones y estrategia para PriceWaterhouseCoopers (Pwc). Ha realizado un MBA en Escuela Superior de Negocio (Prepa HEC y GGSB).

## SIEL BLEU. ESTUDIO HAPPIER: HEALTHY ACTIVITY PHYSICAL PROGRAMME. INNOVATIONS ELEDERLY RESIDENCES

### Nuestra Innovación social

#### HERRAMIENTA

En Siel Bleu, utilizamos la actividad física como un herramienta.

Un herramienta para promover el envejecimiento activo, prevenir los riesgos y enfermedades relacionados con el envejecimiento y acompañar la dependencia.

#### TERRENO

En Siel Bleu, somos sobre todo actores de terreno

- » Lo que nos gusta es el contacto directo con el beneficiario al realizar nuestras sesiones de AFA.
- » Lo que nos gusta es cuando:
  - Un director de residencia nos dice: “desde que vuestro EF está aquí, he visto 2 de mis residentes cambiar su silla de ruedas por un andador o un bastón”
  - Un nieto nos cuenta: “gracias a vuestros programas de motricidad fina, he visto que mi abuela es capaz de coger una cuchara y comer de nuevo por sí mismo.

***Esos resultados dan el sentido a nuestro trabaja y nos animan cada día.***

#### ORIGEN

Hemos empezado entonces hace 17 años gracias al apoyo del gobierno de Alsace en Francia. Nos había dado una subvención para probar nuestros programas de AFA en 12 residencias de ancianos durante 6 meses.



El proyecto piloto tuvo bastante éxito porque de las 12 residencias 11 quisieron continuar con nosotros después de la subvención, pagando por el servicio.

En la última, no podía por razones "financieras" pero 2 semanas después tuvimos una llamada del director diciendo: "mira tengo 5 residentes en mi oficina, están ahora en huelga y no me dejaron salir hasta que tengan mi palabra de que Siel Bleu volverá".

### ***Así empezó nuestra historia***

#### MAGNITUD

Hace 17 años nos decían que la actividad física, ya no era para las personas mayores por el miedo de que se caigan, por el miedo de que se hagan daño.

- » Ahora estamos con más de 80 000 beneficiarios semanales en 3 000 residencias
- » Ahora demostramos que con ejercicios siempre diseñados a medida, a cualquier edad; se puede mejorar su estado físico y anímico.
- » Ahora nuestro reciente estudio OSSEBO muestra que reducimos en un 30% el riesgo de caída y fracturas...
- » Ahora el Instituto oncológico Curie demuestra que gracias a la AF se disminuye de un 50% la tasa de recidiva de las mujeres que han padecido de un cáncer de mama

***Así que para nosotros la AF es un bien común beneficiando tanto a la persona (al nivel de su calidad de vida) como a la colectividad (a nivel de los gastos sanitarios).***

#### CONCLUSION

***Al fin nuestro objetivo social fue siempre lo mismo y muy sencillo "añadir años a la vida y vida a los años". Y es lo que estamos trayendo a España.***

## Nuestro Impacto social

#### HAPPIER

El estudio HAPPIER pretende demostrar si un programa de actividades físicas y deportivas adaptado, concebido y aplicado por profesionales de la actividad física para los mayores, es eficiente para mejorar la calidad de vida diaria de los residentes de EHPAD, así como para el entorno humano y organizativo de estos residentes. El esquema del estudio consiste en comparar un grupo que se beneficia de cursos de actividad física (bien de una hora o bien de dos horas semanales) con un grupo sin actividad física.

#### DESARROLLO DEL ESTUDIO

De los 32 establecimientos elegidos, 16 se beneficiaron de un programa de una hora semanal y los otros 16 de un programa de dos horas semanales. 462 participantes han sido involucrados en el estudio. El grupo « intervención » se benefició de un programa de actividades físicas y deportivas adaptado, bien de una hora o bien de dos horas, con una duración de un año, siendo evaluado sobre criterios de calidad de vida, físicos y cognitivos a lo largo del año de programa.

El grupo « testigo » no se benefició de las actividades físicas, pero será evaluado sobre los mismos criterios que el grupo « intervención » a lo largo del año de programa. Preocupándonos por la ética, a las personas del grupo testigo se les propusieron, al finalizar el programa, seis meses gratuitos de actividades físicas y deportivas adaptadas.

#### EVALUACIONES

Las evaluaciones se efectuaron cada semestre, sobre la base de indicadores de movilidad, de cognición y de socialización estándar e



internacionales, así como sobre la base de indicadores concebidos por Siel Bleu, cuyo objetivo es evaluar la capacidad para reproducir los gestos de la vida diaria.

#### RESULTADOS

El estudio ha mostrado la eficacia del programa de actividad física según varios criterios, en particular:

- » El número de caídas
- » El estado de salud percibido (Euroquo)
- » La capacidad en realizar las actividades de la vida diaria (AVD)
- » Uno de los ítems de depresión del (GDS)



## Fernando Veiga Fernández

---

Jefe del Servicio de Geriatría. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid (Premio Extraordinario). Médico Especialista en Geriatría (formación vía MIR en el Hospital Clínico Universitario de San Carlos, Madrid y en UCLA Medical Center, Los Angeles CA). Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Lucus Augusti, de Lugo. Ex Vicepresidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Ex Presidente de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría. Autor de numerosos artículos de geriatría en libros y revistas nacionales e internacionales.

### ESTADO COGNITIVO Y ENVEJECIMIENTO: UNA NUEVA MIRADA AL ENVEJECIMIENTO

Las capacidades cognitivas sufren cambios con el envejecimiento. Se revisan los cambios que se producen en el envejecimiento cognitivo normal para sentar las bases que permitan diferenciar el envejecimiento cognitivo normal de los procesos con demencia.

La capacidad cognitiva fluida, como la rapidez de procesamiento y la capacidad de resolver problemas abstractos disminuye poco a poco a partir de la juventud, lo que se hace más manifiesto a partir de los 75 años. La capacidad cognitiva cristalizada, como el conocimiento y la experiencia, aumentan y se mantienen hasta muy avanzada edad.

Entender en envejecimiento cognitivo normal es clave para poder valorar a los ancianos que se quejan de problemas con la memoria y con otras habilidades cognitivas. El diagnóstico diferencial entre envejecimiento cognitivo normal y la demencia se basa en la exploración del estatus cognitivo mediante una serie de instrumentos validados, y en el análisis de la repercusión en la situación funcional del paciente

Muchos de los factores de riesgo para que el envejecimiento cognitivo sea más o menos favorable son modificables y son los mismos que para el deterioro cognitivo patológico. Estos factores de riesgo son la hipertensión, la diabetes y el nivel de actividad física, mental y social, entre otros.

A nivel poblacional e individual es posible reducir las cargas del envejecimiento cognitivo patológico y de la demencia con el control de los factores de riesgo modificables.



## Onésimo Juncos Rabadán

---

Profesor Titular de Psicología Evolutiva y de la Educación en la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Acreditado a Catedrático de Universidad. Coordinador del Máster Interuniversitario en Psicogerontología impartido en las universidades de Barcelona, Salamanca, Santiago de Compostela y Valencia. Director de varios proyectos de investigación subvencionados por el Ministerio de Educación y por la Xunta de Galicia. Autor de numerosas publicaciones sobre envejecimiento y deterioro cognitivo.

### DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO COGNITIVO LIGERO (DCL) Y SU EVOLUCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

#### Resumen

La identificación temprana de las personas con riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer (EA) u otros procesos neurodegenerativos es uno de los grandes objetivos de investigación para el presente siglo. Hay consenso de que los cambios fisiopatológicos que dan lugar a la EA comienzan entre 10 y 20 años antes de que ésta se manifieste clínicamente. Desde el año 2007 se está llevando a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela una investigación sobre detección precoz del deterioro cognitivo ligero (DCL) y su evolución hacia la enfermedad de Alzheimer (EA) en adultos mayores de 50 años que acuden a los Centros de Salud con quejas subjetivas de pérdida de memoria. Se han evaluado 875 personas y se ha analizado su estado cognitivo a través de una amplia exploración neuropsicológica. Se exponen los principales resultados sobre prevalencia del deterioro cognitivo y sobre sus marcadores predictivos más relevantes. Se concluye sobre las implicaciones de este estudio tanto para la prevención como para la intervención precoz en el deterioro cognitivo durante el proceso de envejecimiento.



## Raquel Leirós Ríos

---

### Gerontóloga responsable de intervención terapéutica en Saraiva.

Educadora Social y Experta en Gerontología por la Universidad de Santiago de Compostela. Desde el año 2.005 viene desarrollando su actividad en SACENDI, pasando por distintas etapas en sus funciones y responsabilidades: desde el desarrollo del área de intervención terapéutica en el Centro de día Saraiva Marín, responsable de las Unidades de Memoria, hasta la actualidad donde coordina el área de intervención terapéutica de Saraiva.

Dentro de sus especializaciones destaca el Alzheimer, Terapias no farmacológicas en demencias, Deterioro Cognitivo leve, Envejecimiento Activo y Metodología de atención centrada en la persona.

Raquel colabora en la actualidad en el ámbito de la investigación con varias Universidades y entidades y ha participado en diversos congresos sectoriales como el II Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud "Bienestar físico y psicológico en personas mayores" y I Congreso de ACEDIGA "Promoción de la autonomía".

## DOS CASOS DE ÉXITO EN LAS UNIDADES DE MEMORIA SARAIVA

En junio del año pasado presentábamos las Unidades de memoria, un proyecto pionero que surgía de la detección y análisis de un nuevo perfil de personas usuarias en los servicios de centro de día caracterizadas por:

- » Edad (entre 65 – 75 años)
- » Diagnóstico (DCL)
- » Necesidades/ Preferencias (privacidad e intimidad, intervenciones concretas, nivel de estudios, etc)

Así nacieron las Unidades de memoria (tres en la actualidad), donde las diferencias más destacadas residen en el entorno y la metodología de trabajo. Tras su primer año de vida, podemos poner una cifra al número de personas que han recibido una atención especializada desde este nuevo espacio de intervención, treinta personas clasificadas en dos tipos de perfiles diferentes de público objetivo:

- » Perfil prevención/ envejecimiento activo: personas que buscan envejecer activamente y prevenir situaciones de dependencia.
- » Perfil intervención: personas con deterioro cognitivo leve u otras patologías (ictus, daño cerebral, afasia, movilidad reducida, etc)

Siguiendo la línea de los numerosos estudios e investigaciones que confirman que el tratamiento no farmacológico es clave en la intervención sobre deterioro cognitivo, y teniendo en cuenta que un 80% de los casos atendidos en las Unidades de memoria Saraiva han sido, y son en la actualidad, personas diagnosticadas de DCL, presentamos dos casos de éxito como reafirmación de la validez y eficacia de los tratamientos no farmacológicos sobre deterioro cognitivo en la ralentización de su evolución y la prevención de su aparición.



### Casos de éxito Unidades de memoria.

PERFIL SUJETO 1	<ul style="list-style-type: none"><li>» Mujer</li><li>» 75 años</li><li>» Diagnóstico: DCL multidominio</li><li>» Nivel cultural: medio-alto</li><li>» Ocupación: ama de casa/ persona mayor a su cargo</li><li>» Trayectoria: usuaria Centro de día en el año 2012- usuaria Unidad de memoria desde el año 2013</li><li>» Observaciones: dificultades en la atención y comunicación, comienza a aislarse socialmente abandonando hábitos en su rutina diaria, lo cual desemboca en depresión y pérdida de las relaciones personales. Aparecen conflictos en su entorno familiar.</li></ul>
PERFIL SUJETO 2	<ul style="list-style-type: none"><li>» Hombre</li><li>» 62 años</li><li>» Diagnóstico: probable DCL</li><li>» Nivel cultural: medio</li><li>» Ocupación: camionero (jubilación anticipada)</li><li>» Trayectoria: 2013 usuario unidad de memoria</li><li>» Observaciones: quejas subjetivas de memoria (reafirmadas por su entorno más inmediato), mantiene sus rutinas diarias y buen nivel de relaciones sociales. A raíz del diagnóstico DCL su estado emocional se ve fuertemente afectado (jubilación anticipada que desemboca en pérdida de interés por estar activo en sociedad) .</li></ul>

Es importante destacar que en ambos casos son los propios sujetos quienes conscientes de las dificultades que presentan acuden al servicio, ningún de los dos presenta pérdida de autonomía.

Conjuntamente con esta evaluación neuropsicológica clínica aportada por sus profesionales de referencia (neurólogos) y la valoración inicial integral realizada por el equipo interdisciplinar de las Unidades de memoria; la trayectoria de intervención que inician los dos sujetos es la siguiente:

SUJETO 1	<p><b><i>Terapia cognitiva individualizada tres sesiones semanales:</i></b></p> <p>Eje central de la intervención puesto en el entrenamiento de la capacidad de atención y concentración, y de la comunicación, con base impulsora en el trabajo sobre las capacidades emocionales (autoestima, autocontrol, refuerzo positivo) Importancia de trasladar las terapias a la vida real.</p>
SUJETO 2	<p><b><i>Terapia cognitiva individualizada tres sesiones semanales:</i></b></p> <p>Eje central de la intervención puesto en el entrenamiento de la capacidad de atención y concentración, y de la comunicación, con base impulsora en el trabajo sobre las capacidades emocionales (autoestima, autocontrol, refuerzo positivo) Importancia de trasladar las terapias a la vida real.</p>



Tras el inicio de las intervenciones en las unidades de memoria, la evolución de la capacidad cognitiva de los sujetos medida a través de tres test psicométricos es la siguiente:

SUJETO 1			
Escala	2012 (centro de día)	2013 (Unidad de memoria)	2014 (Unidad de memoria)
MEC	22	26	28
RELOJ	7	7	7
FOTOTEST	25	32	38
SUJETO 2			
Escala	2013 (unidad de memoria Valoración inicial)	2013 (Unidad de memoria)	2014 (Unidad de memoria)
MEC	21	23	29
RELOJ	5	7	7
FOTOTEST	20	22	30

Además de las puntuaciones y resultados que podemos de los psicométricos empleados en la evaluación de deterioro cognitivo, no podemos eludir las valoraciones que a través de las observación, desarrollo y resultados de las terapias realizadas en las sesiones obtienen los profesionales que las aplican y que tienen relación directa con la mejora de la comunicación, el aumento de la autoestima y la mejora de la capacidad para desarrollar soluciones ante situaciones estresantes y poco comunes consecuencia de las capacidades afectadas por el DCL.

Ambos sujetos han sido valorados en los últimos meses estableciendo como diagnóstico actual: DCL estable

## Conclusiones:

De estos dos casos concretos extremos los siguientes enunciados:

- » Todos los estudios indican que las personas diagnosticadas de DCL tienen un mayor porcentaje de probabilidades de padecer EA (Petersen et al. Lo afirman en un 80% de los casos), pero no por ello debemos de obviar que existe un porcentaje de población diagnosticada de DCL que tiene capacidad de mejora y/o mantenimiento de sus capacidades cognitivas a través de la combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, un seguimiento exhaustivo y una intervención especializada.
- » El diagnóstico de DCL puede confundirse con trastornos emocionales o incluso una depresión larvada (experiencia del sujeto número 2)
- » Un diagnóstico precoz, una intervención temprana y la metodología de trabajo empleada son esenciales para la ralentización o prevención del deterioro cognitivo.



## Daniel Álvarez Lamas

---

Fundador Instituto Benpensante y Observatorio Europeo del Coaching, Training oficial para España de ICC.

Licenciado en Economía. Especialización directiva en IESE e Instituto de empresa. Tras una trayectoria de 14 años como directivo de BBVA, en que integró el Coaching en su desempeño profesional en puestos como líder de oficina principal y líder territorial, cambió su orientación financiera para seguir su vocación por el Coaching.

Certificado como Coach Internacional, Coach de Negocios y Trainer por la International Coaching Community (ICC).

Es uno de los 33 Trainers oficiales de ICC en el mundo y colabora habitualmente con Joseph O'Connor, Andrea Lages y otros maestros internacionales.

## ESTADO EMOCIONAL Y ENVEJECIMIENTO: LA CULMINACIÓN DEL CAMINO

### Como desplegar la última etapa de desarrollo humano

Este artículo está dedicado a un aspecto muy particular del cuidado de los mayores y de una tecnología muy peculiar.

Quiero explicarles cómo la Tecnología de las Personas puede apoyar con su rigor todo intento de humanizar los últimos años de vida del ser humano. Eso sí, este ejercicio requiere en algún sentido pensar fuera de la caja en que habitualmente se sitúa el cuidado de los mayores.

Trataremos los 3 posibles protagonistas de ese último acto: la persona mayor, el cuidador/a y el personal del centro de mayores. La brevedad necesaria para esta primera aproximación no impedirá reconocer lo profundo de su posible alcance.

### La Teoría del Desarrollo Adulto: Las 5 etapas socio-emocionales

Numerosas investigaciones muestran que, desde el punto de vista socio-emocional, las personas pueden llegar a recorrer 5 etapas a lo largo de su vida. Particularmente, esta Teoría ha sido desarrollada por autores como Robert Kegan y Otto Laske desde los años 80.

Estas son las características en cada una de las etapas:

1. Etapa infantil (no tratada en la investigación sobre desarrollo adulto).

2. Instrumental.

El individuo está centrado en uno mismo, en busca de saciar las propias necesidades y deseos, por encima de la consideración de los demás y de cualquier circunstancia. Los demás se consideran desde un punto de vista instrumental en relación a ¿para qué



sirve mi interacción con esta persona? El 10% de la población no supera esta etapa

### 3. Subordinado a la comunidad.

La necesita como instrumento para crear la propia imagen. Pasando los 20 años, muchas personas crean “otros internalizados” (a partir de personas de su entorno) que actúan como guías de sus decisiones y comportamientos. Esta etapa es la más apropiada para la estabilidad de una sociedad tal como la entendemos, por lo que la sociedad tiende a llevar a la persona a esta etapa y a mantenerla ahí.

### 4. Autor de sí mismo/a

Buscando fluir a partir de la propia integridad. Esta integridad se basa en la estructura de valores construida por la propia persona para superar a los “otros internalizados” característicos de la etapa 3. Los valores que en la etapa 3 se encarnaban en los otros y en la sociedad o grupo dejan paso a una percepción o vivencia personal y profunda de los propios valores. Desde ese momento, la persona se ve impulsada a seguirlos, a vivirlos con intensidad. Los valores creados por sí misma se convertirán en su guía. Solo un 25% de las personas alcanzan esta etapa y no es fácil que ocurra antes de los 35 años.

La sociedad no invita a superar la etapa 3, que es la más propicia para mantenerse en un statu quo plenamente coordinado y equilibrado, pero las personas en etapa 4 son, por otra parte, fundamentales para el desarrollo de la sociedad o grupo al que pertenecen. Estas personas crean nuevos desafíos para sí mismas y para los demás, crean los desequilibrios que permiten la evolución en su entorno.

### 5. Conectado con la humanidad.

Esta última etapa supera la perspectiva individualista que se crea en la etapa de autoría de sí mismo, en la que el individuo está aislado en la “jaula de integridad” que supone su personal sistema de valores. Tener un sistema de valores propio presupone que es distinto del de los demás, lo cual fue fundamental para superar la etapa 3 de “norma social”, pero es precisamente el obstáculo a superar para pasar a la etapa 5. Como se ve, en cada una hay una alternancia en el foco entre el YO y LOS DEMÁS.

En la etapa 5, la persona ve a los demás como contribuyentes a la propia integridad y equilibrio. Las personas en esta etapa sienten todo lo que comparten los seres humanos, se ven inmersos en la unidad que forman, la Humanidad. En sus interacciones, reconocen lo que tienen en común con cualquier otra persona como ser humano, más allá de diferencias y de condicionamientos adquiridos. La persona se hace consciente de que su identidad parte de una caprichosa historia personal, tras la cual todos somos iguales.

La persona ya no percibe los valores como algo que le hace diferente como individuo, sino que se identifica con un sistema de valores universal. Los ve como aquello que es común y une a la especie humana. Se estima que solo un 10% (o menos) de las personas alcanzan esta etapa...

... Al final de su trayectoria vital

## ¿Cómo es ese efecto poderoso que puede causar una experiencia de cuidar a otros?

Las personas realizamos todos esos cambios de etapa gracias a situaciones que nos ponen a prueba. Nuestro habitual patrón de pensamiento queda obsoleto y necesitamos de nuevas soluciones, que sólo se producen fuera de la lógica donde se crearon esos problemas, como diría Einstein.

En particular, la etapa 3 de acuerdo social se supera habitualmente cuando el comportamiento que “debería tener” una persona, como obligación, se convierte sencillamente en intolerable.

Entonces surgen las rupturas, la idea de la renegociación fuera del acuerdo social... O, como en el caso de muchos familiares que cuidan a sus mayores, surge una nueva motivación con un significado mucho más profundo que la mera obligación social que



sentían hasta ese momento.

Esta experiencia tan tierna y humana de cuidar a alguien con una valiosa experiencia detrás, una persona con la que muchas veces has tenido una relación a lo largo de toda tu vida, una persona a la que ahora ves tan vulnerable y que tanto requiere de tu ayuda,... Todo esto puede suponer una experiencia tan desbordante como transformadora.

La misma persona que en un momento dado se siente superada por esta titánica labor, de repente encuentra inesperadas sensaciones, descubre dentro de sí sentimientos y pensamientos que nunca antes había conocido. Posiblemente muchas personas que están en esta situación u otra similar comprenden lo sorprendente y profundo de esta transformación.

Ya no estás cuidando a una persona porque se supone que debes hacerlo o por una remuneración. Esas razones ya serían insuficientes. Ahora llegas más allá de los propios supuestos límites y puedes palpar la humanidad que se desprende de cuidar a esa persona... Esto provoca una conexión más profunda contigo mismo/a. Ahora conoces a un nivel superior y en tus propias carnes el significado de la solidaridad, la aportación, el ser, la grandeza, la entrega,...

Te haces más fuerte y más humano, te enfundas tus valores de una forma que nunca antes habías hecho... Y te sientes muy bien. Eres la encarnación de algo mucho más cercano a lo que quieres ser.

Este cambio se puede apoyar sistemáticamente desde el coaching. Este acercamiento a ti mismo/a se realiza con más facilidad cuando te acompañan en el proceso. Cuando un experto te apoya, las reflexiones tienen mayor alcance y son más beneficiosas.

En las investigaciones realizadas con cuidadores/as para unir el coaching con la Teoría del Desarrollo, los efectos de una sola sesión resultan un gran impulso a sensaciones que son difíciles de aprehender y que normalmente llevan mucho más tiempo asentarse.

El coaching crea el espacio ideal para que la persona encuentre un reto en la actual situación y descubra los valores humanos personales que le impulsan hacia ese reto. De esta manera, la dificultad de la situación le acerca a lo que de verdad importa para él o ella.

Si además el/la profesional que ayuda tiene la pericia de reconocer el camino que estas personas están recorriendo, la ayuda resulta mucho más poderosa. Es el apoyo necesario para pasar desde la etapa de admitir sin criterio los compromisos sociales a la de auto creación.

## ¿Cómo llegar al Final Feliz de nuestro Camino como Seres Humanos?

Cuando recordamos algo tan evidente como que la vida acaba con la muerte sentimos un respingo desagradable, incluso algo así como decepción, ¿verdad?

Parecería que los últimos años de nuestra vida consisten en esperar ese final decepcionante, al que incluso cuesta mirar. En muchos aspectos, nuestra cultura y nuestra sociedad hoy reflejan esta creencia. Sólo puede ser superada cuando somos capaces de comprender el mundo desde esa etapa 5 del ser humano, la etapa de la verdadera inmersión en la conciencia universal.

Todos somos intelectualmente conscientes de que no somos algo aislado, sino que pertenecemos a algo de lo que nacimos y a donde nos volvemos a integrar al morir. Sentirlo y tenerlo como guía de nuestro comportamiento, no está al alcance de cualquiera. Cualquiera lo comprende racionalmente, pero asumirla de forma auténtica necesita de tiempo y experiencias.

Sabemos por la Teoría de las Etapas que es preciso pasar por las etapas anteriores antes de llegar a esa sensación. Esto implica que es preciso un largo período de vida y de experiencias. Aunque la edad no es indicador directo de alcanzar la etapa, es evidente que el mayor número de personas en etapa 5 estará en las edades más adultas.

¿Por qué los viejos de la tribu no eran jóvenes? ¿Por qué la sociedad occidental ha olvidado admirar a sus mayores? ¿Cómo podemos evitar que los mayores se echen a dormir y desaprovechen el potencial de alcanzar esa cumbre? Lo que no se aprecia, no se pone en valor. Hoy en día, la valoración del conocimiento y la energía, atributo de la madurez temprana, supera por goleada a la



valoración de la sabiduría (y así le va a nuestra sociedad, pero esa es otra historia).

En mi opinión, aún estamos a tiempo de cambiar esto, y quizá sea la gran lección de la crisis. La solución precisamente está en ser conscientes de lo que una persona mayor puede valer, de lo que puede enseñar. Apoyar a que se consume ese proceso de crecimiento mental, si se quiere llamar así, al tiempo que ayudar a la persona mayor a encontrar formas de aplicarlo hará que sienta profundamente su motivación de legado, propia de la etapa 5... La motivación más poderosa que se pueda sentir.

## ¿Deshumanizarse o Hacer Piña?

Lo primero que toca en esta parte es manifestar la admiración por esas personas que cuidan a los mayores en los centros. Heroínas y héroes anónimos que cada día atienden con paciencia y dedicación a muchas personas. Difícilmente podremos reconocer la labor impropia del personal de los centros de cuidar, atender, limpiar, mover, medicar, dar de comer, etc. a tantas personas con las limitaciones de tiempo y, muchas veces de recursos, que tienen.

Qué difícil es dedicar tu atención a personas que sufren sin poder detenerte todo lo que desees. Qué duro es ver fallecer habitualmente personas que durante mucho tiempo has cuidado.

El trabajo es más que un trabajo. Este personal está expuesto/a a sentimientos que fuera del trabajo embargarían a cualquiera... pero que como profesional no pueden permitir que les obstaculicen ¿Qué hacer?

La respuesta en muchas ocasiones es hacerse inmune a esos sentimientos. Puedes escuchar "No puedes estar todo el día queriendo contentar a todos, no hay quien lo resista". Si a esto le unimos la costumbre de ver estos padecimientos y a su dura labor, no puede extrañar que en muchos casos el profesional tienda a reducir sus sentimientos humanitarios.

¿Cómo fortalecer a este colectivo? ¿Cómo reducir sus riesgos socio-laborales? ¿Cómo ayudar a que puedan atender con su mejor versión en esas condiciones?

En nuestro trabajo con centros de mayores, hemos descubierto que no es el coaching individual la solución ideal, sino el coaching de equipos.

El equipo de auxiliares en particular puede conseguir, por un lado, coordinarse para hacer más fluido su intenso trabajo y, por otro, crear el clima de equipo que les permite darse continuamente el apoyo emocional que necesitan. Sentirse dentro de una piña les permitirá encontrar siempre a alguien que le inspire para dar lo mejor de sí misma/o desde un sentimiento de orgullo de equipo.

Es particularmente importante el facilitar que personas de los diferentes equipos (clínico, camareras, cocina,...) busquen sus propias mejores soluciones en la coordinación de tareas. Ellos/as mejor que nadie las conocen y el resultado tiene una legitimidad que hace que todos las sigan con total convicción.

## Construir una etapa de la vida que todos queramos alcanzar

La propuesta es aplicar la Tecnología de las Personas desde los diferentes puntos. Creemos que es necesario una perspectiva nueva con que perseguir los mismos resultados. Para la nueva solución, lo único que se necesita es una nueva mirada con ojos inocentes.

Pensar hoy en envejecer y en la etapa final de nuestra vida no motiva ¿no es eso razón suficiente para un cambio de perspectiva? Conseguir que nuestros mayores se sientan importantes y culminen su vida sintiendo que aportan de una forma plena, aunque diferente. Eso permitirá dar sentido al camino de todas las personas, tengan la edad que tengan.

Saber donde confluirá nuestro camino y sentir que merece la pena llegar allí hará que vivamos también hoy de forma más plena.



## Santiago Núñez Bahamonde

---

### Dir. Clínica de la Afectividad / Investigación tecnología TIC.

Desde el año 2008 dirige la Clínica de Trastornos Afectivos, centro monográfico dedicado al diagnóstico y tratamiento integral de los trastornos depresivos y de ansiedad. Junto a la actividad asistencial, está volcado en el desarrollo de aplicaciones basadas en tecnología TIC, Affective Computing y monitorización con sensores, que permiten mejorar la calidad diagnóstica y de manejo evolutivo.

Cuenta con experiencia como Médico Especialista en Psiquiatría en el Hospital de Meixoeiro y en el Complejo Hospitalario de León, así como Médico de Urgencias y Atención Primaria en el Insalud Galicia.

Ha realizado la Especialidad de Psiquiatría en la la Universidad de Oporto y la Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Santiago de Compostela.

## EL RETO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CONOCIMIENTO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

¡Apostamos por los mayores!

- » Necesidad implícita y explícita de ayuda.
- » Receptivos y gran capacidad de predisposición.
- » Con inquietud de mejorar su situación vital.
- » Aumentar y conservar su grado de autonomía.
- » Con la utilización de un sistema cercano, adaptado y sin barreras.

La necesidad de abordar una “problemática emocional” viene dada por la elevada prevalencia en estos grupos de:

- » Soledad y pérdida de red social (sociabilidad), que redonda en carencia afectiva
- » Síntomas de angustia generalizada frecuentemente.
- » Síntomas depresión o distimia en un alto porcentaje de los casos.
- » Labilidad emocional y problemas, sensoriales, conductuales y cognitivos.
- » Dificultades para establecer contactos con sus familiares por problemas de movilidad en algunos casos, lejanía o exceso de ocupaciones.
- » Dificultades económicas, de generación de recursos y afrontamiento de contingencias.
- » Dificultad de acceso al entorno desde el punto de vista social e institucional.
- » Escasa capacidad de respuesta a conflictos tanto sociales, emocionales o de integridad personal.



S.A.R.A. nace con la intención de contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo de personas especialmente vulnerables: Nuestros mayores.

- » S.A.R.A. se centra en “la problemática emocional” que condiciona en gran medida la calidad de vida, a veces incluso en mayor medida que un impedimento físico.
- » Información sobre sus intereses, estrategias de potenciación y desarrollo.
- » Desarrollo de motivación para actitudes y comportamientos positivos, estrategias de motivación y afrontamiento.
- » Mejora de gestión de emociones negativas, estrategia de gestión emocional.
- » Grupos de autoayuda propios, estrategia de socialización e integración social.

Para el logro de nuestros objetivos dotamos a S.A.R.A. de “PERSONALIDAD”.

- » Entendida ésta como la capacidad de tomar iniciativas con intencionalidad propositiva.
- » Recomendar una serie de acciones, que constituyen etapas intermedias exitosas, en el logro de objetivos previamente establecidos con el usuario.
- » Esta intencionalidad esta orientada a recrear en el usuario las experiencias y las imágenes mentales que permitan motivarlo, restableciendo su estabilidad emocional.

Plataforma de comunicación e interacción bidireccional.

- » Partimos de la utilización de una Tablet y sus capacidades como dispositivo básico.
- » Capacidad de procesamiento y almacenamiento en nube.
- » Comunicación e interacción bidireccional, como herramienta principal para abordar la problemática emocional.
- » Ámbito de trabajo domiciliario, sin desatender las necesidades informativas de la familia en los casos que el usuario estipule o el seguimiento asistencial si fuera necesario.

El asistente virtual S.A.R.A. integra

- » Un sistema de comunicación directa personal mediante videoconferencia.
- » Una consola de instrucciones por voz, a través del asistente virtual S.A.R.A., que recoge información mediante preguntas de complejidad variable, propone acciones y presenta contenidos, con una intencionalidad propositiva acorde a la problemática particular del usuario.
- » Un portal de usuarios con diferentes permisos según configuración, para la interacción de los usuarios, o gestión de información.

Con la máximas garantías, incorporando diferentes servicios.

Un Coach (psicólogo)

- » Se entrevista por video conferencia
- » Es el responsable del usuario
- » Seguimiento periódico



- » Evalúa la situación del usuario
- » Propone soluciones y acciones
- » Llega a un compromiso de de objetivos
- » Plantea los distintos pasos en la consecución del objetivo
- » Evalúa el logro de objetivos y las dificultades en el camino.
- » Plantea nuevos objetivos en función de la experiencia.

#### Asistente virtual S.A.R.A

- » Mediante la gestión de las distintas agendas del usuario.
- » Se activan sus actuaciones en función del cumplimiento de las diferentes acciones.
- » Instrumento al servicio de un plan de actuación establecido.
- » Propone acciones específicas para esa persona, en relación con su situación y sus necesidades concretas.
- » Evalúa los resultados mediante baterías estudiadas de preguntas

#### Redes sociales - Grupos de autoayuda

- » El banco del parque.
- » La tertulia de la mañana.
- » Recuerdos y afinidades.
- » Aficiones e inquietudes.
- » Compartir sentimientos.

#### Visión general del proyecto

- » Sistema escalable, que facilita la integración de gran número de usuarios.
- » Adaptable a las necesidades concretas de cada individuo.
- » Actualizable en todo momento según las exigencias de las TIC.
- » De bajo coste, que nos permita llevar esta solución al público en general.
- » Alto beneficio para el usuario y su entorno desde la instalación.

Enfoque holístico multidisciplinar que integra la tecnología al servicio de las emociones, como parte importante de la salud plena y completa. "Sólo la alegría es garantía de salud y longevidad", Santiago Ramón y Cajal. Porque los grandes proyectos nacen de la inquietud de dar solución a los grandes problemas existentes en la sociedad, porque nuestros mayores se lo merecen y porque todos seremos mayores.

Clínica de Trastornos Afectivos. Vigo, Junio-2014.



## Stella António Bettencourt da Câmara

Prof. Stella António Bettencourt da Câmara. Socióloga. Profesora Titular en la Universidad de Lisboa.

Es profesora en el ISCSP-ULisboa desde 1996, investigadora en el CAPP de ISCSP-ULisboa (centro para el estudio del Instituto superior de administración y políticas públicas sociales y ciencias políticas de la Universidad y Lisboa) y actualmente está preparando su tesis doctoral dentro de las relaciones intergeneracionales y envejecimiento.

Sus intereses actuales de investigación se centran en los dominios del envejecimiento demográfico, envejecimiento activo, envejecimiento en la mujer, relaciones integrales y en particular las relaciones entre abuelos y nietos; actitudes hacia la población de edad avanzada; políticas sociales dirigidas a la población anciana.

Es autora del libro “abuelos y nietos. Las relaciones intergeneracionales: la matrilinealidad de los afectos”.

## ABUELOS Y NIETOS: LA MATRILINEALIDAD DE LOS AFECTOS

### Sumário

O envelhecimento das populações – em Portugal a população com 65 e mais anos triplicou entre 1950 e 2012 – tem produzido um significativo impacto na estrutura e organização das famílias e nas relações intergeracionais. Entre outros factores que apontamos, o aumento da longevidade e a verticalização das famílias têm tornado cada vez mais comum o contacto entre netos e avós, até à idade adulta dos primeiros. Verifica-se também um potencial aumento da convivência e entajuda familiares, facilitadas ademais pelas NTIC. Às avós tem sido reconhecido um papel central como agregadoras das famílias, cabendo esta função, especialmente por mediação das mães, muito em particular às avós maternas. Os privilegiados vínculos afectivos entre netos e avós maternas e as múltiplas consequências instrumentais e expressivas que daí derivam parecem justificar propor-se a designação matrilinearidade dos afectos para um campo de investigação próprio, com alta relevância e suficiente autonomia teórica e empírica, no âmbito da Sociologia do Envelhecimento e da Gerontologia Social.

### Sobre Avós e Netos

A transição de uma sociedade em que se verificavam elevadas taxas de fecundidade e mortalidade para uma outra, em que se registam baixos níveis tanto na mortalidade como na fecundidade provocou alterações a vários níveis, nomeadamente, aos níveis da estrutura etária das populações e da estrutura da família.

Relativamente ao nível da estrutura etária das populações, assiste-se na grande maioria das sociedades ocidentais ao fenómeno do envelhecimento, em que o número de indivíduos a alcançar idades cada vez mais avançadas tem crescido quase de uma forma exponencial nos últimos anos. Relativamente aos países mais desenvolvidos entre 1950 e 2012, a população com mais de 65 anos de idade duplicou, passando de 7,9% para 16,0% (António, 2012:143). No caso de Portugal, no mesmo período, a população com 65 e mais anos triplicou, passando de 6,9% para 19,2% como assinalado pelo Instituto Nacional de Estatística ([www.ine.pt](http://www.ine.pt)). Este aumento origina, potencialmente, uma maior convivência intergeracional. Neste sentido, a maior convivência intergeracional pode proporcionar oportunidades para a criação de contactos (se não mesmo de laços) mais frequentes, mais intensos e mais duradouros entre indivíduos de diferentes gerações. Por exemplo, nas relações entre avós e netos, um indivíduo pode desempenhar o papel



de avô durante trinta a quarenta anos e terá uma boa probabilidade de vir a ser bisavô. Szinovacz (1997) sugeriu que, nos Estados Unidos da América, quase um terço dos avós viriam a ser bisavós e fariam parte de famílias de quatro gerações (Harper, 2005:422). E, segundo Hagestad (1988) um quinto das mulheres norte-americanas, com idades superiores a 80 anos, viveriam durante algum tempo em famílias de cinco gerações e desempenhariam o papel de trisavós (idem). Por sua vez, os netos experimentarão contacto com os avós até à sua vida adulta. Os netos de hoje poderão ter a maioria dos avós vivos durante a sua infância e adolescência, e muitos deles terão avós até à vida adulta.

São vários os benefícios que tanto os avós como os netos poderão colher destas relações. Por exemplo, para os avós, o facto de poderem desempenhar o seu papel enquanto tais pode permitir-lhes desenvolver e aumentar o seu bem-estar e motivação face ao desânimo ou à desmoralização resultantes de situações tradicionais de isolamento relativo, como as causadas pela perda do cônjuge, ou pela passagem à reforma, com as consequentes perdas em estatuto social e nível de rendimentos. Podendo, também, beneficiar da assistência dos netos, não só de natureza instrumental (por exemplo, acompanhamento nas idas ao médico ou às compras) como também afectiva e emocional (companhia, lazeres, etc.) (António, 2007:17).

Neste quadro seria impossível ignorar hoje o papel das Novas Tecnologias da Informação e da Comunicação (NTIC), da Engenharia Genética e das Biotecnologias. Quanto às NTIC, amplamente estudadas neste contexto pelo Professor Millán Calenti (Calenti, 2002: esp. pp. 56 sgts.; Calenti (coord.), [2005]), permito-me ilustrar com aquilo a que chama “videoconferência doméstica” (Calenti, 2002:59), dado que Portugal foi um dos países pioneiros no estabelecimento de contactos diários, por videoconferência, entre familiares de diferentes gerações, separados pela geografia ou pela emigração. Este projecto, foi desenvolvido pela Universidade de Aveiro, nos anos 80 do século passado, com o apoio do sector português das telecomunicações, sendo hoje o processo imensamente facilitado pela vulgarização dos computadores pessoais, de programas simples e gratuitos (como o Skype) e pelo aumento da literacia tecnológica, neste domínio, entre a generalidade da população, o que permite contactos cara a cara virtuais de indivíduos que, de outra maneira, se veriam restritos a visitas ocasionais ou a trocas telefónicas e escritas (desde a carta ao email). O que, naturalmente, conjugado com a vulgarização do telemóvel (com muito alta capitação em Portugal) e com a baixa de tarifas intra-operadores, tem facilitado senão mesmo estimulado novas formas de interacção, entreajuda e proximidade psicológica entre gerações. Por outro lado, as enormes promessas (e ameaças) da Engenharia Genética e Biotecnologias têm prenunciado alterações radicais, tanto no bem-estar como na longevidade saudável das populações em geral, já para não referir na própria definição do género humano (para uma visão geral, profunda, documentada e pensada destas questões, veja-se Martins, 2011).

\*\*\*

Para os netos, os avós podem representar mais um apoio adicional a que podem recorrer, para além dos pais, concorrendo para a satisfação de necessidades tanto instrumentais como expressivas. Os avós, muitas vezes, tornam-se na primeira ajuda de reserva para a família em tempo de crise. Como são, por exemplo, as situações de divórcio, nas quais o papel dos avós pode ser muito importante, porque representam uma fonte de estabilidade e segurança para os netos (António, 2007; Harper, 2005).

Quanto à estrutura das famílias, verifica-se o aumento de mais gerações em coexistência, mas menos membros por família, fenómeno denominado, como verticalização das famílias (Bengtson et al.1990). De facto, está a aumentar o número de indivíduos que vivem parte das suas vidas como membros de famílias de três e quatro gerações (Harper, 2004) e, em alguns casos, de cinco ou seis gerações (Hoff, 2009:246), verificando-se também o aumento da proporção de avós. Daí que, a condição de avós e respectivos papéis, designadamente no que respeita aos netos, assumam uma relevância cada vez maior nas sociedades contemporâneas ocidentais.

Vários estudos concluíram que, os indivíduos adultos que mantiveram relações muito próximas com os seus avós tendem a ser mais positivos na valoração e nas atitudes para com as pessoas mais idosas (Downs & Walz, 1981). Como também, se verificou que, as crianças que tiveram relações muito próximas com os seus avós tendem a ter relações muito afectivas com os seus netos, duas gerações depois (Kivnick, 1982).

\*\*\*



Segundo Bengtson e Robertson (1985), o papel de avô deve ser, certamente, um dos papéis sociais mais antigos da experiência humana, mas que só há pouco se tornou objecto de atenção científica, com o crescente número de indivíduos a chegar a idades mais avançadas, o que lhes permite viver tempo suficiente para serem avós (António, 2010:24).

Da análise a estudos realizados sobre avós, emergem dois temas principais, i) diversidade e heterogeneidade no desempenho do papel de avós e ii) lugar simbólico dos avós e os múltiplos significados que os avós têm para as gerações mais jovens nas sociedades actuais.

Relativamente ao primeiro tema - diversidade e heterogeneidade no desempenho de papel de avós – destacam-se quatro dimensões que permitem identificar diferentes desempenhos e que se reflectem nas diferenças contemporâneas de ser avô. São elas, 1) alterações que vão ocorrendo ao longo do tempo – não só no estilo de ser avô, como também, no desempenho do papel de avô e bisavô; 2) diferenças entre homens e mulheres no desempenho do papel de avós (as avós mantêm, geralmente, relações de maior proximidade com os netos do que os avós); 3) diferenças entre os avós mais velhos e os mais jovens: os avós mais velhos tendem a ser mais formais, enquanto que os avós mais jovens tendem a desempenhar o papel de maneira informal e até de modo mais lúdico; 4) diferenças entre grupos étnicos: os avós de determinado grupo étnico podem, por exemplo, tender a envolverem-se mais com os netos do que avós de outra etnia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Num estudo realizado por Bengtson sobre os contrastes no desempenho do papel de avós com indivíduos americanos de diferentes grupos étnicos, nomeadamente, "Mexicanos", "Negros" e "Branços", registaram-se diferentes resultados. Assim, relativamente ao contacto com os netos, ao grau de satisfação e às expectativas quanto à entajuda intergeracional quando forem mais velhos, dos três grupos, são os mexicanos que registam os maiores resultados, seguindo-se os afro-americanos e depois os anglo-americanos (Bengtson, 1985:18-19).

Quanto ao segundo tema - o simbolismo e os múltiplos significados que os avós têm para as gerações mais jovens nas sociedades actuais - são referidas por Bengtson (1985) cinco dimensões: 1ª. – De esteios (simply being there), protegendo a geração seguinte do receio da morte e da ameaça de serem os próximos a morrer; 2ª. – De âncora, oferecendo uma influência tranquilizadora – uma âncora de estabilidade (an anchor of stability) – em situações de ruptura, como a situação de divórcio; 3ª. – De guardiões e protectores (national guard ou family watchdog), para proteger de desastres ou para providenciar ajuda sempre que necessário; 4ª. – De árbitro (arbitrator function), função que facilita a negociação activa dos valores e comportamentos entre os pais e filhos, com o objectivo de manter a continuidade familiar e o desenvolvimento individual; 5ª. – De participantes activos na construção da história familiar, através da interpretação autobiográfica da continuidade entre passado, presente e futuro, no quadro da família.

Numa breve revisão dos estudos realizados sobre as relações que os netos estabelecem com os seus avós, tendo como informadores jovens estudantes universitários, verificou-se, relativamente às expectativas e atitudes dos netos para com os avós, que a maioria dos jovens tem atitudes muito favoráveis e revelam que gostam muito dos avós e de estar com eles (Robertson, 1976; Harsthorne e Manaster, 1982; Kennedy, 1992).

No que toca à preferência da linhagem dos avós, verifica-se na maior parte das pesquisas realizadas que a grande maioria dos netos prefere os avós da linhagem materna aos da linhagem paterna (António, 2010, 2009; Hoffman, 1980; Eisenberg, 1988; Kennedy, 1990; Chan & Elder, 2000; Harper et al., 2004). No entanto, em algumas outras esta constatação foi contrariada, no sentido de os netos terem preferência pelos avós da linhagem paterna (Creasey & Kaliher, 1994; King & Elder, 1995; Silverstein & Long, 1998).

Nas investigações realizadas sobre a diferença de género nas relações intergeracionais, nomeadamente as que se estabelecem entre netos e avós, verificou-se que as netas têm relações mais próximas com os avós do que os netos (Barranti, 1985; Eisenberg, 1988).

No que concerne à preferência por algum dos avós, constatou-se que recai sobre a avó materna, sendo relativamente a esta que a grande maioria dos netos refere ter maior proximidade e um maior contacto (António, 2007, 2003; Kahan & Kahan, 1970; Hoffman, 1980; Harsthorne & Manaster, 1982; Matthews & Sprey, 1985; Eisenberg, 1988; Boon & Brussoni, 1996; Brito e Dias e Souza Silva, 2003; Castañeda et al., 2004; Matos e Neves, 2012:203).



## A Matrilinidade dos Afectos

É precisamente a este último aspecto que se refere aquilo a que tenho vindo a chamar a matrilinidade dos afectos (p. e., António, 2010), para designar a proximidade peculiar que a investigação tem frequentemente demonstrado existir entre os netos e respectivas avós maternas, e que veio a sobressair, de novo, surpreendentemente, num estudo que tenho em curso e que voltarei a referir adiante. Apresentarei agora muito sinteticamente o enquadramento específico da questão, para que fique adequadamente clarificada.

Tem sido notado em numerosos estudos realizados designadamente nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha que, no seio das relações entre netos e avós de ambos os sexos, as avós têm um status particularmente destacado, chegando mesmo a ser classificadas como os “avós centrais” (Thompson et al., 1990 e Deuch et al., 1999; cf., p. e., Harper, 2005: 425). Como tive ocasião de referir noutra lugar (António, 2010: 36), este favorecimento matrilinidade das relações deve-se ao tipo de actividades de coesão familiar (kinkeeping activities, Chan et al., 2000: 179-190, in António, 2010: 36) exercidas pelas mães nas teias das entreadjudas familiares, dependendo das respectivas idade, estado de saúde e proximidade geográfica relativamente aos netos. Este papel central das avós por referência aos netos tem sido atribuído aos padrões que tradicionalmente imputam às mulheres um desempenho preponderante e uma competência específica para cuidar dos mais novos, preponderância que perduraria ao longo do ciclo de vida, centrando-se na preservação dos laços intra e intergeracionais.

Por outro lado, estes e outros estudos também têm relevado que, de entre os avós, “os laços estabelecidos entre os netos e os avós maternos são mais próximos, mais significativos e mais satisfatórios do que os laços que unem os netos aos avós paternos” (António, 2010: 36), apesar de estes últimos tenderem, mesmo no caso dos de sexo masculino, a acentuar o carácter expressivo das suas intervenções e presença, ao longo do ciclo de vida. Notei também que o favorecimento matrilinidade que os netos tendem a estabelecer com os avós deve-se, essencialmente, à maior proximidade afectiva e geográfica das mães relativamente a seus pais (ou seja, aos avós maternos). De facto, neste estudo foi ainda observado que numa expressiva percentagem da amostra estudada, os pais dos entrevistados tinham escolhido viver, quando possível, próximos das residências das avós maternas, reforçando-se assim a frequência e intensidade dos contactos, os actos de entreadjudado e o desenvolvimento duradouro de afectos entre as gerações envolvidas e muito em particular no que respeita aos netos. Por fim e para abreviar, “as mulheres de todas as idades tenderão a reter laços mais próximos com os seus filhos e com os seus netos”, sendo “as avós maternas também consideradas mais influentes do que os avós paternos em termos de promover ‘aproximação’ e um ‘sentimento de segurança’” (Harper, 2005, apoiada em Matthews e Sprey, Hagestad e Hyde e Gibbs: 426).

Em suma, a designação matrilinidade dos afectos refere-se especificamente à elevada probabilidade de que, onde exista uma família com três gerações vivas (netos e respectivos pais e avós), as relações de afecto entre netos e avós se exprimirão na maioria das vezes – e por via de opções (de residência, sociabilidade, etc.) induzidas pelos papéis das mães – numa preferência e proximidade afectivas maiores por parte dos netos, relativamente às suas avós maternas.

Os efeitos destas preferências são multímodos, abrangendo as vertentes instrumental e expressiva (António, 2010, *passim*) e podem estender-se a esferas inesperadas, como recentemente se revelou num estudo que tenho em curso, sob orientação do Senhor Professor José Millán Calenti, sobre factores preditivos da escolha de jovens estudantes para irem a trabalhar com a população idosa. Com efeito, para minha surpresa (e perplexidade!) a análise factorial efectuada sobre os resultados dos inquéritos administrados a 620 estudantes de áreas de cuidados formais (medicina, enfermagem, fisioterapia, serviço social), revelou com grande destaque que o factor preditivo mais relevante na escolha dos que desejariam vir a trabalhar com idosos é precisamente... o contacto próximo com a avó materna!

Não é este o lugar próprio para desenvolver este último ponto em particular, mas simplesmente para sublinhar que a matrilinidade dos afectos, atendendo à generalidade do fenómeno e às suas múltiplas consequências também no quadro das relações intergeracionais mereceria talvez essa designação específica e uma redobrada atenção, susceptível de circunscrever um campo específico para um fenómeno também específico, bem caracterizado, teórico e empiricamente restrito, e digno de atenção especial no âmbito da Sociologia do Envelhecimento e da Gerontologia Social.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, S. (2012). "Envelhecimento Demográfico e Relações Intergeracionais" in Rediteia. Revista de Política Social, nº. 45, pp. 139-154.
- António, S. (2010). Avós e Netos: Relações Intergeracionais. A matrilinearidade dos Afectos, Lisboa, ISCSP-UTL.
- António, S. (2009). "A Matrilinearidade dos Afectos. Relações Intergeracionais: Os Netos e os Avós" in Pilar Gonzallo Aizpuru (coord.) e María Pilar Molina Gómez (compiladora), Familias y relaciones diferenciales: Género y Edad, Murcia, Universidad de Murcia, pp. 225-239.
- António, S. (2007). A Matrilinearidade dos Afectos. Relações Intergeracionais: A perspectiva dos Netos. Tese de Mestrado em Sociologia, apresentada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- António, S. (2003). Relações Intergeracionais – Netos e Avós. Um Estudo de Caso, seminário apresentado no âmbito do curso conducente ao mestrado de Sociologia do ISCSP-UTL, Dezembro, 2003.
- Barranti, C. C. (1985). "The grandparent/grandchild relationship: Family resource in an era of voluntary bonds" in Family Relations, 34, pp. 343-352.
- Bengtson, V. L., Rosenthal, C. e Burton, L. (1990). "Families and aging: diversity and heterogeneity" in Binstock, R.H. e George, L. K. (eds.), Handbook of Aging and Social Sciences, New York, Academic Press, pp. 263-287.
- Bengtson V. L. (1985). "Diversity and Symbolism in Grandparental Roles", in Vern L. Bengtson and Joan F. Robertson (eds.) – Grandparenthood, Beverly Hills/London/New Delhi, Sage Publications, pp. 11-25.
- Boon, S. D., and Brussoni, M. J. (1996). "Young Adults' relationships with their "closest" grandparents: Examining emotional Closeness" in Journal of Social Behaviour and Personality, 3, pp. 439-458.
- Calenti, José C. Millán (2002) – Los Mayores e Internet (A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias).
- Calenti, José Carlos Millán (coord.) (2005) – Mayores, accesibilidad y nuevas tecnologías de la información y comunicación (s/l: Universidade da Coruña).
- Castañeda, P. J., Sánchez, D., Sánchez, A. e Blanc, S. (2004). "Como perciben los nietos adultos las relaciones con sus abuelos" in Anuário de Psicología, 35 (1), pp. 107-123.
- Chan, C. G. and Elder, G. H., Jr. (2000). "Matrilineal Advantage in Grandchild-Grandparent Relations" in The Gerontologist, 40, pp. 179-190.
- Creasy, G. L. (1993). "The Association Between Divorce and late Adolescent Grandchildren's Relations with Grandparents" in Journal of Youth and Adolescence, Vol. 22(5), pp. 513-529.
- Dias, C. M., S., Brito e Silva, M. A. S. (2003). "Os Avós na Perspectiva de Jovens Universitários" in Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, pp. 55-62.
- Downs, C. and Walz, P. (1981). "Escape from the rocking chair: young adults changing perceptions of elderly persons as a function of intergenerational contact" in Psychological Reports, 49, pp. 187-189.
- Eisenberg, A. R. (1988). "Grandchildren's Perspectives on Relationships with Grandparents: The Influence of Gender Across Generations" in Sex Roles, Vol. 19(3/4), pp. 205-217.
- Hartshorne, T.S. & Manaster, G. J. (1982). "The relationship with grandparents: Contact, importance, role conceptions" in International Journal of Aging and Human Development, 15, pp. 233-245.
- Harper, S. (2009). "Uma abordagem às implicações do envelhecimento global" in O Tempo da Vida. Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 79-104.
- Harper, S. (2005). Grandparenthood in Malcolm L. Johnson (ed.), The Cambridge Handbook of Age and Ageing, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 422-428.
- Harper, S. (2004). "Papéis dos Avós nas famílias multigeracionais dos nossos dias", comunicação apresentada no I Congresso dos Avós, organizado no âmbito das Comemorações do 10º. Aniversário do Ano Internacional da Família, pela Universidade Católica, 26-27 de Novembro de 2004.
- Harper, S., Smith, T., Lechtman, Z., Ruchiva, I., and Zeilig, H., (2004). Grandmother care in lone parents families, Oxford, Oxford Institute of Ageing, Research Report.
- Hoff, A. (2009). Alteração das Relações Intergeracionais nas Sociedades Europeias" in O Tempo da Vida. Fórum Gulbenkian de



Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 232-263.

Hoffman, E. (1980). "Young Adults' Relations with their Grandparents: An Exploratory Study" in *International Journal of Aging and Human Development*, 10 (3), pp. 299-310.

Kahana, B. & Kahana. E. (1970). "Grandparenthood from the perspective of the developing grandchild" in *Developmental Psychology*, 3, pp. 98-105.

Kennedy, G. E., (1992). "Quality in grandparent-grandchild relationships" in *International Journal of Aging and Human Development*, 35(2), pp. 83-89.

King, V. and Elder, G. H, Jr. (1995). "American Children View Their Grandparents: Linked Lives Across Three Rural Generations" in *Journal of Marriage and Family*, 57, pp. 165-178.

Kivnick, H. (1982). "Grandparenthood: an overview of meaning and mental health" in *The Gerontologist*, 22(1), pp. 59-66.

Matos, A. e Neves, R. (2012). "Understanding adolescent grandchildren's influence on their grandparents" in Sarah Arber & Virpi Timonen (eds.), *Contemporary grand parenting. Changing family relationships in global contexts*, Bristol, The Policy Press, pp. 203-224.

Martins, Hermínio (2011) – *Experimentum Humanum*. Lisboa, Relógio d'Água.

Matthews, S. H. & Sprey, J. (1985). "Adolescents' Relationships with Grandparents: An Empirical Contribution to Conceptual Clarification" in *Journal of Gerontology*, Vol. 40, N°. 5, pp. 621-626.

Robertson, J. F. (1976). "Significance of Grandparents: Perceptions of young adult grandchildren" in *The Gerontologist*, 16, pp. 137-140.

Silverstein, M. and Long, J. D. (1988). "Trajectories of Grandparents' Perceived Solidarity with Adult Grandchildren: A Growth Curve Analysis over 23 Years" in *Journal of Marriage and the Family*, 60, pp. 912-923



## Sonia Caldas Novás

---

### Gerente de la Federación Down Galicia.

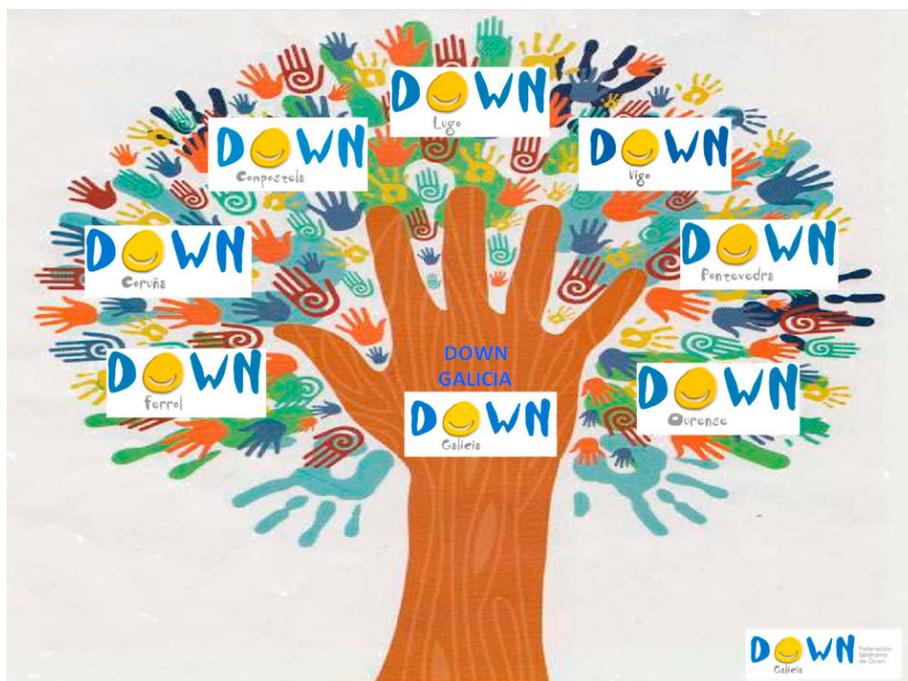
Sonia Caldas Novás nacida en Moraña (Pontevedra) en el año 1978, Licenciada en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad de Santiago de Compostela en el año 2002, cursado el Master en Administración Financiera y Tributaria de la Universidad de Santiago de Compostela de la promoción 2002-2003.

Desde octubre del 2004 desempeña su labor profesional en la Federación DOWN GALICIA, siendo durante 8 años técnico responsable de Administración-Gestión y desde noviembre del 2012 desempeñando el puesto de Gerente de la entidad.

## DOWN GALICIA. FEDERACIÓN AUTONÓMICA GALLEGA QUE AGLUTINA Y UNE A SUS SIETE ENTIDADES MIEMBRO

### UN POCO DE HISTORIA

- 1998 Nace Down Galicia (ya éramos cinco entidades)
- 2000 Adhesión a Down España.
- 2004 Adhesión al CERMI GALICIA
- 2005 Primeras personas con DI
- 2006 Declarada de UTILIDAD PÚBLICA y Acogida a la ley de Mecenazgo
- 2007 Cambio a la sede actual
- 2010 Adhesión EAPN.
- 2011 Certificación Calidad todo el Servicio Promoción Autonomía Personal(SEPAP)
- 2013 Se inicia trabajo en Área Envejecimiento Activo
- 2014 Firma del convenio de colaboración con SGXX



## MISIÓN: NUESTRA RAZÓN DE SER

Coordinar, apoyar e impulsar la labor de contribución de las entidades miembro hacia la mejora de la calidad de la vida de cada persona con síndrome de Down y con discapacidad intelectual y de sus familias, a través de la plena inclusión social y de la utilización de los recursos ordinarios de la comunidad, asumiendo lo establecido en la Convención de Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad.



"Nunca andes por el camino trazado,  
porque él sólo conduce adonde ya fueron otros."

— Alexander Graham Bell (1847 - 1922)

Científico, logopeda e inventor del teléfono





## OBJETIVO. HACIA DONDE CAMINAMOS.

Conseguir que las personas con síndrome de Down y discapacidad intelectual consigan la mayor autonomía posible, ser protagonistas de sus vidas tomando sus propias decisiones y ser ciudadanos activos formando parte de la sociedad de forma visible e inclusiva.



## SIGNOS DE IDENTIDAD

- » Diversidad: Lo normal es que seamos diferentes.
- » Dignidad: Soy una persona.
- » Autodeterminación: Vivo mi vida.
- » Igualdad de oportunidades: Como tú, puedo con apoyo.
- » Inclusión: Mi exclusión es el fracaso de todos.

CALIDAD DE VIDA; Participación, ciudadanía, accesibilidad y cumplimiento de Derechos humanos

Toda iniciativa, apoyos o programas deben preservar estos signos de identidad. Nuestra búsqueda va siempre dirigida a facilitar el acceso a los recursos y a las actividades en los lugares a los que acude todo el mundo. Para ello, sabemos que debemos crear vínculos de colaboración que nos permitan promover el ejercicio de los derechos de las personas.



## SERVICIOS DOWN GALICIA

El MOVIMIENTO DOWN en GALICIA enfoca todo su trabajo hacia un servicio integral de atención a personas con síndrome de Down y/o discapacidad intelectual de promoción de su autonomía personal (SEPAP), organizado en 6 grandes áreas de actuación que pretenden ser un apoyo a lo largo de TODA la vida:



## ENVEJECIMIENTO



Mientras caminamos....nos estamos haciendo MAYORES

## NUESTRO PUNTO DE PARTIDA

- » Aumento de la esperanza de vida de las personas con síndrome de Down/ discapacidad intelectual.
- » Personas usuarias de entidades relativamente jóvenes que están envejeciendo en nuestros servicios.
- » Cambio en el perfil de la persona con DI o SD: de un perfil dependiente al de una persona activa, con mayores cotas de participación y autodeterminación, experiencias formativas y de empleo.



TRAMOS EDADES PERSONAS USUARIAS	TOTAL DOWN GALICIA *	
Menos de 14 años	145	537 personas usuarias jóvenes
De 14 a 25 años	249	
De 26 a 30 años	93	
De 31 a 34 años	50	
De 35 a 39 años	26	66 personas usuarias en proceso de envejecimiento
De 40 a 49 años:	27	
De 50 a 59 años	12	
De 60 años o mas	1	
<b>TOTAL</b>	<b>603</b>	<b>* Datos a Mayo 2014</b>

Estadísticas; 254.762 personas con discapacidad intelectual en España, de las cuales 12.682 están en Galicia.

## Nos enfrentamos a un nuevo reto... ENVEJECER

- » manteniendo nuestras señas de identidad como movimiento -ofreciendo alternativas inclusivas
- » promoviendo la visibilidad del colectivo de personas mayores con Síndrome de Down y Discapacidad Intelectual
- » avanzando en el conocimiento de las necesidades de este grupo de personas en relación con su envejecimiento y con las particularidades que presentan en este proceso
- » ofreciendo respuestas adecuadas
- » escuchando sus voces y teniendo en cuenta sus propuestas -creando vínculos con los profesionales y recursos comunitarios que trabajan con el colectivo de mayores.

También sabemos que andar este camino, siempre lo haremos mejor acompañados...

## “EN PRIMERA PERSONA”; ENVEJECIMIENTO Y SÍNDROME DE DOWN; DEMANDAS DE LAS PERSONAS QUE SE HACEN MAYORES

### NUESTROS OBJETIVOS

Un modelo de calidad de vida, centrado en los ejes de autodeterminación y participación inclusiva, que garantice una atención global de la persona usuaria y a lo largo de toda su vida, optimizando su bienestar físico, social y mental.

Avanzar en el conocimiento de este colectivo de mayores y de sus particularidades, por parte de los profesionales de la geriatría y gerontología, con el fin de adaptar los procedimientos de diagnóstico de trastornos ligados al envejecimiento, favoreciendo así una mejor y más ajustada atención a estas personas.

Contemplar las particularidades del colectivo en el acceso a recursos dirigidos a mayores, ya que la mayoría de las personas con discapacidad intelectual comienzan a envejecer de forma precoz. En muchos casos con 35-40 años comienzan a apreciarse signos



evidentes de envejecimiento a nivel físico e incluso cognitivo.

## Y... EMPEZAMOS A TRABAJAR...

- » Constitución de una comisión de envejecimiento activo.
- » Recopilación necesidades de las entidades Down.
- » Creación de un fondo bibliográfico.
- » Convenio Down Galicia- SGXX.
- » Formación a profesionales.
- » Acciones de difusión, sensibilización, información...
- » Elaboración de material de difusión.
- » Inicio diseño de un programa de envejecimiento activo.

## CONVENIO SGXX-Down Galicia. UN OBJETIVO COMPARTIDO

Finalidad de la firma del Convenio de colaboración entre la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SBXX) y Down Galicia;

Puesta en marcha y desarrollo de medidas de avance en el proceso de envejecimiento activo y saludable de las personas con síndrome de Down / Discapacidad Intelectual, para colaborar de forma compartida en varias propuestas, principalmente en la adaptación de los procedimientos de diagnóstico de trastornos ligados al envejecimiento de las personas con síndrome de Down / Discapacidad Intelectual.

## CONVENIO SGXX-Down Galicia. Propuestas Colaboración

Convenio de colaboración entre la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SBXX) y Down Galicia;

- » Intercambio de información.
- » Asesoramiento y trabajo compartido.
- » Buscar fórmulas para mejorar el proceso de envejecimiento del colectivo.
- » Promover acciones para una mayor participación de las personas mayores con discapacidad intelectual en programas y servicios de la comunidad.
- » Colaboración en las actividades de formación y sensibilización
- » Promover la elaboración, publicación y difusión de materiales adecuados



No te preocupes por los  
pasos que das, sino por las  
huellas que dejas.





## Sandra Peña Díaz

Responsable área de Autonomía e Inclusión Social. Down Pontevedra, Xuntos Pontevedra.

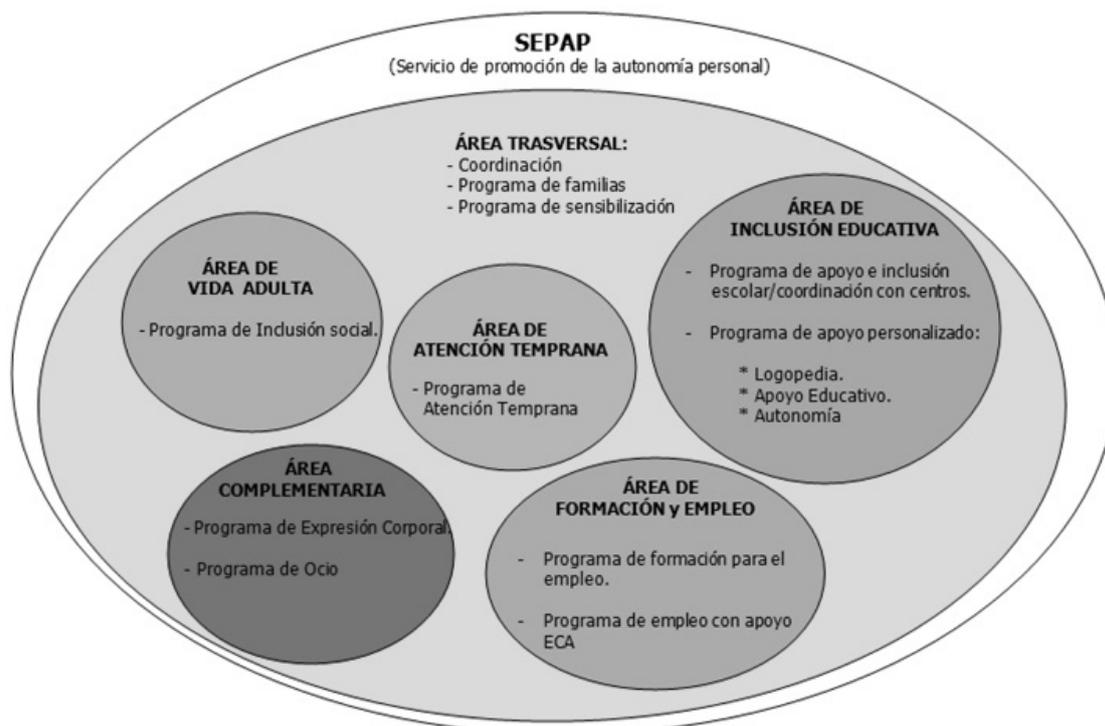
Sandra Peña Díaz nace en Pontevedra en el año 1984. Se diploma en Educación Social y licencia en Psicopedagogía por la Universidad de Santiago de Compostela en los años 2005 y 2008, recientemente se ha graduado en Trabajo Social por la UNED.

Desde el año 2008 desempeña su labor profesional en la Asociación Down Pontevedra XUNTOS, siendo responsable de los programas de Autonomía e Inclusión Social. En este último programa trabaja con personas con Síndrome de Down y discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.

## ENVEJECIMIENTO Y SÍNDROME DE DOWN

La Asociación Down Pontevedra "Xuntos" trabaja sin ánimo de lucro, desde 1991 con el objetivo de alcanzar la inclusión personal, familiar, educativa y laboral de las personas con Síndrome de Down y/u otra discapacidad intelectual; desde el momento del nacimiento hasta la etapa de la vejez.

Por ello el trabajo realizado con las personas usuarias del Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (SEPAP) se estructura en torno a seis áreas que a su vez se subdividen en distintos programas que abarcan todo el ciclo vital de las personas con Síndrome de Down y otras discapacidades intelectuales:



Envejecimiento de las personas con Síndrome de Down y Enfermedad de Alzheimer.

La esperanza de vida actual de las personas con Síndrome de Down se sitúa a partir de los 60 años. Los adultos con SD pasan por un "envejecimiento acelerado", no se sabe cuál es el motivo pero se considera que está relacionado con los genes del cromosoma 21 que están asociados al proceso de envejecimiento.

La experiencia del envejecimiento acelerado puede verse desde el punto de vista médico, físico y funcional. Muchas familias observan que las personas con SD parecen "perder energía" una vez se acercan a los 50 años.

Existe una estrecha relación entre el síndrome de Down y la enfermedad de Alzheimer pero resulta difícil concretarla en términos prácticos. La tasa media de prevalencia de enfermedad de Alzheimer en el síndrome de Down parece estar alrededor del 15%, y aumenta con la edad.

La media de edad a la que se inicia en la población con síndrome de Down es considerablemente más baja: unos 20 años antes que en la población general.

Exposición de un caso práctico:



Pepe comienza a asistir al programa de Inclusión Social de la Asociación Down Pontevedra "Xuntos" a la edad de 53 años. Nunca ha estado escolarizado: no tiene lectoescritura, no conoce los números, los colores. También existen dificultades para la comunicación. La mayor parte de su vida se ha desarrollado en el ámbito rural, realizando tareas propias de la agricultura.

Durante los primeros años se observa una adquisición continuada de habilidades. Se trabajan actividades de prevención tales como: Estimulación cognitiva (actividades de atención y memoria); Habilidades sociales y de comunicación; Actividad física; Cuidado de la



alimentación y los líquidos; Adaptación del mobiliario familiar y en el centro; y elaboración de grupos de relación y encuentro (grupo de ocio ajustado a sus necesidades e intereses).

En el año 2013 las profesionales que trabajan con Pepe comienzan a detectar signos de alerta de una posible demencia:

**Pérdida de memoria a corto plazo.** Dificultad para recordar acontecimientos recientes, aprender y recordar nombres.

**Empeoramiento de la motricidad fina.** Dificultades a la hora de utilizar el tenedor y del pan a la hora de la comida, dificultad para poner la pasta de dientes en el cepillo.

**Empeoramiento de la capacidad para secuenciar tareas familiares:** Dificultad para realizar tareas que con anterioridad hacía correctamente como poner la mesa, colgar el abrigo en el perchero o abrir la puerta.

**Cambios físicos:** Aumento del soliloquio por las noches, cuando antes no lo hacía, aparece incontinencia urinaria nocturna. También tiene dificultades para tragar. Dificultades en la marcha, mayor lentitud, tambaleo cuando está parado, percepción deficiente de la profundidad.

**Desorientación espacial:** Se pierde en la casa, cuando antes llegaba directamente a la habitación ahora entra en habitaciones que no solía entrar, parece desorientado.

**Fluctuaciones del estado de ánimo y conducta:** Actitud terca y negativa de cara a cualquier actividad, aunque le gustara hacerla (ir a la cafetería, ir a la playa...), En esos momentos no atiende a razón e incluso muestra actitudes “agresivas” que nunca antes había presentado. No mantiene contacto visual y repite las mismas frases continuamente.

Ante esta situación se informa a la familia y esta comienza a visitar diferentes especialistas, existiendo grandes dificultades para establecer un diagnóstico preciso.

## Conclusiones:

Es muy difícil diferenciar entre el grado de déficit intelectual previo y el deterioro cognitivo asociado a la edad y/o a la demencia.

Por ejemplo el MEC de Lobo evalúa 11 áreas en las que las personas con SD ya tienen dificultades independientemente del proceso de envejecimiento.

Aunque las lesiones cerebrales sean las mismas que las del resto de personas con alzhéimer, su forma de inicio -mucho más agresiva y rápida- y su presentación clínica -mucho más variada en síntomas- hacen que no sea posible aplicar las mismas herramientas para el diagnóstico.

Debemos aunar esfuerzos y compartir conocimientos para que las personas con SD tengan un envejecimiento lo más activo y positivo posible; y, en caso de una demencia, articular estrategias que permitan una detección temprana de la misma, para conseguir una mejor calidad de vida de la persona con SD y su familia.

## Bibliografía:

Envejecimiento y Síndrome de Down. Una guía de salud y bienestar. NDSS.



Enfermedad de Alzheimer y Síndrome de Down. Jesús Flórez.

Bienestar mental en los adultos con SD. Dennis McGuire y Brian Chicoine.



## Pilar Villaverde Souto

---

Responsable del programa de apoyo al Envejecimiento Activo de personas con discapacidad intelectual en FADEMGA.

Diplomada en Educación Social y especializada en animación sociocultural y desarrollo comunitario por la universidad de Santiago de Compostela. También es Licenciada en psicopedagogía por la universidad de Santiago de Compostela.

Actualmente trabaja como educadora social en FADEMGA FEAPS GALICIA (Federación de Asociaciones en Favor de Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia).

Anteriormente trabajó como educadora social ASPA (Asociación de padres de Personas con Discapacidad Intelectual), como educadora familiar en el Ayuntamiento de Santiago de Compostela y como orientadora en la Fundación Preescolar en casa.

## DISCAPACIDADE INTELECTUAL E ENVELLECIMENTO

FADEMGA FEAPS GALICIA é a Federación de asociacións en favor das persoas con discapacidade intelectual de Galicia. Fundouse no ano 1979 por iniciativa de 5 asociacións; actualmente está formada por 42 entidades das catro provincias galegas. A súa vez forma parte de FEAPS (Confederación española de organizacións en favor das persoas con discapacidade intelectual), xunto con outras 16 Federacións autonómicas.

Entre as diferentes accións que desenvolve, está o Programa de Apoio o envellecemento activo de persoas con discapacidade intelectual e do desenvolvemento.

Este programa está subvencionado polo Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade con cargo ó IRPF.

FADEMGA FEAPS GALICIA comezou a desenvolver este programa no ano 2005.

Nun primeiro momento centrouse en coñecer a realidade das persoas con discapacidade intelectual en proceso de envellecemento. É neste primeiro momento no que se leva a cabo o estudo Discapacidad intelectual y deterioro cognitivo en las personas en proceso de envejecimiento, realizado polo Grupo de Investigación en Xerontoloxía do Departamento de Medicina da Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade de Coruña, quen contou para a súa realización coa colaboración de dúas entidades pertencentes a FADEMGA.

A partir do ano 2008, concentrou os seus esforzos en dotar as entidades de ferramentas e recursos para dar resposta as necesidades e demandas deste novo colectivo (persoas con discapacidade intelectual en proceso de envellecemento).

Principais accións que se levan a cabo, no marco deste Programa:

- » Actividades con persoas con discapacidade intelectual en proceso de envellecemento: talleres de estimulación cognitiva, actividades de mobilidade, etc.
- » Accións coas familias: información e asesoramento, grupos, etc.



## Ángeles Sabarís

---

### USUARIA DE DOWN PONTEVEDRA “XUNTOS”, EN LA MESA REDONDA “ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Buenas tardes a todos y todas:

Mi nombre es Ángeles Sabarís Villar, tengo 34 años y Síndrome de Down.

Desde pequeña mi familia y yo hemos apostado por mi inclusión en la sociedad. Primero en el colegio, siendo de las primeras en ir a un colegio público ordinario: el Isidora Riestra en Poio, y desde 2001 en mi trabajo como auxiliar respiratorio en el Balneario de Cuntis.

Ahora llegará otra etapa, la del envejecimiento. Quiero seguir cuidándome para tener una buena salud y realizar actividades que me mantengan activa el mayor tiempo posible. Quiero seguir teniendo un ocio normalizado con mis amigos y amigas, de forma autónoma e independiente.

Tanto Isabel (compañera de Down Pontevedra “Xuntos” de 51 años que asiste al programa de Inclusión Social) como yo, seremos personas mayores con Síndrome de Down que vamos a necesitar atención de expertos y expertas en geriatría y gerontología.

Os pedimos, por tanto, que conozcáis las características de nuestro envejecimiento para recibir la atención de calidad a la que tenemos derecho.

Muchas gracias.



XXVI CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA



**SÁBADO 21 DE JUNIO**



## Jesús Marcial Méndez Magán

---

Subdirector Xeral de Planificación e Innovación. Secretaría Xeral de Política Social. CONSELLERÍA DE TRABALLO E BENESTAR XUNTA DE GALICIA.

Es Licenciado en Derecho por la Universidad de Vigo y posee el Diploma de Estudios Avanzados en Derecho por la misma Universidad. Tiene el título de Máster Universitario en Unión Europa por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) así como el Diploma de Dirección Económico Financiera de las Entidades Locales (Instituto Nacional de Administración Pública – Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas).

Es funcionario de carrera de la Administración Local (Técnico Superior, subgrupo A1) desde el año 2004. Ha desempeñado cargos de responsabilidad en los Ayuntamientos de Pontevedra y Ourense y desde el año 2013 es el Subdirector General de Planificación e Innovación de la Secretaría General de Política Social (Consejería de Trabajo y Bienestar, XUNTA DE GALICIA).

## RETOS Y OPORTUNIDADES DEL SECTOR EN GALICIA

### Abstract

El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en la salud pública, la atención sanitaria y los servicios sociales, así como la adopción de determinados estilos de vida condiciona en parte las características del envejecimiento en nuestros días, sobre todo lo relativo a aquellas personas en situación de dependencia o en riesgo de padecerla.

Este nuevo contexto obliga a las Administraciones Públicas a la búsqueda de un sistema que permita tanto el establecimiento del elemento preventivo en vez del asistencial como la racionalidad económica y solidaria con las futuras generaciones. La innovación, desde todos sus puntos de vista, es un elemento fundamental en la búsqueda de este nuevo sistema basado en la calidad de vida y la sostenibilidad.

### Ponencia

La población gallega vive cada vez más años. La esperanza de vida continúa creciendo y las personas mayores forman un colectivo cada vez más numeroso. Actualmente, más del 23% de los gallegos superan los 65 años y las previsiones indican que en menos de una década su número será superior al 30%. Por lo tanto, los mayores tienen un peso cuantitativo creciente en nuestra sociedad.

Desde el Gobierno de Galicia se está trabajando para que ese peso también crezca a nivel cualitativo. Uno de los objetivos prioritarios de la Xunta de Galicia es que los mayores, además de vivir más años, lo hagan con la mayor calidad de vida posible.

Para ello es fundamental conseguir que afronten esta etapa como una más de la vida:

- » Facilitando que sea sana y confortable.
- » Fomentando su participación en la sociedad.
- » Y promoviendo la idea de que se está aprendiendo a lo largo de toda a vida, y que nunca es tarde para iniciar nuevos



proyectos y relacionarse con nuevas personas.

Todos estos factores pueden resumirse en un único concepto: el envejecimiento activo. De esta forma:

- » La actividad contribuye a la salud frente a los malos hábitos que supone el sedentarismo.
- » También permite a los mayores conocer y mantener relación con las personas de distintas generaciones.
- » Y les permite intercambiar conocimientos, aportando valor a la sociedad con su experiencia y aprendiendo a su vez del dinamismo de los jóvenes.

En el campo del envejecimiento activo, Galicia está dando importantes pasos hacia adelante. Así, en 2013, la Comisión Europea nombró a Galicia "Región de Referencia" en el Partenariado Europeo sobre Envejecimiento Activo y Saludable, por los avances en la materia, especialmente en el ámbito de las nuevas tecnologías, valorando, sobre todo, la implantación de receta electrónica y la historia clínica electrónica.

Por lo tanto, Galicia, ante el reto que supone contar con una población envejecida, con una de las mayores esperanzas de vida del mundo, y con una alta dispersión geográfica (la mayor de España) debe afrontarlo como una oportunidad. Oportunidad para cambiar el sistema establecido, buscando el paso de un sistema asistencial a uno preventivo, que redunde no sólo en la propia sostenibilidad del sistema sino en la mejora de la calidad de vida de las personas, haciendo que vivan libres de dependencia el mayor tiempo posible.

Para ello, el Gobierno Gallego está realizando toda una serie de actuaciones, entre las que destacan:

- a. La aprobación de la Estrategia para la Prevención y Detección Precoz de la Dependencia en Galicia, HORIZONTE 2020.
  - b. El establecimiento del sistema de carteras de servicios sociales.
  - c. La implantación del Índice de Envejecimiento Activo.
  - d. Las tecnologías de la información y la comunicación como medio de mejora de la calidad de vida de las personas mayores.
- a) La Estrategia para la Prevención y Detección Precoz de la Dependencia en Galicia, HORIZONTE 2020.

El Gobierno de la Xunta de Galicia, a través de la Consejería de Trabajo y Bienestar (Secretaría General de Política Social) puso en marcha en 2012 una nueva iniciativa que se presentaba como necesaria para la Comunidad: la elaboración de una estrategia marco para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia.

La razón principal de esta decisión se encuentra en la consideración de la prevención de la dependencia como un acto de priorización de intervenciones públicas en el ámbito social para la mejora de la calidad de vida de la población gallega, así como de racionalidad económica y solidaria con las futuras generaciones. La protección y mejora de la calidad de vida de las personas es fundamental para que Galicia pueda crecer y ser sostenible y es necesario que en esta tarea se impliquen todas las administraciones públicas, las entidades privadas y las personas que integramos el cuerpo social y político de esta comunidad autónoma. Es preciso reforzar el compromiso con el envejecimiento activo y el bienestar de las personas mayores y personas con discapacidad, un colectivo prioritario para la Xunta de Galicia.

El Gobierno Gallego, consciente de todo esto y de que el enfoque preventivo es una de las claves más efectivas para lograr un envejecimiento activo y una forma también de atención a la dependencia, ya que contribuye a una autonomía personal más duradera, aprobó el 16 de mayo de 2013 la Estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, horizonte 2020, con un abordaje que constituye una importante responsabilidad social y política y el compromiso con un modelo sociosanitario y educativo mejor preparado para afrontar la prevención desde todos los ámbitos.



A través de esta estrategia se establecen una serie de objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización y funcionamiento de los diferentes servicios (sociales, sanitarios y educativos) de cara a una mejora de las condiciones de vida de las personas en términos de salud y autonomía personal, a la prevención de los factores de riesgo y de limitaciones funcionales y a la atención integral. Son propuestas de actuación que se deberán ir concretando en los próximos años para la consecución de los objetivos definidos y con la colaboración de todas las administraciones, agentes sociales y colectivos implicados.

La concienciación social en relación con la adopción de hábitos de vida saludables, el aumento de la esperanza de vida libre de dependencia y la mejora de la calidad de vida de las personas que se encuentran ya en una situación de dependencia son objetivos de esta estrategia, que marcará la hoja de ruta de las políticas de prevención y promoción de la autonomía personal en los próximos años.

La estrategia se elaboró con un enfoque fundamentalmente participativo, con una respuesta de casi el 70% de las personas y entidades convocadas en grupos de trabajo y casi la mitad en el nivel de respuesta de los grupos de investigación universitarios consultados. También se llevó a cabo un intenso trabajo de diagnóstico de la situación en base a fuentes secundarias de datos estadísticos y otras fuentes documentales relacionadas con la materia.

Entre los diversos enfoques metodológicos de un proceso de planificación estratégica, se adoptó para esta iniciativa un procedimiento basado en una metodología dirigida a la consulta, contraste y formulación de propuestas por parte de las administraciones, organizaciones que trabajan en el sector de la dependencia en toda a su amplitud, colegios profesionales, agentes sociales, grupos de investigación, etc.

Este enfoque basado en la participación responde a dos razones fundamentales:

- » La necesidad de conseguir un consenso para la elaboración de la Estrategia.
- » La posibilidad de concretar una Estrategia conformada como marco de trabajo que incorpore las propuestas, sugerencias y demandas reales y prioritarias de los diferentes grupos de interés.

En la Estrategia se repiten dos conceptos que debemos analizar, como son la “autonomía personal” y la “situación de dependencia”.

La autonomía personal es posible mismo en situaciones de graves limitaciones físicas y psíquicas, aunque la complejidad de esta relación viene marcada por la capacidad de las personas para enfrentarse con sus propias limitaciones, con la finalidad de alcanzar las mayores cuotas de autonomía personal.

La prevención de la dependencia englobaría todas las acciones encaminadas a impedir, minimizar y/o retrasar la aparición o el agravamiento de situaciones de dependencia en personas afectadas por enfermedades o trastornos que la generan, de manera que el objetivo no es otro que conseguir la mayor autonomía posible a pesar de las limitaciones personales. Todos los esfuerzos para evitar que una persona llegue a encontrarse en situación de dependencia, o para su recuperación, cuando ésta es reversible, redundará en beneficio de la totalidad del sistema, y por lo tanto, en su sostenibilidad, por lo que las medidas que tengan como objetivo una actuación preventiva y precoz deben ocupar un lugar preferente de las políticas públicas, ya que contribuyen a aumentar la esperanza de vida libre de dependencia y, por lo tanto, a mejorar las condiciones de vida de las gallegas y de los gallegos.

De aquí, la necesidad de contar con esta estrategia para la prevención y la detección precoz de la dependencia como marco definidor de las actuaciones a llevar a cabo en este campo.

Esta iniciativa es importante por diferentes razones:

- e. De justicia social: porque es de justicia que cualquier sistema sociosanitario y educativo vele por garantizar una mejor calidad de vida de la población de su ámbito de influencia; que el sistema de protección a las personas en situación de



dependencia tenga como uno de sus objetivos, la atención de éstas, a cualquier coste, en unos niveles de dignidad y de justicia social. Para todo eso, la Administración tiene la obligación de poner los medios necesarios para que dicha atención sea socialmente sostenible.

- f. De carácter demográfico: los datos actuales indican que en Galicia la población disminuirá de manera ininterrumpida hasta 2050, al mismo tiempo que la población de personas mayores aumentará, y éstas cada vez serán más mayores y con mayor riesgo de llegar a una situación de dependencia. Estas proyecciones, alcanzan en 2020, cifras superiores a 80.000 personas en situación de dependencia, con una tasa de prevalencia de al menos el 3%.
- g. De carácter económico: el coste económico que para la sociedad representa la atención a personas en situación de dependencia fue aumentando a medida que la aplicación de la Ley 39/2006 fue abarcando los diferentes grados y niveles previstos. Además del coste en ayudas directas también es necesario tener en cuenta el coste global y añadir al primero la parte que el entorno familiar hace llegar.

Llevar a cabo actuaciones de naturaleza preventiva es positivo y responde a un enfoque abierto que va más allá de las clásicas intervenciones terapéuticas o rehabilitadoras, en las que siempre se actuaba sobre la situación problemática cuando esta aparecía. El enfoque preventivo está basado en su aplicación en todas las etapas de la vida de la persona a través de muy diversos programas de promoción de la salud y de hábitos de vida saludables, dirigidos a toda la población y de forma especial a los grupos en situación de riesgo (personas con discapacidad, con enfermedades crónicas, personas con alta fragilidad, personas mayores de 65 años que vivan solas, víctimas de accidentes de cualquier tipo, personas con enfermedades congénitas, solicitantes de valoración de dependencia, personas en situación de dependencia moderada,...).

Por lo tanto, hablar de prevención en el campo de la dependencia significa:

Passar de un modelo centrado en actuar en momentos de crisis o situaciones agudas a un modelo que entiende un concepto de salud mucho más amplio, en el que el objetivo no es sólo eliminar la enfermedad o discapacidad, si no conseguir la mejor calidad de vida posible.

- » Atender los factores de riesgo, es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de que aparezca la situación de dependencia (o se agrave, si ya existe).
- » Educar para la promoción de hábitos y condiciones de vida saludables, ya que éstos disminuyen el riesgo de padecer enfermedades y el deterioro de capacidades y contribuyen a que el organismo se encuentre en mejores condiciones físicas y psíquicas.
- » Definir el objetivo de la intervención de cara a la mejora de la calidad de vida de las personas en términos globales, considerando todas las áreas (física, psíquica y social) y mediante un modelo de atención integral.
- » Tener en cuenta los grupos de población que presentan una mayor vulnerabilidad y, por lo tanto, mayores posibilidades de encontrarse en una situación de dependencia y adoptar con estas personas una actuación preferente.
- » Contar con una adecuada coordinación sociosanitaria para que las medidas que se lleven a cabo sean verdaderamente eficaces y contemplen todas las áreas en las que es necesario intervenir.
- » En los casos en los que la persona se encuentre ya en una situación de dependencia, la prevención estará dirigida a evitar que dicha situación se agrave y pase a estados de dependencia de mayor grado o a nuevas situaciones de dependencia, por lo que la promoción de autonomía personal se convierte en este caso en un pilar fundamental.

En la Estrategia se consideran los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, en función de la fase en la que se encuentre la persona.

- » La prevención primaria incorpora acciones que se aplican antes de que aparezca la situación de dependencia y están dirigidas a evitar que ésta se produzca. El área 1 de la estrategia se basa fundamentalmente en este tipo de prevención



(aunque también pueden aparecer algunas actuaciones de esta naturaleza en las áreas 2, 4 y 5).

- » La prevención secundaria se basa en la detección precoz de la situación de dependencia, de forma que las causas que originan ésta se desarrollen más lentamente o se frenen, y con esto se limita el daño y se recupera la salud y la funcionalidad. El área 2 de la estrategia se basa fundamentalmente en este tipo de prevención (aunque también pueden aparecer algunas en las áreas 4 y 5).
- » La prevención terciaria tiene como objetivo intervenir una vez que la situación de dependencia se desarrolle; actúa sobre los síntomas para evitar situaciones más complejas. El área 3 de la estrategia se basa fundamentalmente en este tipo de prevención al centrar sus actuaciones en las personas en situación de dependencia moderada.

El objetivo básico de esta estrategia es establecer una amplia propuesta de posibles actuaciones a desarrollar en la comunidad gallega, de forma que todas en conjunto contribuyan a disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias y discapacidades que puedan dar lugar a situaciones de dependencia, así como mejorar y mantener la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o con riesgo de padecerla.

Este objetivo implica la necesaria coordinación y cooperación interadministrativa para garantizar una atención integral e integrada y para el desarrollo de la calidad de los servicios especializados de atención a las personas, tanto los dirigidos a la población en general, como a los que están en situación de riesgo como a quien se encuentra ya en una situación de dependencia.

Las áreas de actuación de la estrategia y sus respectivos objetivos operativos se determinaron en base a los siguientes objetivos generales:

- » Fomentar la prevención de la dependencia y la promoción da autonomía personal de forma que se garantice la igualdad de oportunidades en todo el territorio autonómico.
- » Contribuir a aumentar la esperanza de vida libre de dependencia de la ciudadanía, a promover estilos de vida saludables entre el conjunto de la población que fomenten a autonomía y a promover hábitos saludables y de autocuidado entre las personas con dependencia para mejorar su salud y funcionalidad.
- » Impulsar medidas de prevención de la dependencia en la población general y facilitar el acceso de las personas en situación de dependencia a las medidas preventivas actualmente accesibles a la población autónoma con sus mismos perfiles de riesgo.
- » Reducir el impacto de la dependencia sobre la calidad de vida de quienes la padecen y quienes ejercen su cuidado.
- » Garantizar que, tanto las personas en situación de dependencia como cuidadoras, puedan beneficiarse de actividades preventivas de calidad, basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- » Promover la sensibilización y la formación en todos los colectivos profesionales implicados en la prevención y detección precoz de la dependencia y en la promoción de la autonomía personal.
- » Impulsar la investigación orientada a la acción en torno a la prevención de la situación de dependencia.
- » Promover el trabajo intersectorial y la participación de la ciudadanía, especialmente de los colectivos afectados, en el desarrollo de cada una de las áreas de intervención que se contemplan.

La determinación de las áreas de actuación y objetivos operativos de la Estrategia son el resultado de un trabajo estratégico, científico y técnico considerando los objetivos y premisas a los que se ha hecho referencia anteriormente.

La estructura definitiva se presenta en el siguiente cuadro resumen.



<p>ÁREA DE ACTUACIÓN Objetivo general</p>	<p>Objetivos operativos</p>
<p><b>Área de actuación 1. Educación y concienciación de la ciudadanía</b></p> <p><b>Objetivo general.</b> Generar una corriente de opinión favorable al cuidado de la salud y de la autonomía personal que amplíe a la responsabilidad de la ciudadanía gallega en relación con la adopción de hábitos de vida saludables y la prevención de las situaciones de dependencia, haciendo accesible la información y educación sobre los beneficios y las recomendaciones para una vida activa y saludable así como los recursos de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal existentes en Galicia.</p>	<p>1.1. Concienciar y formar a profesionales de diversos ámbitos sobre los beneficios de educar en la prevención de la dependencia.</p> <p>1.2. Fomentar actitudes positivas dirigidas al cuidado de la salud y a la promoción de la autonomía personal.</p> <p>1.3. Contribuir a la prevención de accidentes domésticos, laborales, de tráfico y otros que puedan provocar situaciones de dependencia.</p> <p>1.4. Promover el reconocimiento social de la labor del cuidado y de las personas que lo llevan a cabo.</p> <p>1.5. Facilitar el acceso a la información sobre los recursos y servicios de prevención existentes.</p>
<p><b>Área de actuación 2. Contribución al aumento de la esperanza de vida libre de dependencia</b></p> <p><b>Objetivo general.</b> Procurar una actitud positiva ante el envejecimiento, la discapacidad y la enfermedad y un esfuerzo creciente y proporcionado de atención a las personas en riesgo de situación de dependencia para disminuir su vulnerabilidad, promoviendo los conocimientos y las condiciones necesarias para conseguir el aumento y/o mantenimiento de la capacidad de estas personas para el desarrollo de su vida diaria y, por lo tanto, evitar o retrasar en lo posible la aparición de la dependencia</p>	<p>2.1 Promover la autonomía a través de la orientación, el consejo individualizado y la formación para decidir sobre el proyecto de vida futuro.</p> <p>2.2. Fomentar la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal mediante el uso de diversos servicios y recursos.</p> <p>2.3. Facilitar la accesibilidad universal como requisito indispensable para una vida autónoma.</p> <p>2.4. Desarrollar medidas preventivas para disminuir la aparición de los factores de riesgo más frecuentes que afectan al desarrollo de la persona.</p> <p>2.5. Establecer servicios de apoyo para el desarrollo profesional y social de las personas en situación de riesgo de dependencia.</p>
<p><b>Área de actuación 3. Mejora del diagnóstico y de la calidad de vida de las personas con dependencia moderada</b></p> <p><b>Objetivo general.</b> Proporcionar una atención especializada a las personas en situaciones de pérdida de funcionalidad, cuando aún existen posibilidades de reversión o modificación de su curso, con el propósito de mejorar su pronóstico y prevenir la agravación del actual estado y/o reducir los efectos sobre la posibilidad de pleno desarrollo personal, a través de facilitar la detección y rehabilitación precoz y el apoyo a la permanencia en el domicilio o en el ámbito habitual.</p>	<p>3.1 Promover el diagnóstico precoz de la población en situación de dependencia moderada o en riesgo de padecerla, en especial de las personas más vulnerables a sufrir este tipo de situaciones.</p> <p>3.2. Impulsar la detección y rehabilitación precoz en centros a los que acuden personas mayores y personas con discapacidad.</p> <p>3.3. Favorecer la permanencia en el domicilio y entorno habitual durante el mayor tiempo posible.</p> <p>3.4. Reforzar la adaptación progresiva de los programas individuales de atención.</p> <p>3.5. Atender las necesidades singulares de las personas con dependencia moderada y en situaciones de vulnerabilidad social.</p>



<p><b>Área de actuación 4. Apoyo al entorno familiar y estímulo de la participación ciudadana</b></p> <p><b>Objetivo general.</b> Velar por el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras no profesionales, acompañándolas para mitigar la carga objetiva y subjetiva que lleva consigo la labor que desempeñan y las consecuencias tanto en su propia salud física, mental y emocional, como en la estabilidad de la unidad familiar, a través del establecimiento de las medidas de apoyo necesarias y la implicación del conjunto de la ciudadanía.</p>	<p>4.1 Reforzar la atención sobre la salud de las personas cuidadoras.</p> <p>4.2. Formación, capacitación y apoyo a la estabilidad emocional y cohesión de las familias cuidadoras.</p> <p>4.3. Establecer un marco de apoyo para la mejora del bienestar de las familias y el buen cuidado.</p> <p>4.4. Promover la implicación social a través del tercer sector, del voluntariado y del estímulo del movimiento asociativo para ampliar las potencialidades del nuevo modelo de prevención de las situaciones de dependencia.</p>
<p><b>Área de actuación 5. Investigación e innovación para ampliar la vida saludable y autónoma de las personas</b></p> <p><b>Objetivo general.</b> Intensificar la investigación, la búsqueda de soluciones de vanguardia y la implantación de innovaciones importantes en relación con la promoción de la autonomía personal y la prevención y detección precoz de las situaciones de dependencia, así como con el retraso del agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, generando al mismo tiempo oportunidades de desarrollo para el tejido investigador y productivo de Galicia.</p>	<p>5.1 Mejorar el estado de conocimiento sobre la realidad social y la potencialidad de la innovación.</p> <p>5.2. Impulsar las innovaciones para la prevención, detección y diagnóstico precoz de situaciones de dependencia.</p> <p>5.3. Promover una vida autónoma y activa, principalmente mediante soluciones TIC y nuevos recursos para actividades preventivas y hábitos saludables.</p> <p>5.4. Facilitar el intercambio de ideas y la cooperación en aras de una innovación de excelencia.</p>
<p><b>Área de actuación 6. Refuerzo y mejora continua de los recursos dedicados a la prevención de la dependencia</b></p> <p><b>Objetivo general.</b> Incrementar el reconocimiento y la satisfacción de las personas usuarias con los servicios y programas relacionados con la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia, así como de los y las profesionales y de la ciudadanía en general a través de una actuación centrada en mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en su desarrollo y en la búsqueda continua de la excelencia.</p>	<p>6.1 Promover la creación de valor a través de las personas.</p> <p>6.2. Fomentar la calidad de los servicios y programas relacionados.</p> <p>6.3. Estimular la incorporación de modelos de gestión por valores orientados a la excelencia en los resultados.</p> <p>6.4. Buscar nuevas sinergias a través de la coordinación y cooperación.</p> <p>6.5. Incorporar la perspectiva de género de forma transversal.</p>

*b) El establecimiento del sistema de carteras de servicios sociales.*

Desde la Consejería de Trabajo y Bienestar de la Xunta de Galicia se impulsa un nuevo modelo de prestación de servicios sociales que permitirá habilitar, diseñar y combinar recursos a la medida de las necesidades de las personas para conseguir una atención más amplia, diversa e innovadora. Para ello se amplía el catálogo de servicios sociales públicos con la optimización de los recursos existentes, logrando así un sistema de calidad, eficiente y más sostenible.

Para ello se establece un nuevo modelo basado en carteras de servicios, las cuales abarcarán las áreas de dependencia, personas con autonomía, familia e infancia, e inclusión, estando cada una de ellas regulada por un Decreto de la Xunta de Galicia. Estos textos normativos tendrán como objetivo definir de forma específica los servicios y también ampliarlos.

El sistema de carteras permite, fundamentalmente, conseguir dos metas: por una parte, prestar más y mejores servicios y, por otra, optimizar al máximo las infraestructuras, lo que redundará, a su vez, en la sostenibilidad del sistema.



Este nuevo sistema es capaz de dar respuesta apropiada y personalizada a cada una de las necesidades de atención de las personas dependientes de Galicia. Todo ello, sin olvidar la necesidad de establecer, unificándolos, los requisitos o criterios para prestar esos servicios, es decir, un sistema de acreditación que sirva además para fijar un marco común de calidad, algo que hasta ahora no existía en Galicia.

La cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia fue aprobada mediante Decreto de la Xunta de Galicia 149/2013 de 5 de septiembre.

Para realizar la cartera de servicios se partió de la realización de un trabajo técnico, previo a la tramitación propia de una norma de carácter reglamentario como es el Decreto de la Xunta de Galicia que la regula.

Este trabajo técnico consistió en un estudio de campo que permitió analizar, por un lado, los servicios que se estaban ofertando a las personas dependientes y, por otro, los servicios que estaban demandando estas mismas personas y que, en algún caso, nadie les estaba ofertando.

Se trabajó de forma directa con los centros, con las entidades, con los profesionales del sector, pero también con los propios usuarios o potenciales usuarios de los servicios, todos ellos conocedores directos de las necesidades del sector. Mediante este procedimiento, se consiguió un alto grado de implicación de todos los agentes. Las etapas fundamentales fueron las siguientes:

- » La participación se canalizó en un primer momento a través de la elaboración de encuestas (más de 600), en las que participaron centros y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la atención a personas mayores y con discapacidades.
- » En un segundo momento tuvieron lugar entrevistas con personalidades muy significativas en este campo (un total de 25), como, por ejemplo, entre otras: Colegio de Trabajadores Sociales de Galicia, FADEMGGA-FEAPS Galicia, COGAMI, FEALES, Cruz Roja, entre otras.
- » En tercer lugar, se realizó una nueva encuesta para acotar las ratios y perfiles profesionales.
- » Finalmente, se consiguió un documento de trabajo que se sometió a los siguientes grupos de trabajo:
  - Grupo de trabajo de personas mayores y Alzheimer.
  - Grupo de trabajo de personas dependientes con discapacidad física, daño cerebral adquirido y parálisis cerebral.
  - Grupo de trabajo de personas dependientes con discapacidad intelectual, autismo y enfermedad mental.
  - Grupo de trabajo de prevención de la dependencia, promoción de la autonomía personal, teleasistencia, y ayuda a domicilio.

En definitiva, el resultado de este diagnóstico previo, de la oferta y la demanda, ha sido un factor decisivo para la posterior definición de cada uno de los servicios que configuran la cartera y que se concibe como un trabajo compartido con el sector.

El texto definitivo se presentó a su tramitación como Decreto, estableciendo, como recoge la normativa aplicable, un plazo de audiencia así como su publicación como proyecto en la página web de la Consejería.

Antes de analizar la nueva cartera, es importante traer a colación la realidad y alguno de los obstáculos que nos plantea el escenario normativo en el que nos movemos actualmente para hablar del catálogo de servicios de promoción de la autonomía y atención a personas con dependencia, escenario que encontramos definido en:

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



- » Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa Individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.
- » Orden de 2 de enero de 2012 de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero.

El Decreto 15/2010, siguiendo la ley 39/2006, señala como servicios que integran el catálogo:

- h. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
  - i. Servicio de Teleasistencia.
  - j. Servicio de Ayuda en el hogar.
  - k. Servicio de centro de atención diurna y de atención nocturna para personas en situación de dependencia:
    - xii. Centro de atención diurna para mayores.
    - xiii. Centro de atención diurna para menores de 65 años.
    - xiv. Centro de día de atención especializada.
    - xv. Centro de atención nocturna.
  - p. Servicio de Atención residencial para personas en situación de dependencia.
    - xvii. Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
    - xviii. Estancias temporales en residencia.
    - xix. Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.
- f) Otros centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.*

El concepto “centro” como eje de la prestación de los servicios sociales queda superado al pasar a ser considerado el “servicio” como núcleo del sistema de prestación de servicios sociales. En consecuencia, la infraestructura (el centro) pasa a un segundo plano, a ser únicamente el “facilitador” de la actividad (la prestación de servicios sociales).

En relación a esta nueva concepción, fijándonos en la normativa autonómica gallega en materia de autorización hasta el año 2011 (principalmente, la Orden de 18 de abril de 1996, el Estatuto Básico de Centros aprobado mediante Orden de 18 de agosto de 2000, el Decreto 143/2007, de 12 de julio, regulador del régimen de autorización y acreditación de los programas y centros de servicios sociales, así como el Decreto 19/2008 y la Orden de 25 de junio de 2008 que regulan los centros de día de alzhéimer) se concluye que en todo momento la referencia a los distintos tipo de centro se hace sólo desde la óptica de la actividad ligada al centro y a la autorización de ese centro.

Por lo tanto, este era un primer inconveniente, tanto desde la perspectiva de la oferta, como de la demanda, es decir, tanto para los proveedores de servicios, como para los potenciales usuarios de los mismos, en tanto en cuanto, todos ellos se ven sometidos a una serie de rigideces limitativas del sistema, la más importante, la que vincula dicho centro a una única actividad posible, bien residencial, bien de atención diurna, lo que impide a las entidades gestoras desplegar otros servicios que, en su caso, requerirían de otra autorización en otro centro. Este inconveniente empezó a superarse con el Decreto 254/2011, de 23 de febrero, por el que se regula el régimen de registro, autorización, acreditación e inspección de los servicios sociales de Galicia que deroga el anterior



Decreto 143/2007 y culmina con la aprobación del Decreto regulador de la cartera de servicios.

En la medida en que nuestra atención se venía poniendo en los centros y en la autorización de esos centros, no se le prestaba demasiada atención a la definición de las prestaciones básicas o esenciales que debían dispensarse desde cada uno de los centros autorizados, a la intensidad que deben tener los servicios, a quien debe prestarlos..., faltando una uniformidad en este sentido. Al menos una uniformidad normativa, porque en la práctica, esta laguna se trataba de llenar, en parte, a través de la fijación de similares condiciones contractuales de los conciertos y las concesiones de gestión de servicios.

Faltaba así mismo, una adaptación de los servicios y de su coste a las necesidades de los usuarios, es decir, a su grado de dependencia. En definitiva, el servicio se prestaba por igual a todos los usuarios, cada uno de ellos con necesidades diferentes.

En tercer lugar, el escenario normativo "obligaba" a las personas dependientes a pertenecer a uno de los dos grandes grupos: mayores o personas con discapacidad, de modo que la no pertenencia a alguno de ellos produce en la práctica una situación de vacío y desamparo legal, lo que en definitiva, nos está generando rigideces que limitan la capacidad de atención pública e impiden dar una respuesta a todas las situaciones que se puedan presentar.

La filosofía que subyace en esta norma es la de la especialización de los servicios y la atención centrada en cada persona dependiente, porque cada caso es distinto y cada persona tiene unas necesidades también diferentes.

Se trata de un nuevo paradigma, de un nuevo enfoque en la atención a la dependencia que, además de facilitar la elaboración individualizada de programas individuales de atención (PIA) acordes a la situación concreta de cada persona que llame a la puerta del sistema de dependencia, busca ampliar el abanico de servicios, así como la optimización y aprovechamiento más amplio y flexible de los recursos, tanto los que existen en la actualidad, como los que puedan crearse en el futuro.

Entrando de lleno en la filosofía y en las claves que han movido la configuración final de este nuevo entramado normativo, podemos destacar que por vez primera, Galicia cuenta con una norma absolutamente innovadora, que delimita todos y cada uno de los servicios que integran el abanico de atenciones a dispensar a una persona dependiente, en función del tipo y grado de dependencia y rompe, por vez primera con la agrupación de servicios en función de la edad o de la condición de discapacidad. La edad desaparece, como limitación legal de acceso a los servicios, mientras que la discapacidad se erige, a través de sus diferentes tipos, en criterio de especialidad.

La desaparición de este límite de edad es importante para la Administración, para las personas dependientes y para los centros que los atienden:

- » Para la Administración, porque va a poder dar una respuesta a todo el mundo; nadie se queda en la situación de vacío que ahora tenemos respecto a algunos casos concretos.
- » Para la persona dependiente, porque aseguramos a todos la posibilidad de una atención.
- » Para los centros, porque ven desaparecer uno de los grandes obstáculos que ahora tienen respecto a la limitación para atender casos que están a las puertas de los 60 años pero que ahora mismo se quedan fuera de la foto legal de la que antes hablábamos. De este modo, también amplían su campo de actuación.

Por otro lado, esta nueva norma no sólo señala cuáles son esos servicios, sino que define su contenido y las prestaciones, tanto básicas (por lo tanto ineludibles para quien las presta y para quien las recibe) como complementarias, que integran el grueso de cada uno de esos servicios.

De este modo estaremos propiciando que un servicio público se preste en las mismas y efectivas condiciones de igualdad, en lo que a su contenido se refiere, en cualquier parte del territorio gallego y con independencia de que quien lo desarrolla, sea la Xunta de Galicia en sus propios centros o una entidad privada a través de un concierto administrativo de gestión. Se gana así en uniformidad



y una igualdad.

Es una norma que proporciona a todos, Administración y usuarios, más garantía y seguridad jurídicas, al tiempo que permite al sistema adaptarse a las necesidades de la persona y no al revés. Evidentemente, la uniformidad no debe llegar sólo a la definición del contenido del servicio, sino también a su intensidad o a los perfiles profesionales necesariamente vinculados a cada una de las prestaciones, aspectos estos que se recogen en la Orden de acreditación.

Respecto al ámbito de aplicación, este Decreto alcanza a cualquier persona o entidad que pretenda desarrollar los servicios de la cartera, tanto si es la Administración quien lo hace como las entidades privadas que hayan sido habilitadas para tal fin por la Administración. Por otro lado, tenemos también el ámbito de aplicación respecto a los beneficiarios, que alcanzará a quienes sean usuarios de los servicios.

Una tercera clave de esta norma es la regulación del régimen de autorización y acreditación. En primer lugar, se modifica el objeto de estas actuaciones administrativas, dado que lo que se autorizará y lo que se acreditará serán los servicios y no los centros, como ocurre hasta ahora.

Los servicios de la cartera requerirán la autorización previa de la Consejería, excepto los de prevención y promoción de la autonomía, que quedan exceptuados de este trámite, debiendo únicamente ser objeto de inscripción en el Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales. La autorización, o la inscripción en el caso de los servicios de prevención y promoción, es la condición previa a cualquier desarrollo de estas actividades por parte de una entidad.

Para conseguir la autorización de un servicio se requerirá el cumplimiento de unos requisitos mínimos sobre aspectos estructurales (tales como ubicación y accesos, accesibilidad, zonas de circulación, aspectos de seguridad y espacios mínimos) y funcionales (relativos a la existencia de una figura responsable o director y ratios mínimas de personal).

Por su parte, la acreditación será un complemento de la autorización, pero también un paso más y supondrá un plus, un reconocimiento de que se están cumpliendo los requisitos específicos y los estándares de calidad. Este reconocimiento llevará implícitos unos beneficios, como son:

La acreditación habilitará para participar en los procesos de contratación de servicios por parte de la Administración.

- » Habilitará igualmente para la atención de personas que perciban la libranza vinculada a la adquisición del servicio.
- » También podrá configurarse como criterio necesario o preferente para acceder a cualquier tipo de ayuda o financiación pública.
- » Pero sobre todo, la acreditación marcará el camino hacia la excelencia en la prestación de servicios sociales de calidad a personas con dependencia.

Los aspectos que se tendrán en cuenta en el sistema de acreditación tienen que ver:

- » Con los servicios de cartera en sí (de modo que se verifique que se facilitan las prestaciones básicas que los integran).
- » Con las instalaciones, equipamientos, recursos técnicos y tecnológicos, en las que se tendrán en cuenta aspectos relativos a las infraestructuras, el equipamiento o las condiciones de confortabilidad de los centros, luminosidad, temperatura,...
- » Con los recursos humanos (donde se verificarán perfiles profesionales, aspectos formativos, de prevención de riesgos laborales,...).
- » Con los procesos de calidad (la existencia de un plan de gestión de calidad y un sistema de evaluación interna de calidad). Evidentemente, la comprobación de estos requisitos podrá sustituirse por la aportación de los certificados de calidad que



muchos centros ya poseen.

- » Con aspectos de documentación e información: que se refiere a normas de funcionamiento interno del servicio, de la existencia de un contrato con el usuario para prestar ese servicio, de una serie de protocolos mínimos,...

En la medida en que ponemos el acento en el servicio, esto supone para los centros actuales, la posibilidad de acreditarse en otro tipo de servicios distintos a los que ahora les son propios (residencial o atención diurna), de modo que puedan, al mismo tiempo, prestar servicios de promoción de la autonomía a personas externas a ese centro, o bien acreditar servicios en el ámbito de la discapacidad, por ejemplo. En este sentido, se rompe con la rigidez actual y se permite una mayor diversificación de la actividad, haciendo los centros más rentables.

Otra de las claves del Decreto es la estructura que diseña para la cartera, estructura que viene marcada por tres grandes agrupaciones de servicios:

- » Una cartera de servicios comunes.
- » Una cartera de servicios específicos.
- » Finalmente, la cartera del servicio de asistente personal.

La cartera de servicios comunes pretende ser el referente para cualquier caso de dependencia que no requiera un tratamiento singular, de tal modo que aquí se integran los servicios dirigidos a personas cuyo diagnóstico no requiera la asignación de servicios incluidos en alguna de las carteras específicas.

La cartera integra servicios de promoción y prevención, la ayuda en el hogar, la teleasistencia, la atención nocturna, la atención residencial y la atención diurna. Estas dos últimas con una modalidad básica y otra terapéutica.

Todos estos servicios, a excepción de la atención temprana, dirigida a niñas y niños de 0 a 6 años, se podrán prestar a personas dependientes a partir de los 16 años y es precisamente aquí donde reside una de las grandes novedades de esta regulación: la desaparición de la limitación de edad que regía el acceso a centros residenciales para personas mayores.

En este sentido, es clave en la nueva cartera que el acceso a los servicios tenga lugar siempre que se produzca una situación de dependencia, al margen de cuál sea la edad del beneficiario de la atención. De ahí que la edad desaparece como criterio configurador de los servicios, al margen de que puede ser la habitual circunstancia motivadora de una situación de dependencia.

La cartera de servicios específicos integra los dirigidos a personas dependientes que, siendo mayores de 16 años, tengan diagnosticada una enfermedad de Alzheimer, una discapacidad física, una parálisis cerebral, daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o enfermedad mental.

Por primera vez en nuestra legislación se le da un tratamiento singular a cada uno de los diferentes tipos de discapacidad, con el fin de diseñar servicios específicos, adaptados a las necesidades de cada uno de estos colectivos, buscando el principio de la especialización.

Y por primera vez también, se le da entrada en el ámbito de los servicios sociales vinculados a la dependencia, al colectivo de personas dependientes con problemas de salud mental, que siempre se asocia más al ámbito sanitario. Sin embargo son un colectivo que, en determinadas circunstancias, pueden llegar a ser personas dependientes con necesidades más asistenciales que sanitarias, lo cual requiere de un tratamiento singular en la cartera de servicios.

Esta cartera de servicios específicos incluye, a grandes rasgos, servicios residenciales y de atención diurna, con modalidades diversas (básica, terapéutica, ocupacional y psicosocial, esta última para casos de salud mental) y siempre adaptados a las necesidades de



cada colectivo.

Cualquiera de las residencias hasta ahora autorizadas podrán, con este nuevo marco normativo, acreditar uno o varios servicios, de la cartera común y/o de las específicas, y al mismo tiempo podrán acreditarse en una o varias modalidades que se corresponden con un servicio.

Finalmente, la cartera del servicio de asistente personal recoge los servicios dirigidos a facilitar el apoyo personal, la inclusión social y/o educativa, así como la promoción y participación de las personas que, siendo mayores de 16 años, se encuentran en situación de gran dependencia o dependencia severa, con el objeto de permitir su desarrollo en las actividades de la vida diaria, laborales y/o educativas y propiciar la participación del beneficiario en la vida social y económica.

Esta cartera, la del asistente personal, es otra de las claves de este Decreto, por cuanto se ha querido darle protagonismo a esta figura, configurándola como un servicio, cuando, anteriormente era sólo una prestación económica.

En definitiva, y para terminar, la cartera de servicios se configura como un instrumento asentado en el principio de la especialización, que pretende dar respuestas singulares a problemas concretos, porque cada persona dependiente tiene sus propias necesidades.

c) La implantación del Índice de Envejecimiento Activo.

En el proceso de mejora continua de Galicia en el campo de los servicios sociales, nuestra Comunidad Autónoma se va a convertir en una de las primeras en aplicar el Índice de Envejecimiento Activo para el diseño de nuestras políticas públicas destinadas a los mayores.

Con el propósito de conocer el estado actual del proceso de envejecimiento en los distintos países, el Centro Europeo sobre Políticas de Bienestar Social e Investigación de Viena junto con la Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa y la Comisión Europea de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión desarrollaron una herramienta de medición: el Active Ageing Index 2012 (AAI).

Esta herramienta se realizó en el marco de un proyecto internacional que pretendía elaborar un índice con el que poder evaluar y monitorizar el progreso y la eficacia de las distintas iniciativas en términos de envejecimiento activo, así como identificar las áreas que necesitaban un mayor impulso para asegurar la calidad de vida de la población mayor. El objetivo final consiste en ayudar a los distintos países a crear las políticas públicas necesarias para alcanzar cada vez un mayor nivel de envejecimiento activo y saludable entre su población.

Este instrumento de medida está basado en la conceptualización del envejecimiento activo como un proceso en el cual los mayores continúan participando en el mercado laboral formal, se comprometen con actividades productivas no remuneradas (el cuidado de los familiares y/o el voluntariado), y disfrutan de una vida saludable, autónoma, independiente y segura a medida que envejecen. En este sentido, dicho índice cuantifica en qué medida la gente mayor está desarrollando todo su potencial en términos de participación en la economía y la vida social y cultural, de esperanza de vida saludable, y si tienen una vida independiente, analizando a su vez la distancia entre la situación actual y la ideal.

Con el objetivo de respetar la multidimensionalidad del constructo, el índice se construyó en base a cuatro dominios, tres de los cuales reflejan los resultados de las experiencias actuales en relación al envejecimiento activo, mientras que el cuarto señala la capacidad y el entorno activador de este tipo de envejecimiento, tal y como se muestra a continuación:



Índice global		ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO		
<i>Dominios</i>	EMPLEO	PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD	VIDA INDEPENDIENTE, SALUDABLE Y SEGURA	CAPACIDAD Y ENTORNO PROPICIO PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
<i>Indicadores</i>	Ratio de empleo 55-59	Actividades de voluntariado	Ejercicio físico	Esperanza de vida restante de 50 años a los 55
	Ratio de empleo 60-64	Atención de hijos, nietos	Acceso al cuidado dental y de la salud	Proporción de años de vida saludable en la esperanza de vida restante a los 55 años
	Ratio de empleo 65-69	Atención de adultos mayores	Vida independiente	Bienestar mental
	Ratio de empleo 70-74	Participación política	Ingresos medios relativos	Uso de las TIC
			No riesgo de pobreza	Conexión social
			No privación material	Nivel educativo
			Seguridad física	
			Aprendizaje continuo	

En este sentido, para poder alcanzar un mayor grado de conocimiento de la población objetivo, en este caso el grupo demográfico de los mayores, debe disponerse de un instrumento de evaluación adecuado, en el que se tenga en cuenta el papel de la cultura, ya que el envejecimiento activo y el concepto de actividad están influidos y contruidos social y culturalmente.

En este punto se hace necesario disponer de una herramienta adaptada al contexto gallego que permita identificar y discriminar a aquellas personas que estarían llevando un envejecimiento activo. Por ello, a pesar de que existe ya un índice elaborado, se considera necesaria su adaptación para poder orientarlo hacia una evaluación individualizada, dado que el actual está orientado hacia las administraciones y a la creación de políticas sociales. Por lo tanto, no sólo se pretende describir la situación gallega actual en términos de envejecimiento activo, si no que se creará una herramienta que permitirá cuantificar la eficacia individualizada de los distintos programas e iniciativas encaminados a la promoción de este tipo de envejecimiento.

*d) Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como medio de mejora de la calidad de vida de las personas mayores.*

Las TICs ofrecen múltiples ventajas en el campo de la autonomía personal y bienestar de las personas mayores. Galicia ha avanzado mucho en la aplicación de las nuevas tecnologías a la salud, actividad y bienestar de los mayores. Ejemplo de ello, como nos referimos anteriormente, es que Galicia fue elegida "Región de Referencia para el Envejecimiento Activo y Saludable", principalmente por los avances en la aplicación de las nuevas tecnologías. Además, las TIC's son también uno de los pilares sobre los que se asienta la Estrategia para la Prevención y Detección Precoz de la Dependencia.



La apuesta de Galicia por las nuevas tecnologías en el campo de los servicios sociales es clara. Por ejemplo, en el incremento del uso de la teleasistencia, y en la implantación de forma pionera de sistemas avanzados de teleprevención. Destacan así sistemas como:

- » MiAvizor, compuesto por sensores inalámbricos en el hogar, que aparte de ofrecer seguridad a sus usuarios, proporciona información continua sobre sus hábitos de vida.
- » SAM-TV, que es una plataforma de ayuda a la dependencia que funciona a través de la televisión y que, además de promover la autonomía personal, permite a sus usuarios relacionarse con otros mayores.
- » Telegerontología, un sistema informático que se maneja a través de una sencilla pantalla táctil y una conexión a internet, y que, entre otras ventajas, ofrece la posibilidad de consultar a especialistas por videoconferencia.

Pero la implantación de las TIC's en el ámbito de los servicios sociales tiene cada vez un peso mayor. Así, Galicia está diseñando toda una serie de actuaciones que cumplen con el Objetivo Temático número 2 del Marco Europeo de Asociación para el período de programación de los Fondos Estructurales 2014-2020. Este objetivo se incardina en la "mejora del uso de la calidad y las tecnologías de la información y la comunicación y el acceso a las mismas".

Este objetivo temático recoge como accines clave "aplicaciones de administración electrónica con el fin de potenciar la innovación, la modernización de las administraciones públicas y el acceso a dichos servicios por los ciudadanos, incluidos los grupos marginados y las personas con discapacidad", así como "aplicaciones de las TIC's que contribuyan a cubrir futuros retos y oportunidades de la sociedad, como a sanidad electrónica, el envejecimiento de la población, (...) la inclusión electrónica (e-Inclusion), (...) la administración electrónica, soluciones integradas de TIC para las ciudades inteligentes, y el o empoderamiento" e "inversión en la adopción de las innovaciones de TIC a gran escala en las regiones y entre ellas para hacer frente a retos sociales clave".

Este marco programático se traduce en la planificación por parte de Galicia en acciones sobre teleasistencia avanzada, plataformas tecnológicas de servicios sociosanitarios o la adaptación de los recursos residenciales a las nuevas tecnologías, entre otras.

Para terminar, me gustaría destacar dentro de este ámbito una actuación que se está llevando a cabo y que en un futuro, con su implantación, provocará una nueva concepción de los ámbitos social y sanitario en Galicia. Me estoy refiriendo a la implantación de la Historia Electrónica Sociosanitaria.

La experiencia ya constatada en la Historia Clínica Electrónica promueve la existencia de un avance en la misma. Un sistema de información que pueda aunar la información social y sanitaria de una misma persona para poder hacer un tratamiento integral y proporcionar una respuesta de calidad, teniendo en cuenta todos los puntos de vista.

Como paso previo, la Consellería de Traballo e Benestar está realizando junto con la Axencia para a Modernización Tecnolóxica de Galicia (AMTEGA) la implantación de la Historia Social Única, como paso intermedio de una futura Historia Electrónica Sociosanitaria.

Con ello se busca implantar un sistema que consolide a información completa de los usuarios en cuanto a sus intervenciones y actuaciones con el sistema de servicios sociales de Galicia así como el intercambio eficiente de información con la Administración Local y el resto de actores del sistema.

Con la elaboración de la Historia Social Única se construirá el mecanismo para la unificación de información proveniente de todos los agentes en el sistema de servicios sociales, propiciando y permitiendo así el intercambio de información con la Historia Clínica Electrónica. Con esta compartición de información se logrará el verdadero espacio sociosanitario en el que ambos sectores (sanitario y social) cuenten con los datos necesarios para poder prestar un servicio de calidad e integral.



## Sonia Martínez Arca

---

Directora General de Innovación y Gestión de la Salud Pública de la Consellería de Sanidad.

Es licenciada en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid y doctora en Biología Molecular y Celular, con más de 10 años de experiencia en investigación académica y autora de numerosos artículos en revistas internacionales. Ha desarrollado su carrera científica en el CSIC (CBM, Madrid), el Instituto Curie (Paris) y el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona).

Directiva experta en Gestión de la Investigación y la Innovación con formación científica a nivel de PhD y experiencia en entornos internacionales, fue Directora del Parc Científic de Barcelona, Directora de Recursos de Apoyo a la Investigación y Proyección Exterior de la Universidad de Santiago de Compostela y Directora de la Fundación IDICHUS del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago desde el 2010 hasta 2013.

## LIFEKIC PROJECT: UNA OPORTUNIDAD PARA LA INNOVACIÓN EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y VIDA SALUDABLE

### EIT and KICs. Setting the Scene

In 2008, the European Union established the European Institute for Innovation and Technology (EIT). This is a major initiative with top-level political backing in the EU and a significant budget.

The EIT's mission is "To increase sustainable growth and competitiveness in Europe by reinforcing the capacity for innovation".

The EIT integrates: Higher Education, Research and Business. The so called "Knowledge Triangle" and delivers its activities through the creation of Knowledge Innovation Communities KICs.

Three KICs were established in 2010. Themes: ICT, Climate Change Mitigation, and Sustainable Energy.

### What is a KIC?

Each KIC is built around a network of Collocation Nodes which have to demonstrate a large existing research and innovation capacity.

Current KICs manage around €200-250 million per year. 25% of their activities are directly financed by the EIT.

The next KICs will be larger. The existing KICs have complained of limited funding – perhaps €50-60 million EIT funding per year.

For example €50m-€60m split between a network of 6 Collocation Nodes means each gets €8-10m per year to deliver innovation based on the existing research capacity.



## Recent EIT actions

In late 2013 the European Parliament and Council adopted the EIT Strategic Innovation Agenda and EIT Amended Regulation covering 2013-2019.

Five KICs will be called for in H2020 – two in 2014 Innovation for Healthy Living and Active Ageing and Raw Materials

2016: Added Value Manufacturing and Food

2018: Urban Mobility

On 12 December 2013 EIT published the Selection Criteria for new KICs – very similar to 2009. Call published 14th February 2014.

## The LifeKIC project. Rationale

Promoting a transformation in lifestyle to improve health and well-being through whole human lifespan

Sustaining a society where the balance between young and old is radically different from that currently prevailing

Achieving meaningful and productive employment for all and good opportunities for European firms

Providing more effective health and social care at a lower cost through social, service and product innovation

LifeKIC will catalyse the development of innovative health and care products and services to address the needs of a society with a rapidly changing age profile and tough economic challenges

## Alignment

Aligning R&I, EIP, ERDF, ESF, ... evolving strategy and engaging with regional administrations as we develop the proposal.

Understanding how public/business interface is constituted – looking for more fluid process, more outcomes-driven

Positioning LifeKIC as the champion system for provision of innovation in active ageing and healthy living

Looking for synergies and fostering innovation in agreement with regional (RIS3), national and European strategies

## EIT Timeline

January 2014 - Publication of main EIT documents describing bid criteria and rules for new KICs

14 February 2014 - Launch of 2014 Call for KICs

14 March 2014 - Information Day in Budapest

10 September 2014 - Closure of 2014 Call

December 2014 - Designation of the new KICs

We have been working on LifeKIC since 2012 ... and we are committed to winning

## LIFEKIC Consortium

2013 focussed on building consortium and initial agreements with some large companies. Teaming Agreement between Collocation Nodes negotiated

Start 2013: Scotland, Denmark & Spain

End 2013: Addition of Italy & Germany

2014: Final addition of Netherlands (also Aquitaine-France as Affiliate Region and Coimbra-Portugal as Specialist Center)

Nodes that align with EC programmes such as EIP on AHA and have strong innovation focus

Engagement of big MNCs and social organisations

## Collocation Nodes

Each Collocation Node is built around its research and business capacity. In the health context also need to consider its public sector capacity. Key mission: Entrepreneurially Driven Innovation

Small geographical sphere of influence and all aspects of the knowledge pyramid must be represented

Based on the best academic and industry innovators and aiming to become world-leading innovation hubs.

Each Node will operate according to regional priorities and LifeKic strategy to stimulate innovation and economic growth.

## Collocation Nodes Activities

Seedcorn investment fund for company creation

Innovative collaborative R&D projects with industry

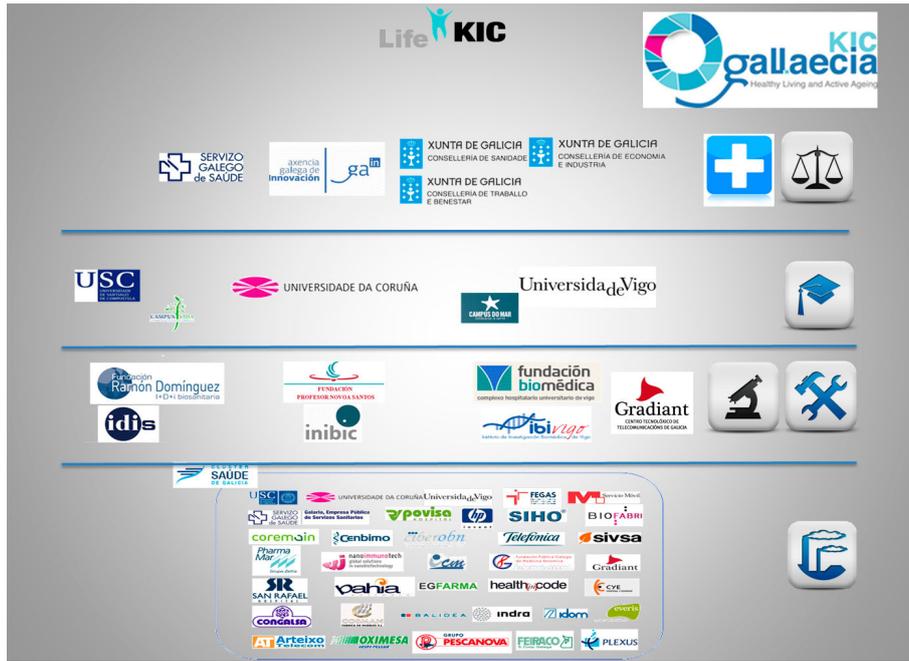
Proof of concept funding Mobility funding

Postgraduate training including entrepreneurship



Dissemination and marketing

Partnerships





Why?

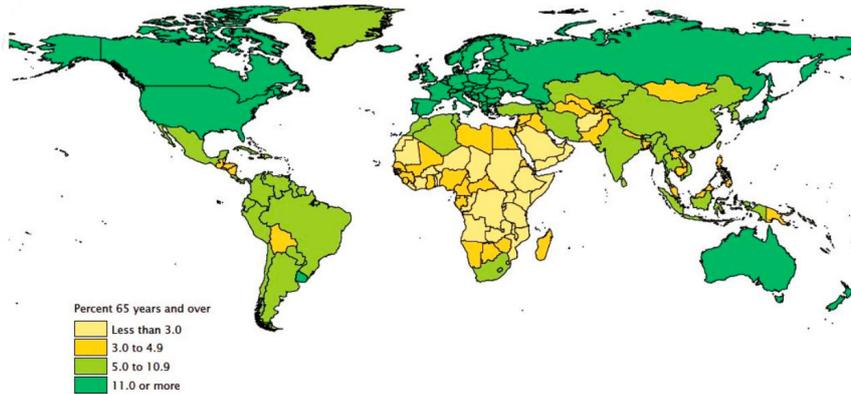


Figure 1: Percent of population aged 65 and over: 2008 (Kinsella & Wan, 2009).

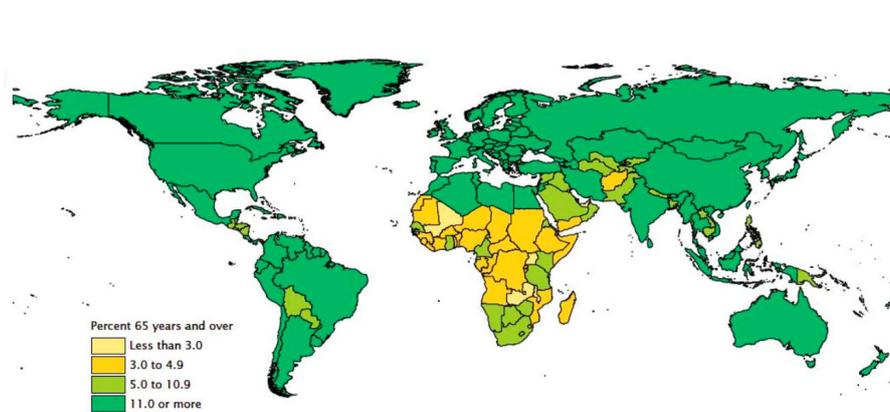


Figure 2: Percent of population aged 65 and over: 2040 (Kinsella & Wan, 2009).



## Ana Maseda Rodríguez

---

Grupo de Investigación en Gerontología. Investigadora Post-doctoral por la universidad de A Coruña.

Es licenciada en Ciencias Biológicas. En el año 2000 obtuvo su Doctorado Europeo en Biología por la universidad de Santiago de Compostela. Del año 2000 al 2005 obtuvo un contrato post-doctoral "Torres Quevedo" para desenvolver actividades de I+D en una empresa Spin-off del área de la Biotecnología.

Desde 2005 es miembro del Grupo de Investigación en Gerontología (GIG) de la Universidad de A Coruña donde actualmente ostenta el cargo de responsable de I+D+i. Desde 2010 es investigadora post-doctoral dentro del Programa "Isidro Parga Pondal" financiado por la Xunta de Galicia.

Su área de trabajo se centra en las enfermedades neurodegenerativas, principalmente demencia y Alzheimer, conocimiento de su prevalencia y factores de riesgo vinculados, como la depresión, la discapacidad funcional o las relaciones sociales en las personas mayores y/o sus cuidadores.

## ANALIZANDO LAS CLAVES DE UN ENVEJECIMIENTO EN POSITIVO

Grupo de Investigación en Gerontología. Investigadora Post-doctoral. Universidad de A Coruña

Ana Maseda Rodríguez es licenciada en Ciencias Biológicas y obtuvo su Doctorado Europeo en Biología por la Universidad de Santiago de Compostela en 2002. De 2002 a 2005 obtuvo un contrato post-doctoral "Torres Quevedo" para desenvolver actividades de I+D en una empresa Spin-off del área de la Biotecnología. Desde 2005 es miembro del Grupo de Investigación en Gerontología (GIG) de la Universidad de A Coruña donde actualmente ostenta el cargo de responsable de I+D+i. Desde 2010 es investigadora post-doctoral dentro del Programa "Isidro Parga Pondal" financiado por la Xunta de Galicia. Como resultado de sus investigaciones, es autora o co-autora de aproximadamente 50 publicaciones (20 de ellas de impacto, publicadas en revistas indexadas en JCR) y libros y casi 100 participaciones en eventos científicos dentro de las especialidades de biotecnología y envejecimiento. Su área de trabajo se centra en las enfermedades neurodegenerativas, principalmente demencia y Alzheimer, conocimiento de su prevalencia y factores de riesgo vinculados, como la depresión, la discapacidad funcional o las relaciones sociales en las personas mayores y/o sus cuidadores. Además, dirige su investigación hacia la mejora de la calidad de vida de este colectivo a través de la aplicación de las nuevas tecnologías (teleasistencia avanzada, domótica, robótica...) al área del envejecimiento y la promoción del envejecimiento activo. Participa directamente en la solicitud y justificación de ayudas de I+D+i del GIG, participando en los últimos 5 años en 5 proyectos europeos, 2 nacionales y 1 regional. Actualmente es investigadora principal de un proyecto regional para grupos emergentes con el fin de realizar una valoración gerontológica integral sobre una muestra representativa de la población de personas mayores en Galicia para conocer su realidad y sus necesidades para establecer planes de prevención y promoción de la calidad de vida. Dentro de su investigación, ha dirigido cuatro tesis doctorales y varios trabajos fin de Máster. Ejerce además, docencia de postgrado en la Universidad de A Coruña.

### Investigación en Gerontología: de la Universidad a la sociedad

El envejecimiento de la población es un éxito del avance en la investigación, la salud y el desarrollo socioeconómico pero también un reto de la sociedad. Desde las universidades e instituciones educativas, se debe promover investigación interdisciplinar en gerontología y geriatría para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El Grupo de Investigación en Gerontología de



la Universidad de A Coruña profundiza en el envejecimiento y en los aspectos que lo afectan, abordando el campo de las nuevas tecnologías, patologías neurodegenerativas- demencia y enfermedad de Alzheimer, dependencia y personas mayores, estimulación multisensorial en sala Snoezelen y posturografía computarizada para la prevención de caídas.

En los países avanzados, la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente en los últimos años, principalmente por disminuciones en la tasa de mortalidad debida a los avances médicos y tecnológicos, reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, mejora en las condiciones de vida y educación y en el acceso a los servicios sanitarios. La Organización Mundial de la Salud define la esperanza de vida como “el número medio de años que una persona puede prever que vivirá si se mantienen en el futuro las tasas de mortalidad por edad del momento en la población. La esperanza de vida sana es una variable estadística relacionada, que estima el número equivalente de años de buena salud que una persona puede prever que vivirá teniendo en cuenta las tasas de mortalidad y la distribución de la prevalencia de los problemas de salud en la población en ese momento”.

Según datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España entre 1992 y 2012, la esperanza de vida de los hombres al nacer ha pasado de 73,9 a 79,4 años y en las mujeres de 81,2 a 85,1 años, superando así, en 2012, la esperanza de vida de las mujeres al nacer en casi seis años la de los hombres. Además, considerando las proyecciones realizadas a corto y largo plazo por el INE, se espera un incremento mayor en el año 2022 (hombres: 81,8 años, mujeres: 87 años) y en el año 2051 (hombres: 86,9 años, mujeres: 90,7 años). Así, en la Unión Europea<sup>1</sup>, entre 2010 y 2060, se espera un incremento de la proporción de personas de 65 o más años sobre aquellas de 15 a 64 años, del 26% al 52% de la población total. Según las proyecciones realizadas por el INE<sup>2</sup>, en el 2050 la población mayor de 65 años superará el 30% de la población (casi 13 millones de personas) y las personas de 80 o más años superarán los 4 millones, situándose por encima del 30% del total de la población mayor. Además, los estudios internacionales de prospectiva y proyecciones estimadas por la Organización de Naciones Unidas<sup>3</sup> sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo (con una media de edad de 55 años), siendo casi el 40% de la población mayor de 60 años.

Este incremento en la esperanza de vida de las personas y por ende implicando un mayor incremento de la población trae consigo la necesidad de coordinar y establecer un mayor abanico de servicios y productos dirigidos a mejorar la calidad de vida de este colectivo, jugando un papel importante la investigación en el campo del envejecimiento. La investigación especializada puede ayudar a mantener a las personas más sanas, independientes y activas en sus hogares el mayor tiempo posible, retrasando el riesgo de morbilidad, institucionalización y muerte.

La Comisión Europea dirige y promueve la investigación más personalizada, centrada en el paciente y focalizada en la prevención, el diagnóstico precoz y las condiciones crónicas. Se estima que en Europa la capacidad de gasto de las personas mayores está en torno a los 3 billones de euros y que el número de personas con deterioro relacionado con la edad pasará de los 68 millones en 2005 a los 84 millones en 2020<sup>4</sup>.

El reto del envejecimiento debe ser abordado desde una perspectiva económica, social y política, donde el papel de la investigación, el desarrollo y la innovación (I+D+i) juega un papel muy importante al cubrir y afrontar las nuevas necesidades de la población mayor. La I+D+i en envejecimiento se debe centrar en áreas que aborden los problemas de este colectivo y afrontar la repercusión socioeconómica que el envejecimiento implica en nuestra sociedad. Las líneas prioritarias de investigación se centran en áreas como: la prevención de la discapacidad, programas de promoción del envejecimiento saludable, nutrición y envejecimiento, aprendizaje a lo largo de la vida, factores vinculados con el envejecimiento (principalmente demencia, depresión), tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) adaptadas a las personas mayores o determinantes genéticos del envejecimiento. En el informe de la I+D+i sobre envejecimiento realizado por la Fundación del Centro Superior de Investigaciones Científicas (FCSIC)<sup>5</sup>, se establecen cinco líneas de interés en el área del envejecimiento: discapacidad y dependencia, salud personal y recursos asistenciales sanitarios, actividades de la vida diaria, barreras arquitectónicas y sociales, recursos económicos y de servicios sociales. En la posterior encuesta prospectiva de la FGCSIC sobre envejecimiento- un análisis preliminar<sup>6</sup>, a nivel español, la principal prioridad establecida por los profesionales fue la investigación relacionada con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Se señaló además el creciente desarrollo en telemedicina, robótica, domótica, urbanismo, TIC y prótesis avanzadas, donde el mayor crecimiento se prevé en aquellas relacionadas con el cuidado de mayores, regeneración tisular y de órganos, células troncales, deterioro cognitivo y la neurodegeneración, principalmente vinculados a la rehabilitación de ese deterioro y al retraso del envejecimiento.



Sin embargo, en las líneas futuras se prevé un menor interés en la investigación vinculada al aumento de la esperanza de vida, ya que las tendencias se centran en “vivir mejor” y no simplemente en “vivir más”.

En esta premisa se está trabajando desde el Grupo de Investigación en Gerontología (GIG) de la Universidad de A Coruña (<http://gerontologia.udc.es>), un equipo de trabajo multidisciplinar que enfoca principalmente su I+D+i hacia las siguientes líneas de investigación:

- » Aplicación de las TIC en el entorno de las personas mayores
- » Patologías neurodegenerativas: demencias y enfermedad de Alzheimer
- » Dependencia y personas mayores
- » Estimulación multisensorial a través de un espacio Snoezelen®
- » Posturografía computarizada: mejora del equilibrio y prevención de caídas
- » Correlatos psico-fisiológicos de los procesos cognitivos superiores.

Dentro de la investigación realizada por el GIG, destacar el trabajo desarrollado en el área cognitiva, señalando los principales hallazgos publicados hasta el momento. Con la edad, se incrementa el riesgo de sufrir deterioro cognitivo y es importante establecer la prevalencia de dicha afección en muestras representativas de poblaciones de personas mayores. En Galicia no disponíamos de datos representativos y metódicos de los aspectos vinculados al envejecimiento. Desde el GIG se ha llevado a cabo un estudio transversal con 600 personas mayores, donde se han definido datos del envejecimiento referidos al ámbito cognitivo, funcional, social, emocional y sanitario. En dicho estudio encontramos que la prevalencia del deterioro cognitivo cuando se aplican ajustes de acuerdo al género y nivel educativo de la población gallega, es del 22,2%, mientras que si dichas variables no se consideran, se incrementaría hasta un 35,2%, estando además vinculada dicha proporción a la presencia de determinadas enfermedades como la presencia de demencia, el fallo cardíaco, la anemia, el accidente cerebrovascular o los déficits auditivos<sup>7</sup>. Dicha co-morbilidad también se asoció con la pérdida de capacidad funcional y dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), incrementándose dicha dependencia con la edad y en el género femenino<sup>8</sup>. La capacidad para realizar las actividades de la vida diaria está significativamente vinculada a la presencia de deterioro cognitivo, detectando que en nuestra muestra el 34,6% de las personas tenían dependencia funcional en al menos una de las ABVD (siendo las más afectadas las tareas del baño y el aseo personal) y el 55,3% tenían dependencia en alguna de las actividades instrumentales (AIVD, principalmente en el uso del teléfono, la toma de medicación o el manejo del dinero). Dentro de aquellos con deterioro cognitivo, más de la mitad (59,5%) tenían además dependencia en las ABVD, mientras que un 82,4% la tenían en las AIVD. Esta relación, es sin duda de gran importancia, al identificar al deterioro cognitivo como predictor de dependencia funcional<sup>9</sup>.

A la hora de evaluar de forma eficaz la capacidad física de las personas con deterioro y teniendo en cuenta las dificultades para hacerlo en casos de deterioro avanzado, es importante utilizar instrumentos adecuados a su capacidad cognitiva<sup>10</sup> y que puedan evaluar riesgos vinculados a dicho deterioro, y predecir posibles consecuencias adversas, como la hospitalización, la dependencia, la fragilidad o la mortalidad, como pueden ser los tests de la marcha de 4 y 6 metros. Una vez identificada la presencia de deterioro cognitivo, junto con la existencia de discapacidad funcional o presencia de co-morbilidad, se encontró también asociación entre estas variables y la presencia de síntomas depresivos en las personas mayores<sup>11</sup>. El deterioro cognitivo y la presencia de síntomas depresivos son afecciones muy frecuentes en personas que residen en la comunidad, aunque los porcentajes más elevados, por ser causa de institucionalización, se encuentran en aquellos que están semi-institucionalizados (acuden a centros de día) o institucionalizados (viven en residencias). Por otro lado, en el primer estudio nacional desarrollado a nivel longitudinal comparando el estado cognitivo y emocional en individuos semi-institucionalizados vs. institucionalizados, se ha visto que el tipo de institucionalización no implica diferencias significativas en cuanto a deterioro cognitivo y/o presencia de síntomas depresivos, detectándose las diferencias únicamente a nivel longitudinal tras un año de seguimiento en aquellos usuarios que están institucionalizados, ya que con el tiempo la presencia de síntomas depresivos es menor<sup>12</sup>. La presencia de síntomas depresivos también implica una pobre percepción de la salud, que si se une con la necesidad de un cuidador por parte de la persona mayor, puede llegar a estar presente en un 91,5% de la población<sup>13</sup>. El apoyo social, desde diferentes dimensiones (el contacto con los demás, la satisfacción con los contactos, o la disponibilidad de ayuda en caso de enfermedad) también se relacionó de forma significativa con la presencia de deterioro cognitivo y



síntomas depresivos<sup>14</sup>. La necesidad de apoyo por parte de las personas mayores con importante detrimento en su estado cognitivo y/o funcional recae principalmente sobre sus familiares, los denominados “cuidadores informales”. Hasta el momento no se había analizado el efecto de los factores de personalidad, neuroticismo y sobrecarga, de forma conjunta sobre la sobrecarga de los cuidadores informales, haciéndose por vez primera desde el GIG y demostrando la importancia de los factores de personalidad, neuroticismo y extraversión, sobre la sobrecarga percibida por los cuidadores informales ya que aquellos cuidadores con alto neuroticismo y baja extraversión son más vulnerables a experimentar efectos negativos durante la tarea de cuidado<sup>15</sup>.

Como investigación complementaria, durante el análisis de parámetros bioquímicos y hematológicos vinculados a la salud en la muestra representativa de 600 personas mayores, determinamos la necesidad de establecer valores de referencia específicos para la población envejecida, ya que al utilizar valores de referencia generales de la población adulta, un significativo porcentaje de la población podría encontrarse fuera de los rangos establecidos como normales; dichos valores de referencia específicos son esenciales para establecer diagnósticos correctos<sup>16</sup>.

A la vez que se identifican los principales factores de riesgo y/ o protectores vinculados al deterioro cognitivo, afectivo, social y/ o funcional, es importante abordar la intervención de estos pacientes. Desde el GIG, la I+D+i en este ámbito se centra en la intervención no farmacológica como método para enlentecer el progreso del deterioro desde diferentes perspectivas. Una de las prácticas más habituales y en auge gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías, es la estimulación cognitiva computarizada, demostrando por primera vez la eficacia del programa de estimulación cognitiva, Telecognitio® (desarrollado y protegido intelectualmente por nuestro equipo de investigación) como herramienta para mejorar el estado cognitivo en personas mayores<sup>17</sup>.

Otra técnica recientemente introducida para la intervención no farmacológica en personas mayores es la estimulación multisensorial realizada en salas dotadas de un equipamiento específico tipo “Snoezelen”. Ante la falta de hechos y metodologías concretas para trabajar con esta técnica, se llevó a cabo una revisión sistemática<sup>18</sup>, exhaustiva y actualizada sobre su utilización en personas mayores, encontrándose que los tratamientos farmacológicos no son demasiado efectivos en el control de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia, siendo el uso de salas Snoezelen una opción eficaz a largo plazo, por tratarse principalmente de un tipo de terapia efectiva aun incluso en aquellos sujetos con deterioro cognitivo avanzado. En base a las conclusiones definidas, desde el GIG hemos establecido la estimulación multisensorial como técnica de intervención adecuada en los pacientes diagnosticados de demencia. Hemos demostrado su eficacia a corto plazo, como terapia individualizada one-to-one, en la mejora de la conducta de personas mayores con diferentes grados de demencia, encontrando que los pacientes hablaban de forma más espontánea, se relacionaban mejor con los demás y con el ambiente, estaban más activos, menos aburridos y más relajados que los incluidos en el grupo control; se observó además pre- vs. post- sesión, un descenso en la tasa cardíaca y un incremento en la saturación de oxígeno<sup>19</sup>. El efecto sobre la mejora de los trastornos de conducta también fue demostrado a largo plazo, señalando la importancia de la estimulación multisensorial en sala Snoezelen como terapia no farmacológica en personas mayores con graves problemas cognitivos e incluso con problemas de comunicación que dificultarían la relación con el profesional a la hora de desarrollar otros tipos de terapia no farmacológica<sup>20</sup>. Por último, señalar que al trabajar con personas con deterioro cognoscitivo debemos considerar y evaluar su capacidad de lenguaje y comunicación ya que en personas con deterioro cognitivo, factores como la fluidez verbal y la comprensión son buenos indicadores/ predictores de presencia del mismo<sup>21</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> European Commission and the Economic Policy Committee. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060). Bruselas: Unión Europea; 2012.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población y Censos demográficos: Proyecciones de población a largo plazo [Internet]. 2012 [acceso 16 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp251&file=inebase&L=0>.

<sup>3</sup> Organización de las Naciones Unidas. World population Ageing: 1950-2050 [Internet]. 2002 [acceso 16 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050>.

<sup>4</sup> European Commission. Policies for Ageing Well with ICT [Internet]. 2012 [acceso 16 de mayo de 2014]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ageing-well>.

<sup>5</sup> Fundación General del Centro Superior de Investigaciones Científicas. Informe de la I+D+i sobre envejecimiento [Internet]. 2010 [acceso 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.fgcsc.es/envejecimiento/upload/descargas.10.cccArchivo>.



Infomee envejecimiento.pdf.

<sup>6</sup> Fundación General del Centro Superior de Investigaciones Científicas. Encuesta prospectiva de la FGCSIC sobre investigación en envejecimiento. Un análisis preliminar. 2011 [acceso 16 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_es/articulos/encuesta-prospectiva-de-la-FGCSIC-sobre-investigacion-en-envejecimiento](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/encuesta-prospectiva-de-la-FGCSIC-sobre-investigacion-en-envejecimiento).

<sup>7</sup> Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Maseda A. Prevalence of Cognitive Impairment: effects of level of education, age, sex and associated factors. *Dement Geriatr Cogn*. 2009;28:455-60.

<sup>8</sup> Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, Maseda A. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriat*. 2010;50:306-10.

<sup>9</sup> Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Arch Gerontol Geriat*. 2012;54(1):197-201.

<sup>10</sup> Muñoz-Mendoza CL, Cabañero-Martínez MJ, Millán-Calenti JC, Cabrero-García J, López-Sánchez R, Maseda A. Reliability of 4-m and 6-m walking speed tests in elderly people with cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriat*. 2011;52:e67-e70.

<sup>11</sup> Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vázquez GA, Sánchez A, Lorenzo T. Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. *Int J Geriatr Psych*. 2011;26(10):1071-9.

<sup>12</sup> Maseda A, Balo A, Lorenzo-López L, Lodeiro-Fernández L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Cognitive and affective assessment in day-care versus institutionalized elderly patients: a one-year longitudinal study. *Clin Interv Aging*. 2014; en prensa.

<sup>13</sup> Millán Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda, A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12:198-206.

<sup>14</sup> Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo-López L, Cao R, Maseda A. Influence on social support on older adults with cognitive impairment depressive symptoms, or both coexisting. *Int J Aging Hum Dev*. 2013;76(3):199-214.

<sup>15</sup> González-Abraldes I, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers: an exploratory study. *Arch Gerontol Geriat*. 2013;56(1):91-5.

<sup>16</sup> Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo-López L, Maseda A. Laboratory values in a Spanish population of older adults: A comparison with reference values from younger adults. *Maturitas*. 2012;71:396-401.

<sup>17</sup> Maseda A, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Núñez-Naveira L. Efficacy of a computerized cognitive training application for older adults with and without memory impairments. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(4):411-9.

<sup>18</sup> Sánchez A, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *Am J Alzheimers Dis*. 2013;28(1):7-14.

<sup>19</sup> Maseda A, Sánchez A, Marante MP, González-Abrades I, de Labra C, Millán-Calenti JC. Multisensory stimulation on mood, behaviour, and biomedical parameters in people with dementia: is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *Am J Alzheimers Dis*. Epub ahead of print 1 May 2014. doi: 10.1177/1533317514532823.

<sup>20</sup> Maseda A, Sánchez A, Marante MP, González-Abrades I, Buján A, Millán-Calenti JC. Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with dementia diagnosis: a controlled longitudinal trial. *Am J Alzheimers Dis*. Epub ahead of print 6 Mar 2014. doi: 10.1177/1533317514522540.

<sup>21</sup> Maseda A, Lodeiro-Fernández L, Lorenzo-López L, Núñez-Naveira L, Balo A, Millán-Calenti JC. Verbal fluency, naming and verbal comprehension: three aspects of language as predictors of cognitive impairment. *Aging Ment Health*. Epub ahead of print 6 May 2014. doi: 10.1080/13607863.2014.908457.



## Teresa Martínez Rodríguez

---

**Psicóloga experta en gerontología social. Centro de Trabajo: Servicio de calidad e inspección. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.**

A lo largo de sus 26 años de trayectoria profesional ha combinado la atención directa en centros con la asunción de distintas responsabilidades en relación a la planificación y mejora de la calidad de los servicios en la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias.

Docente en cursos de postgrado y masteres en colaboración con diferentes universidades españolas, administraciones públicas españolas y gobiernos de iberoamérica.

Autora de diversas publicaciones técnicas y científicas en el campo de la gerontología y la discapacidad. En relación a sus publicaciones sobre la atención centrada en la persona cabe destacar: La atención gerontológica centrada en la persona, guía para profesionales editada por el Gobierno Vasco; Avanzar en AGCP, instrumento diseñado para llevar a cabo revisiones participativas en los centros; así como el material recientemente publicado por el G. Vasco Modelo de atención centrada en la persona, cuadernos prácticos.

Es la autora de la WEB [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net) donde se difunde información y documentación relacionada con este enfoque de atención, y en la actualidad está coordinando, desde la Universidad de Oviedo, un estudio de ámbito nacional titulado La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos e instrumentos de evaluación.

## LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. UN ENFOQUE PARA LA BUENA PRAXIS PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS

### 1. La Atención Centrada en la Persona como referente para el buen trato a las personas mayores

1.1. En relación a la definición de la calidad en los servicios gerontológicos se pueden distinguir varios niveles o componentes:

- a) Las condiciones materiales
- b) Las condiciones funcionales / organizativas
- c) La buena praxis profesional. Esta a su vez incluye dos dimensiones.
  - » Conocimiento y habilidades técnicas
  - » Relación interpersonal y comunicación

1.2. La buena praxis profesional, su definición y aplicación depende el modelo de atención que la oriente. Es en este sentido en el que la Atención Centrada en la Persona se propone como modelo referencial para definir y orientar la buena praxis gerontológica.



## 2. Recorrido y evolución

2.1. Origen: Carl Rogers y la terapia centrada en el cliente. Sus principales aportaciones: la capacidad de la persona para ser agente activo de su cambio y vida; y el papel del terapeuta: la no directividad, la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad.

2.2. Desarrollo en el ámbito internacional de la ACP en los cuidados de larga duración a personas mayores en el ámbito internacional. Cabe destacar dos aportaciones: a) los movimientos internacionales en favor del cambio de modelo residencial para personas mayores y b) la ACP en el campo de las personas con demencia

2.3. Desarrollo de la ACP en España. Desarrollo muy incipiente aunque se aprecia en estos últimos años un interés en el sector sociosanitario creciente. Diferentes publicaciones en estos años han ido surgiendo en nuestro país para mejorar los servicios gerontológicos desde la óptica de la defensa de los derechos individuales, los modelos de calidad de vida y de atención centrada en la persona. Proyectos de aplicación de este enfoque de atención a la mejora de los servicios gerontológicos: el proyecto "Etxean Ondo (En casa bien)". Promovido por el Gobierno Vasco y desarrollado por Fundación Matía; el proyecto "En mi casa" liderado por la Junta de Castilla y León o el proyecto "Tú decides" llevado a cabo por Consorci d' Acció Social de Catalunya.



### 3. Principales enunciados y aportaciones

3.1. La ACP se orienta desde unos valores y enunciados que pueden ser resumidos en el siguiente decálogo. Conceptos como singularidad, autonomía personal, capacidades, interdependencia, entorno facilitador y provisión de apoyos son sustanciales en estos modelos de atención.

#### DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

1. Todas las personas tienen dignidad
2. Cada persona es única
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

#### 3.2. En relación a la singularidad:

- » Cada persona es única en razón de su biografía. Criterio de buena praxis profesional: Conocer las biografías de las personas y organizar desde ellas los planes de atención
- » Cada persona tiene su propio proyecto de vida. Criterios de buena praxis profesional: Apoyar el proyecto de vida de cada persona (conocer los objetivos vitales, validar lo logrado, continuar, completar)

#### 3.3. En relación a la autonomía personal:

- » Cabe diferenciar entre autonomía personal como capacidad y como derecho:
- » Capacidad de tener control sobre la propia vida, de elegir y decidir responsablemente. Ejercicio directo.
- » Derecho a mantener la propia identidad y a que se respete el proyecto de vida de cada persona con independencia de sus capacidades. Ejercicio indirecto.
- » Tres notas aclaratorias sobre la autonomía persona: 1. No es algo opuesto a la dependencia; 2. No es una capacidad única ni fija y 3. Puede ser ejercida de modo indirecto, a través de los otros.



- » Criterios para la buena praxis profesional en relación al apoyo a la autonomía personal: 1) Intervenir desde las capacidades, 2) Favorecer el control sobre lo cotidiano y 3) Equilibrar seguridad/autonomía/bienestar

3.4. La principal aportación de la ACP a la intervención gerontológica puede ser resumida en una visión de las personas mayores que orienta hacia un nuevo rol profesional y una praxis profesional y organizativa que se aparta del paternalismo y de la rigidez y uniformidad tanto asistencial como organizativa.

## 4. Estrategias y reflexiones para avanzar

### 4.1. Estrategias que se están siguiendo en la aplicación de la ACP:

I. Reorientación de residencias tradicionales hacia el Modelo Housing (Unidades de Convivencia).

II. Diseño de nuevos modelos centros y servicios (servicios atención integrados y próximos a la comunidad, Cohousing, etc.).

III. Chequeo de la atención cotidiana desde la ACP (espacio físico, procesos y prácticas asistenciales, actividades, organización centro) así como del funcionamiento de los equipos para facilitar y orientar el diseño de planes de mejora.

### 4.2. Algunos retos por los que seguir avanzando:

- » Sensibilizar y formar. Avanzar en nueva cultura sobre la calidad en los servicios sociales.
- » Promover cambios en distintos ámbitos (normativa, diseño y organización de centros, etc.) y lograr modelos posibles y sostenibles.
- » Generar mayor conocimiento. Validar intervenciones, definir metodologías, elaborar y nuevos instrumentos de evaluación.

### 4.3. Algunos riesgos que han de ser evitados:

- » Simplificar lo que es la ACP. “esto ya lo hacemos...” o quedar en buenas prácticas “aisladas”...
- » Alejarlo de las prácticas basadas en la evidencia científica.
- » Creer que propone una atención desprofesionalizada.
- » “Protocolizar” la ACP.

Nota final: Para ampliar estos contenidos ofrecidos a modo de esquema y obtener mayor información sobre la ACP y su aplicación en gerontología se recomienda visitar la web: [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)



## Catalina Hoffmann

---

### Presidenta y Fundadora Centros de día Vitalia.

Catalina es titulada del Programa de Desarrollo Directivo de IESE Business School de la Universidad de Navarra. Es diplomada en Terapia Ocupacional y especialista en estimulación cognitiva. Se ha posicionado como referente profesional en el sector de la tercera edad por su trayectoria como emprendedora, empresaria y como creadora del Método Hoffmann.

Con 26 años puso en marcha su primer centro de día Vitalia, donde se aplica la Metodología Hoffmann como Método de tratamiento rehabilitador y preventivo con beneficios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales especializado en personas mayores. Registrado como Obra Científica en la Propiedad Intelectual, en la calle Ferraz de Madrid. Los casos de éxito del método le permitieron crear la primera red de centros de día para mayores en España. Hoy son ya 20 centros en España, además de la expansión internacional con centro en Sao Paulo Brasil y México.

## EL MÉTODO HOFFMANN, UNA ALTERNATIVA AL CUIDADO SOCIOSANITARIO A LOS MAYORES

La población mayor está constituida por un grupo de gran heterogeneidad y complejidad, con necesidades específicas e individuales que, de manera progresiva, van cambiando a lo largo del tiempo a la par del proceso de envejecimiento. Este fenómeno implica la aparición de nuevas necesidades que, de manera individual, deberán ser atendidas en pro de la calidad de vida y autonomía del mayor.

El Método Hoffmann (MH) nace con el único objetivo de ofrecer soluciones personalizadas ante las demandas de cuidados de este grupo poblacional. No se trata, pues, de una “puerta de Acceso”, sino de una modalidad terapéutica personalizada; no consiste en una serie de criterios establecidos que justifican la atención prestada, sino en un conjunto de intervenciones de carácter preventivo y rehabilitador, basadas en el acompañamiento a lo largo de toda la vida del mayor y con un gran poder de adaptabilidad mantenido en el tiempo, gracias a la multidisciplinariedad que lo caracteriza.

Es precisamente esta capacidad de adaptabilidad la que nos permite ver al mayor de manera global, sin necesidad realizar clasificaciones o estratificaciones por patología. Más bien todo lo contrario, tanto los mayores sanos como aquellos con patología e incluso los que se encuentran en situación de fragilidad y alto riesgo de vulnerabilidad, encuentran en el Método Hoffmann una alternativa socio-sanitaria que, perfectamente adaptada y ensamblada con su rutina diaria y hábitos de vida cotidianos, proporciona programas terapéuticos específicos para cada caso.

Cada persona es única y únicas, por tanto, sus necesidades. Por ese motivo, el primer paso del MH es la realización de una Valoración Inicial Integral y Multidisciplinar a la llegada del Mayor a nuestros Centros de Día. El Equipo Multidisciplinar, formado por Médico, Enfermería, Neuropsicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta y Auxiliar de Enfermería, siempre de manera coordinada y consensuada, establecen una serie de objetivos a lograr en el corto, medio y largo periodo de tiempo. Sin embargo, tan importante es dicho criterio como las propias expectativas y objetivos del mayor, quien siempre, y por encima de todo, será escuchado y parte activa a lo largo de todo el proceso de envejecimiento.

Esta modalidad terapéutica no sólo está basada en números, sino en acompañamiento, en meses de vida compartidos, en años en los que nuestros mayores confían y mejoran su calidad de vida gracias a la continuidad de cuidados. Es un verdadero honor decir que, ya desde 2004, nuestros mayores han compartido con nosotros más de 3861 años de sus vidas, siempre con el apoyo y participación de sus familiares, que en todo momento son parte íntegra e imprescindible del proceso terapéutico.



## José Manuel Ribera Casado

---

Catedrático Emérito de Geriatría. Universidad Complutense de Madrid. Académico Real Academia Nacional de Medicina.

Licenciado en Medicina en la Facultad de Medicina U Complutense. Especialista en Medicina Interna, Aparato Circulatorio y Geriatría y miembro de 9 sociedades científicas.

Durante estos años ha ocupado diferentes puestos de responsabilidad. Entre ellos la presidencia de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (1995-2001), la presidencia de la sección clínica de la Región Europea de la Sociedad Internacional de Gerontología y Geriatría (IAGG-ER) (1996-2002), y la presidencia de la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría (CNEG) (1993-95 y desde 2007).

Ha sido investigador principal en 24 proyectos nacionales e internacionales, incluidos algunos patrocinados por el FIS, o por la Unión Europea

## TERAPIAS ANTIENVEJECIMIENTO: ¿REALIDAD O MITO?

### Resumen

El tema del antienviejecimiento está de moda, mueve al año miles de millones de euros (o dólares) al año y se presta a muchos equívocos e interpretaciones. Es un tema universal en el tiempo y en el espacio en campos como la literatura, la filosofía o la salud. En términos de salud admite al menos cuatro lecturas posibles. Cuando hablamos de ello podemos referirnos a: a) vivir más años, algo que los análisis demográficos muestran que se ha conseguido a lo largo del último siglo, b) a retrasar el proceso de envejecer o, al menos, sus secuelas más negativas, c) a recomponer o restaurar las pérdidas físicas, o a d) a envejecer de la mejor forma posible en cuanto a calidad de vida se refiere. Todos ellos objetivos loables y difíciles de conseguir.

Parece evidente que para cualquiera de esos objetivos se hace necesario interferir en los mecanismos que determinan el envejecimiento. Prolongar la esperanza de vida máxima a través de actuaciones sobre lo que se conoce como envejecimiento primario, el derivado de nuestra carga genética o de los mecanismos íntimos que condicionan nuestro deterioro biológico, es algo, hoy por hoy, muy próximo a la ciencia ficción y forma parte de la investigación que se lleva a cabo en numerosos laboratorios de biogerontología. Existen más posibilidades de actuación cuando se busca intervenir sobre el llamado envejecimiento secundario, tanto a través de medidas orientadas a evitar la aparición de enfermedades con sus correspondientes secuelas, o accidentes de cualquier índole que puedan limitar la cantidad y/o la calidad de nuestra supervivencia, como cuando estas actuaciones ponen el foco de intervención en las cuestiones relacionadas con el medio ambiente y con los llamados factores de riesgo de todo tipo.

En el curso de la exposición se dará cuenta críticamente de algunas de las diferentes experiencias publicadas en los últimos años en orden a conseguir este propósito de retrasar el envejecimiento y/o de limitar sus secuelas a través de intervenciones muy diversas. También de las posibilidades que ofrecen aspectos centrados en la prevención primaria y secundaria, con un énfasis especial en los campos vinculados a la alimentación-nutrición, a la actividad física mantenida y en la lucha contra determinados factores de riesgo. En la última parte de la he incorporado algunas reflexiones sobre cuestiones relacionadas con la bioética, ya que problemas de este tipo se pueden rozar con más frecuencia de la deseable en algunas de las propuestas que se nos hacen bajo epígrafes de apariencia tan inocente como el que aparece en el título de esta intervención.



## Laura Presedo Pérez

---

### Técnica intervención Geriatros.

Laura es animadora socio-cultural de la Residencia Geriatros Coruña desde hace seis años. A lo largo de estos años dentro de Geriatros ha realizado diferentes cursos/talleres relacionados con el cargo profesional que desempeña a fin de mejorar y ampliar sus conocimientos y técnicas para una óptima calidad de vida tanto de residentes como de familiares.

La índole de estos cursos no es otra más que la de especialización en la animación a la 3ª edad. También ha realizado talleres de técnicas musicales, danza expresiva, pintura expresiva, talleres de clown en el teatro, risoterapia y desarrollo humano. Este último en el Instituto de Risoterapia y Desarrollo Humano de Barcelona.

## TALLER PARA PROFESIONALES DE LA GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Interesante taller para acercarnos, con una pequeña pincelada de una hora, a la experiencia del autoconocimiento, la reflexión, la exploración de mente y cuerpo. Una meditación sobre nuestras emociones actuales. Nuestra identidad. Nuestro YO.

Actualmente vivimos a un ritmo que no nos deja mucho tiempo para autodedicarnos. Tenemos un automático puesto y no nos damos cuenta de que no dejamos de ser personas y que tenemos que cuidarnos y mimarnos para poder dar lo mismo a los demás. El trabajo con Personas Mayores nos expone muchas veces a situaciones de desgaste; tanto a nivel físico como a nivel psíquico afectando así, en mayor o menor medida, a nuestro estado emocional. "No se suele coger oxígeno para refrigerarnos".

El taller plantea liberar tensiones, desbloquear, evocar emociones que generen bienestar. El que cada persona encuentre su identidad y así poder crecer como persona, con identidad propia.

### Planteamientos del taller

- 1º) Presentación y breve explicación de lo que se realizará.
- 2º) Ejercicios de expresión corporal a través del juego y de la danza.
- 3º) El taller se cerrará con una pequeña relajación, un túnel de caricias y una rueda de impresiones finales por parte de los participantes.

### Taller para familiares

Los talleres que estamos realizando en el centro con familiares de residentes y usuarios del centro de día, están basados en la confianza, en el evocar la risa, la alegría, el que puedan expresar sus frustraciones, el que tengan un espacio de desahogo, de comprensión y ; sobre todo, de relajación.



Son ejercicios preparados para mover todo nuestro cuerpo y así dejar fluir todas las tensiones físicas y mentales que puedan tener. Darle protagonismo a ellos, a sus circunstancias.

El planteamiento sería el mismo pero con ejercicios diferentes.

1º) Presentación y explicación del taller.

2º) Ejercicios de confianza.

3º) Ejercicios que provoquen bienestar.

4ª) Ejercicios de expresión corporal.

5º) Trabajo con música. ( Trabajo con el cuerpo. ) Cada centro despierta en nosotros diferentes sensaciones, fuerza, sensualidad, delicadeza...

6ª) Relajación.

7ª) Cierre del taller.



## Josep Pascual Torramadé

---

Director Técnico Asistencial del Grupo SAR Quavitae, miembro del Comité de Ética de SAR Quavitae y Participante en la Cátedra de Cuidados Paliativos de la Universidad de VIC.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona, Josep ha sido responsable de I+D en la Fundación Sar, y desempeñado varios puestos en la Coordinación y Dirección médica de varias organizaciones.

Es miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña, así como de la Sociedad Catalanoblear de Geriatría y Gerontología, de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, de la Sociedad Catalanoblear de Cuidados Paliativos y de la Sociedad Catalana de Neumología.

Colabora habitualmente en diversas actividades docentes con universidades, entes públicos y privados, organización de jornadas y Congresos entre los que destaca los cinco Simposiums de Atención Sociosanitaria de Cataluña.

### EL INSTRUMENTO NECPAL SARQUAVITAE - CCOMS©

Tiene como objetivo fundamental mejorar la atención paliativa de todos los enfermos que es previsible que puedan ser “exitus” en los próximos 12 meses, muy especialmente en residencias y en todos aquellos servicios que atiendan proporciones elevadas de enfermos crónicos, mediante la identificación precoz de personas con necesidades de atención paliativa.

Consiste en una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica. Combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad / intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad, uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías.

El taller consistirá en dar a conocer la herramienta y proporcionar pautas de actuación a partir de dicho conocimiento mediante:

- a) Recomendaciones básicas para la atención paliativa de los enfermos identificados, que se resumen en los 6 pasos de la atención paliativa.
- b) Recomendaciones básicas para evaluar y mejorar la calidad de la atención paliativa en Centros residenciales



## Felicitas Rodríguez González

---

Jefa del Departamento de la Sociedad de Información. Área de Sociedad Digital. Agencia para la Modernización Tecnológica de Galicia (AMTEGA).

Funcionaria del Cuerpo de Gestión de la Administración Autonómica Gallega y Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social y Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología, Diplomada en Trabajo Social y Pedagogía.

### PROGRAMA VOLUNTARIADO DIXITAL. EL USO DE LAS TIC PARA LA ACCIÓN SOCIAL Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

#### 1. Introducción

El acceso a la información y el conocimiento a través de las tecnologías de la información y la comunicación es hoy un elemento fundamental tanto para el desarrollo personal como para el de la propia sociedad, ya que quedarse al margen del avance tecnológico se ha convertido en una forma más de exclusión social a la que hay que hacer frente.

La revolución tecnológica y la globalización, como fenómenos marco de la sociedad de la información se contemplan con optimismo o recelo bajo el prisma de distintos sectores. La rapidez del cambio tecnológico, junto a la debilitación de la estructura de la familia tradicional y la crisis del estado del bienestar, puede llevar a un incremento de la fragmentación social y la consecuente exclusión de aquellos grupos sociales más desfavorecidos, al no disponer estos de la cualificación necesaria para hacer frente a dichas transformaciones (Castells, 1997).

Hemos asistido en los últimos años a una evolución en las necesidades de capacitación tecnológica, unida a la aparición de nuevos usos y servicios relacionados con las tecnologías. De la época en la que los usuarios esperaban conseguir una iniciación en el manejo del ordenador y en navegar por Internet, hemos pasado a usuarios que ya demandan conocimientos de más nivel sobre algo más que la navegación en Internet: redes sociales, Internet en el móvil, comercio electrónico, trámites por Internet, teleformación, participación pública ciudadana, realidad aumentada, etc.

Aumentar los niveles de acceso a las TIC puede conllevar una serie de beneficios tanto a nivel económico, como social y político:



Gráfico 1: Dimensiones del concepto de exclusión social y aportaciones posibles

de las TIC a cada una. (adaptación de Van Windem, 2003)

Para salvar esta brecha digital, impulsar la Sociedad del Conocimiento y sacar el máximo partido a la red de redes, se ha puesto en marcha en Galicia una nueva iniciativa social e innovadora, el Programa Voluntariado Dixital.

A través de este programa, se apuesta por estrategias de inclusión digital adaptadas a través del fomento del voluntariado como estrategia de cohesión del tejido social, que tan necesario es para la construcción de una sociedad integradora, igualitaria e inclusiva.

El programa Voluntariado Digital, el cual se pone en marcha en enero de 2012, tiene como objetivo canalizar las diferentes formas de participación y contribución voluntaria en Galicia, ya sea a nivel individual o a través de la responsabilidad social empresarial por parte del sector privado y otras entidades, en la lucha contra la exclusión social y digital. A esto, se suman los esfuerzos de los poderes públicos con el firme objetivo de contribuir decisivamente, a la construcción de una Sociedad de la Información de todos y todas y para todas y todos.

## 2. MARCO DE REFERENCIA EUROPEO

### 2.1. Agenda Digital Europea

La Agenda Digital Europea, pretende impulsar la economía europea con la ayuda de la ciudadanía y las empresas europeas, y apoyándose en las tecnologías digitales ya que la economía digital crece a un ritmo siete veces superior al resto de la economía.



La Agenda Digital Europea está estructurada alrededor de siete pilares:

- 1 MERCADO DIGITAL ÚNICO
- 2 INTEROPERABILIDAD Y ESTÁNDARES
- 3 CONFIANZA & SEGURIDAD
- 4 ACCESO A INTERNET RÁPIDO Y ULTRARRÁPIDO
- 5 INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
- 6 MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN DIGITAL, HABILIDADES E INCLUSIÓN
- 7 BENEFICIOS DE LAS TIC PARA LA SOCIEDAD DE LA UE

## 2.2. H2020- HORIZONTE 2020 (2014-2020): Retos sociales

El Programa H2020 recoge todas las iniciativas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación de la UE bajo un techo común, jugando un papel crucial para lograr los objetivos de crecimiento y competitividad, estando considerado como una de las herramientas clave para mantener el liderazgo en la economía del conocimiento global.

Es un programa de 7 años con más de 70 mil millones de euros para distribuir entre sus tres ámbitos de actuación: Ciencia Excelente, Liderazgo Industrial y Retos Sociales.

### Retos sociales

Se reflejan aquí las prioridades políticas de la estrategia Europa 2020 y se abordan las grandes preocupaciones compartidas por la ciudadanía de Europa y otros lugares.

Un enfoque basado en los retos agrupará recursos y conocimientos de diversos ámbitos, tecnologías y disciplinas, incluidas las ciencias sociales y las humanidades. Se incluirán actividades desde la investigación hasta el mercado, con un nuevo énfasis en las actividades relacionadas con la innovación, como ejercicios piloto, demostración, bancos de pruebas y apoyo a la contratación pública y la asimilación por el mercado. Entrará aquí la creación de vínculos con las actividades de las Cooperaciones de Innovación Europea.

La financiación se centrará en los siguientes retos:

- 1 SALUD, CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y BIENESTAR
- 2 SEGURIDAD ALIMENTARIA, AGRICULTURA SOSTENIBLE, INV. MARINA Y MARÍTIMA Y BIOECONOMÍA
- 3 ENERGÍA SEGURA, LIMPIA Y EFICIENTE
- 4 TRANSPORTE INTELIGENTE, ECOLÓGICO E INTEGRADO



5 ACCIÓN POR EL CLIMA, MEDIO AMBIENTE, USO EFICIENTE DE RECURSOS Y MATERIAS PRIMAS

6 SOCIEDADES INCLUSIVAS, INNOVADORAS Y REFLEXIVAS

7 SOCIEDADES SEGURAS

“Salud, cambios demográficos y bienestar”: oportunidades que ofrecen las TIC en el cuidado de la salud de personas con discapacidad o de edad avanzada.

“Sociedades inclusivas, innovadoras y reflexivas”: incluye aspectos que están relacionados con el aprovechamiento que se puede derivar de un uso eficiente de las TICs para abordar las problemáticas incluidas en este reto.

### 2.3. NUEVO PROGRAMA PARA EL EMPLEO Y LA INNOVACIÓN SOCIAL (EaSI)

Son consideradas como innovaciones sociales, aquellas innovaciones que son sociales, tanto en sus medios como en sus fines. Específicamente se podrían definir como innovaciones sociales las nuevas ideas (productos, servicios y modelos), que simultáneamente atienden de forma más eficiente las necesidades sociales y crean nuevas relaciones sociales y colaboraciones.

El Parlamento Europeo y el Consejo alcanzaron un acuerdo político acerca del Programa para el Empleo y la Innovación Social (EaSI), para el periodo 2014-2020.

El programa EaSI apoyará los esfuerzos en el diseño y la implementación de las reformas sociales a nivel europeo, y nacional, así como a nivel regional y local, por medio de la coordinación política, la identificación, el análisis y la transferencia de buenas prácticas.

El programa EaSI integra y da cobertura a varios programas ya existentes: Progress (Programa para el Empleo y la Solidaridad Social), EURES (Servicios de Empleo Europeos) y el Instrumento Progress de Microfinanzas Europeo.

Puede resaltarse el interés que representa en este ámbito el Programa Progress, ya que entre las medidas financiadas, por ejemplo en el convocatoria 2013 denominada: Deliveringonskillsforgrowth and jobs, se incluía la realización de análisis y la identificación de medidas efectivas de implementación, buenas prácticas y enfoques innovadores que hagan un énfasis especial en el potencial de empleo que representan las TICs.

### 3. MOTIVACIÓN PARA SU PUESTA EN MARCHA

La Unión Europea ha establecido como objetivos comunitarios que toda la sociedad pueda hacer uso de las TIC y se dispone que para el año 2015, más del 75% de la población y más del 60% de las personas que pertenecen a colectivos desfavorecidos, usen internet de forma regular. Asimismo, se establece como objetivo reducir hasta el 15% el conjunto de la población que no ha usado nunca internet.

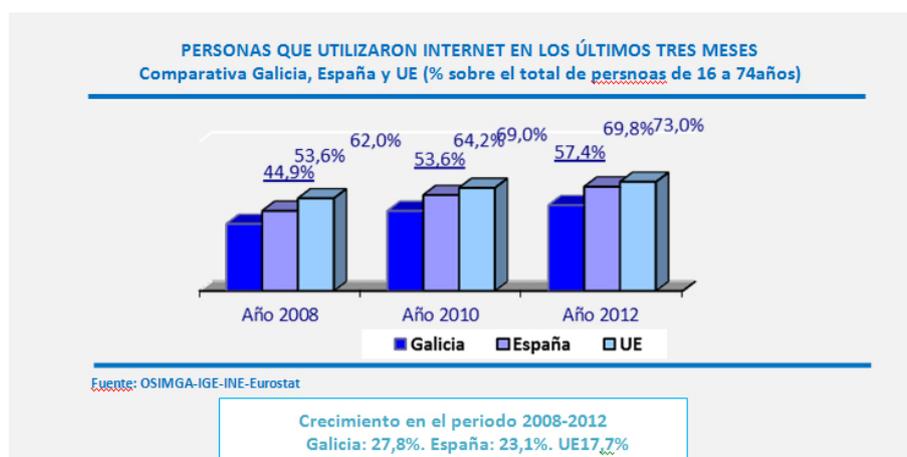
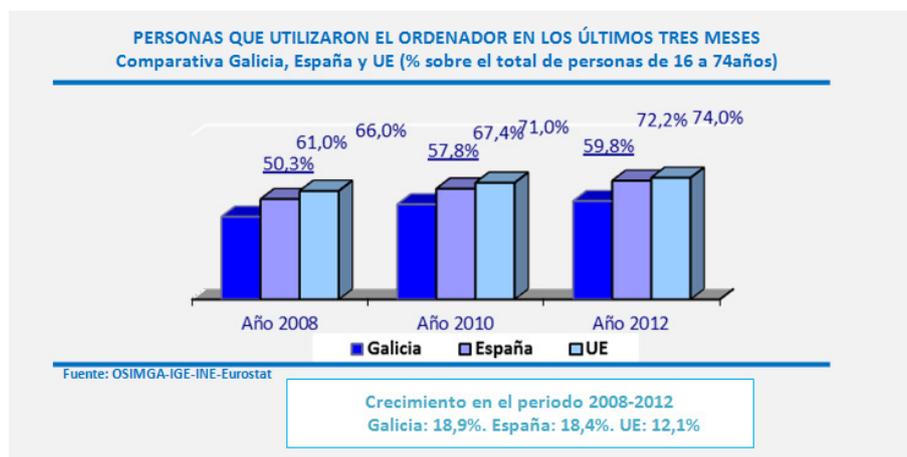
Objetivos	Valor a alcanzar	Año	Valor base Galicia (2012)	Valor base España (2012)	Valor base UE27 (2012)
Personas usando Internet de forma regular	75%	2015	57,4%	69,8%	73,0%
Personas de colectivos desfavorecidos usando Internet de forma regular	60%	2015	29,4%	44,9%	59,9%
Población que nunca ha accedido a Internet	15%	2015	33,7%	26,7%	22,0%
Individuos que usan el teléfono móvil vía UMTS (3G) para acceder a Internet	35%	2015	64,8%	56,0 %	11,8%

Fuente: Eurostat 2012; INE 2012; OSIMGA 2012. INE: Instituto Nacional de Estadística. OSIMGA: Observatorio de la Sociedad de la Información y la Modernización en Galicia.

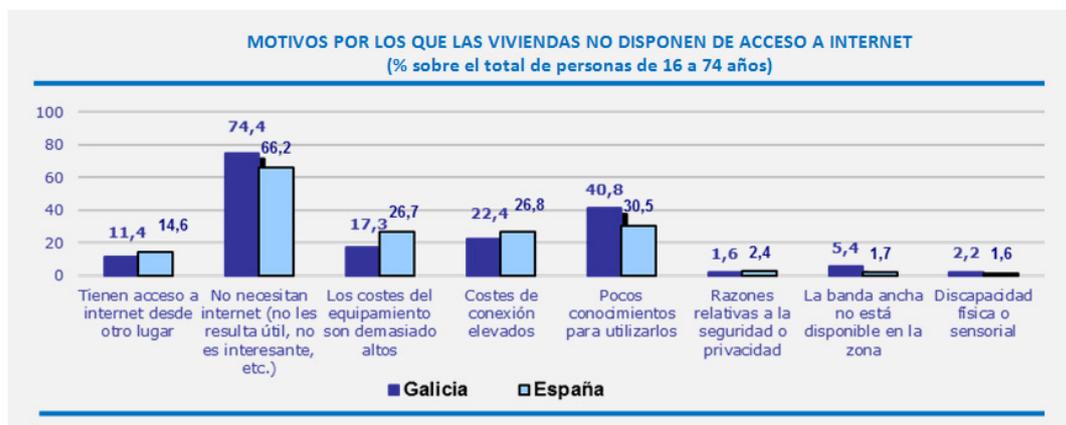
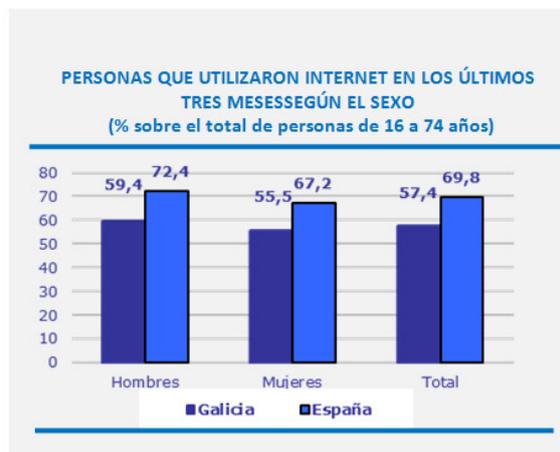
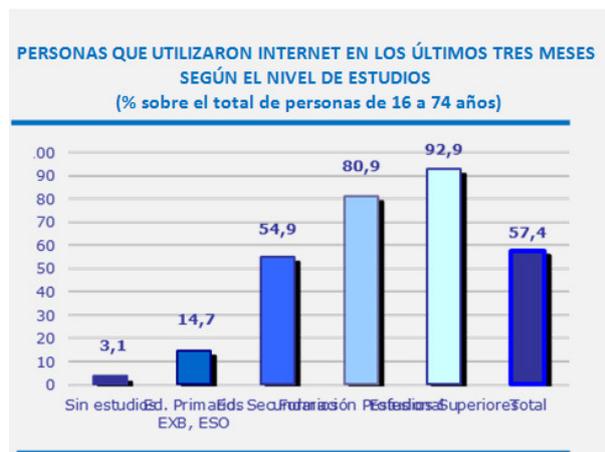
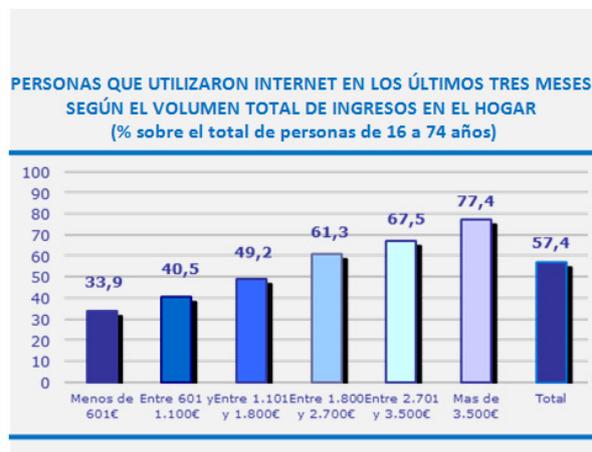
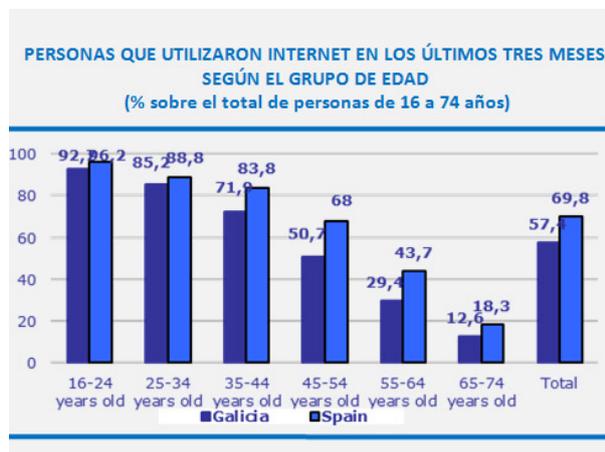
Como podemos observar en los datos reflejados en la tabla anterior, Galicia, se encuentra lejos de alcanzar los objetivos definidos a nivel estatal y en Europa.



## DATOS EXCLUSIÓN DIGITAL (Evolución 2008-2012)



## ROSTROS EXCLUSIÓN DIGITAL (Evolución 2008-2012)





# MOTIVACIÓN DEL PROGRAMA PARA LA AGENCIA PARA LA MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA DE GALICIA –AMTEGA Y LA DIRECCIÓN XERAL DE XUVENTUDE E VOLUNTARIADO

## Programa de inclusión social y digital de la Xunta de Galicia

Dichos objetivos requieren conseguir las condiciones para que toda persona que lo desee pueda, a pesar de sus desventajas individuales o sociales, participar plenamente en la Sociedad de la Información.

Por ello es necesario establecer objetivos específicos en relación a la alfabetización digital, la accesibilidad y la reducción de la brecha digital de género. Asimismo, se hace necesario establecer objetivos específicos centrados en la cualificación profesional, la mejora de la empleabilidad y la adaptación de los sistemas formativos para la capacitación digital.

En línea con el expuesto anteriormente, la Amtega en colaboración con la Consellería de Traballo e Benestar, a través de la Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado, se marcan como líneas de actuación conjuntas la puesta en marcha del programa Voluntariado Digital. (<https://voluntariadodixital.xunta.es/>)

Dicha iniciativa surge como una particularización en el ámbito de las TIC del III Plan Gallego de Acción Voluntaria 2011-2014, que permitirá que Galicia cuente con voluntariado capacitado digitalmente para contribuir a la integración de todos los gallegos y gallegas en la Sociedad de la Información.

Además, este Programa de Voluntariado Digital se concibe como un complemento a las actuaciones llevadas a cabo por la Xunta de Galicia en el ámbito de la difusión, sensibilización y capacitación TIC dirigidas a la ciudadanía en general, a través del proyecto Rede CeMIT (Red de Centros para la Modernización e Inclusión Tecnológica) <http://cemit.xunta.es/es>.

De esta manera, la puesta en marcha de un Programa de Voluntariado Digital representa una oportunidad potencial para acercar las TIC a un mayor porcentaje de la población, favoreciendo la inclusión digital de toda la ciudadanía, en especial de aquellos colectivos que actualmente presentan una mayor dificultad de acceso a las nuevas tecnologías y, por lo tanto, un mayor riesgo de exclusión social.

El programa de Voluntariado Digital nace con el objetivo de incorporar las nuevas tecnologías a la vida cotidiana de todos los gallegos y gallegas mediante la colaboración y compromiso de personas voluntarias, para fomentar la inclusión social utilizando las nuevas tecnologías como herramienta.

## 4. MARCO ESTRATÉGICO DEL PROGRAMA VOLUNTARIADO DIXITAL

### 4.1. Modelo conceptual y objetivos estratégicos

El Plan de inclusión socio digital articulado a través del programa Voluntariado Digital, se ha definido conceptualmente bajo las directrices marcadas desde la Comisión Europea, descritas en el punto 2 del presente documento “Marco de referencia europeo”, bajo este paraguas, se han marcado los siguientes objetivos estratégicos:



## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PROGRAMA VOLDIX

1. Mejorar la alfabetización, habilidades e inclusión digital
  2. Promoción de la investigación y la innovación en el ámbito de la Tecnología Social: TECNOLOXÍA PARA LA SALUD, BIENESTAR Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
  3. Fomentar el empleo en las nuevas profesiones digitales
  4. Promoción de la INNOVACIÓN SOCIAL: Construcción de una sociedad gallega inclusiva, innovadora y reflexiva
- 4.2. Colectivos de actuación





#### 4.3. Misión, visión y valores

##### Misión

Conseguir que todas las personas tengan, por igual, la oportunidad de acceder, conocer y utilizar Internet y las nuevas tecnologías, con el fin de paliar la brecha digital, eliminar brechas sociales existentes y fomentar la Sociedad del Conocimiento.

##### Visión

Utilizar las nuevas tecnologías como medio para la innovación social y el empoderamiento ciudadano.

##### Valores

Compartir conocimiento

Responsabilidad Social Tecnológica

Participación ciudadana

Innovación social

## 5. MARCO GLOBAL DE ACTUACIÓN

El correcto desarrollo de las actuaciones recogidas en el Programa de Voluntariado Digital (apoyo, difusión y sensibilización digitales) así como la consecución de su objetivo final: la inclusión digital, exige la disposición y coordinación de fundamentalmente 4 elementos, tal y como se muestra en la siguiente figura:



Figura 1. Agentes del Programa de Voluntariado Digital

El Voluntariado Dixital se fundamenta en el conjunto de las personas voluntarias digitales, personas que además de sus propios deberes profesionales y personales, de modo continuo, desinteresado responsable, dedican parte de su tiempo a actividades, en favor de los demás, con el objetivo de conseguir la inclusión social de la población gallega mediante el uso de las nuevas tecnologías.

Por otra parte el Programa de Voluntariado Dixital tiene un importante enganche en las Entidades Colaboradoras, las instituciones y/ organizaciones públicas y privadas con el papel de apoyo, soporte y aval al proyecto de manera continua y duradera, comprometidas activamente en base a una serie de programas de colaboración. Se clasifican en:

- » Entidades de Acción Voluntaria: <https://voluntariadodixital.xunta.es/entidades-accion-voluntaria> Son asociaciones o entidades del tercer sector gallego, que mediante un Acuerdo de Adhesiones hacen partícipes en la consecución de los objetivos del proyecto, asumiendo la tarea de difundirlo entre los colectivos con los que trabajan, al tiempo que se constituyen como beneficiarios de determinados recursos en el marco del Programa de Voluntariado Dixital, como apoyos dixitais del Programa y voluntarios.
- » Mecenas Dixitais <http://voluntariadodixital.xunta.es/mecenas-dixitais> Son empresas privadas que colaboran de forma relevante con el Programa de Voluntariado Dixital y participan vía convenio de colaboración en las diferentes líneas de actuación de los programas del Mecenazgo Digital.
- » Organismos Colaboradores <http://voluntariadodixital.xunta.es/organismos-colaboradores-voldi> Son instituciones públicas y privadas que representen intereses profesionales, científicos y/o empresariales y que tendrán el papel de entidades colaboradoras estratégicas, ayudando a definir la estrategia del programa.



Figura 2. Misión agentes del Programa Voluntariado Dixital

### 5.1. Líneas estratégicas y programas de actuación

Se definieron seis líneas de actuación (LA), como ejes fundamentales del Programa Voluntariado Dixital, que estructuran y canalizan la estrategia y los objetivos estratégicos del proyecto.

L1. Alfabetización e inclusión digital de la ciudadanía

L2. Tecnología social y accesible

L3. SOCIALMÁIS TIC



L4. RSE TIC

L5. Empleo

L6. UNIMÁIS TIC

L7. Innovación social

LÍNEA 1: ALFABETIZACIÓN E INCLUSIÓN DIGITAL	
1 Voluntariado con capacidades digitales	1.1 Voluntari@s individuales 1.2 Voluntari@s asociados a entidades de acción social 1.3 Voluntarios asociados a las empresas mecenas digitales
2 Entidades de acción social para la e-inclusión	2.1 Entidades de acción social ámbito personas mayores 2.2 Entidades de acción social ámbito personas con discapacidad 2.3 Entidades de acción social ámbito local (ayuntamientos) 2.4 Entidades de acción social culturales
3 Organismos colaboradores para la e-inclusión	3.1 Universidad 3.2 Ámbito asociativo TIC 3.3 Colegios profesionales 3.4 Administración
4 Mecenazgo digital a través de empresas del sector TIC	4.1 Voluntariado corporativo 4.2 Donación de equipamiento
5 Centros e infraestructuras tecnológicas de soporte al programa voluntariado digital	5.1 Rede CeMIT 5.2 Bibliotecas públicas 5.3 Centros sociocomunitarios
6 Apoyos digitales por colectivo de actuación	6.1 Personas mayores 6.2 Personas con discapacidad 6.3 Centros públicos educativos 6.4 Centros penitenciarios 6.5 Mujeres rural 6.6 Desemplead@s
LÍNEA 2: TECNOLOGÍA SOCIAL Y ACCESIBLE	
7 Promoción de la investigación en tecnologías accesibles y con fines sociales	7.1 Departamentos de las universidades gallegas y de las empresas mecenas digitales
8 Acercar los productos y servicios tecnológicos del sector TIC al sector social	8.1 Innovación tecnológica de las empresas TIC testada por la participación de las entidades de acción voluntaria destinatarias de esa tecnología.
9 Catálogos tecnología social	9.1 Integrado dentro del Mapa TIC de la Amtega: <a href="https://cdtic.xunta.es/mapatic/">https://cdtic.xunta.es/mapatic/</a>
LÍNEA 3: SOCIALMÁIS TIC	



10 Fomento de la profesionalización del tercer sector a través de las TIC	10.1 Marketing y comunicación digital 10.2 Productos y servicios tecnológicos dirigidos al sector social
<b>LÍNEA 4: RSE TIC</b>	
11 Catálogo buenas prácticas RSE sector TIC	11.1 Convenio de colaboración entre la administración responsable de RSE y el Cluster y cuatro asociaciones del sector Tic de la Comunidad autónoma de Galicia.
12 Foros buenas prácticas	12.1 Buenas prácticas de gestión e impacto en la comunidad 12.2 Buenas prácticas de gestión lugar de trabajo 12.2 Buenas prácticas RST: Responsabilidad social tecnológica
<b>LÍNEA 5: EMPLEO</b>	
12 Formación para el empleo	12.1 Convenio con entidades colaboradoras como Cruz Roja con proyectos específicos en esta área de empleo.
13 Identificar buenas prácticas y enfoques innovadores que hagan un énfasis especial en el potencial de empleo que representan las TICs.	13.1 Foro de debate de nuevos jóvenes emprendedores TIC <a href="http://voluntariadodixital.xunta.es/es/content/plan-de-formaci%C3%B3n">http://voluntariadodixital.xunta.es/es/content/plan-de-formaci%C3%B3n</a>
<b>LÍNEA 6: UNIMÁIS TIC</b>	
14 Voluntariado ámbito ingenieros de telecomunicaciones e informáticos: Escuelas y facultades universitarias TIC	14.1 Convenio con colegios profesionales que participan con sus precolegiados y desde el ámbito de la Universidad
16 Proyectos de inclusión digital en colaboración con las oficinas de voluntariado de las 3 universidades gallegas	16.1.- Convenio de colaboración con las tres universidades gallegas e inclusión del proyecto de voluntariado digital dentro de las ofertas a estudiantado que realizan las oficinas de voluntariado universitario.
<b>LÍNEA 7: INNOVACIÓN SOCIAL</b>	
17 Construcción de un mapa de agentes de innovación social en Galicia	
18 Identificación, el análisis y la transferencia de buenas prácticas	18.1 Iniciativas de la ciudadanía con financiación a través de plataformas de crowdfunding (verkami, goteo, lanzanos, ...)

## 6. RESULTADOS

A continuación se exponen algunos de los proyectos de inclusión socio-digital que hemos puesto en marcha a lo largo de estos dos años de andadura del proyecto.

COLECTIVO	NOMBRE PROYECTO	ENTIDAD COLABORADORA	ENTIDAD COLABORADORA
MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN, HABILIDADES E INCLUSIÓN DIGITAL			
PERSONAS MAYORES	PROYECTO SANTA COMBA NA MEMORIA	CONCELLO SANTA COMBA	A través de más de 5.000 fotografías “Santa Comba na Memoria” abre una ventana al pasado del ayuntamiento desde el año 1900. Tras el trabajo de escaneado, el voluntario digital del Programa fue el encargado de etiquetar y añadir comentarios a los miles de documentos gráficos que aportaron 400 vecinos y empresas del municipio. <a href="http://www.santacombanamemoria.es">www.santacombanamemoria.es</a>
	PROYECTO ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA ASOCIACIÓN SOCIOCULTURAL LOS TILOS	ASOCIACIÓN SOCIOCULTURAL LOS TILOS	Un voluntario digital, maestro de profesión y aficionado a la tecnología, decidió compartir sus nociones informáticas con las demás personas que, como él, se sienten atraídos por el novedoso mundo de las TIC. Manuel está a punto de cumplir 70 años y reconoce que acudir a la asociación cultural de Los Tilos es más que una terapia para él. Os seus alumnos, teñen idades comprendidas entre os 55 e os 70 anos.
	PROXECTO PUESTA EN MARCHA Y DINAMIZACIÓN DE UN AULA DE INFORMÁTICA EN LA PARROQUIA DE LOS ROSALES EN A CORUÑA	Unión Democrática de Pensionistas e Xubilados UDP REVERTIA	Cerca de 30 personas mayores están formándose en el uso de las TIC a través de tres voluntarios digitales, dos de ellos prejubilados, que se acercan tres horas a la semana cada uno para introducir los mayores en los conocimientos básicos de la informática, la navegación por Internet, las redes sociales y aquellas necesidades sobre tecnología que vayan surgiendo. Nuevo equipamiento gracias a un mecenas digital Además, la parroquia recibió 12 ordenadores gracias a la empresa Revertia, mecenas dixital del programa, que recicla equipos informáticos obsoletos para su uso posterior en entidades de acción social. En total, Revertia donó, a través del Programa de Voluntariado Digital, cerca de 30 equipos a diferentes asociaciones o entidades sin ánimo de lucro.



RECLUSOS PRISIONES	PROYECTO TECNOLOGÍA Y SOFTWARE LIBRE EN CENTROS PENITENCIARIOS GALLEGOS	ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SOSTWARE LIBRE DA TERRA DE MELIDE (MELISA)	El proyecto incluye un programa formativo basado en la celebración de tres talleres tecnológicos, que permitirán que los internos de las prisiones gallegas adquieran los conocimientos básicos para poder identificar los componentes de un ordenador así como instalar y configurar un sistema operativo libre. A través de estos talleres, de 3 días de duración, los internos de las prisiones podrán verificar finalmente el funcionamiento de equipos informáticos con los que cuenta su centro penitenciario respectivo, para poner en marcha un aula de informática con software libre y gestionada por ellos mismos.
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PROYECTO CENTRO DE RECURSOS PARA PERSONAS CON GRAN DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA COMARCA DE LUGO	COGAMI	Asesoramiento tecnológico por parte de voluntarios dixitais sobre los productos y servicios tecnológicos más adecuados para las personas con discapacidad del centro.
PADRES Y MADRES	PROYECTO EDUCA R	R CABLE Y TELECOMUNICACIONES GALICIA	R forma parte del Programa de Voluntariado Dixital como 'mecenas digital', acercando a la iniciativa la experiencia de los profesionales de R. Precisamente en el marco de VOLDIX y en colaboración con INTECO, el Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación del Ministerio de Cultura, se impartieron en centros de Primaria y Secundaria de Galicia una serie de charlas para formar a las familias y al profesorado sobre el uso seguro de las tecnologías de la información entre los más pequeños.
DESEMPLEADO@S	PROYECTO ESPACIOS DE BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO	CRUZ ROJA	VOLDIX y Cruz Roja colaboran en el servicio de orientación y búsqueda de empleo que se ofrece a los/as usuarios/as de los Espacios de Búsqueda Activa de Empleo, a través de voluntarios digitales. Los espacios de búsqueda activa de empleo, son lugares equipados con los medios medios técnicos necesarios para que las personas usuarias puedan preparar su candidatura, suscribirse y hacer seguimiento a una oferta de empleo.



PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA TECNOLOGÍA SOCIAL

SECTOR TIC SECTOR SOCIAL UNIVERSIDAD	CATÁLOGO TECNOLOGÍA SOCIAL		Inventario de productos y servicios tecnológicos objetivo es dar solución a problemas relacionados con los ámbitos de salud, bienestar y envejecimiento activo.
	Jornada BUENAS PRÁCTICAS EN TECNOLOGÍA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 11 empresas, 13 soluciones TIC	Representantes das asociacións TIC galegas AGASOL, AGESTIC, EGANET, INEO e o CLUSTER TIC	Once empresas tecnológicas gallegas expusieron trece soluciones y aplicaciones disponibles en el mercado o en fase de elaboración, orientadas específicamente para personas con discapacidad, personas mayores y dependientes. Plataformas para personas con parálisis cerebral, para la formación de personas con discapacidad auditiva, sistemas de videointerpretación en lengua de signos, soluciones para el diagnóstico y seguimiento de personas autistas, o sistemas de monitorización y localización de personas diagnosticadas de demencia, son algunas de las 13 propuestas que se presentaron. Tras la presentación, representantes de las asociaciones TIC gallegas AGASOL, AGESTIC, EGANET, INEO y o CLUSTER TIC y de las organizaciones sociales CRUZ ROJA, COGAMI, FAXPG, FEGADACE, ONCE, FEAFES GALICIA, DOWN GALICIA y AUTISMO GALICIA, participaron en una mesa redonda sobre la contribución tecnológica al bienestar social.
	VOLUNTARIOS UNIMÁSIS TIC Ingenieros de telecomunicaciones e ingenieros informáticos	UNIVERSIDAD VIGO_UVIGO UNIVERSIDAD A CORUÑA_UDC UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA_USC	Línea de voluntariado digital específica para los estudiantes de las tres universidades gallegas con el objetivo de impulsar la colaboración entre el sector TIC y las universidades en el ámbito de la TECNOLOGÍA SOCIAL, acercar el mundo de internet y la tecnología social al sector social a través de la gestión de los voluntari@s digitales y poner en contacto a los voluntari@s digitales universitarios con los profesionales del sector TIC para orientarlos en su formación y búsqueda de empleo, con el objetivo final de contribuir al desarrollo de la INNOVACIÓN SOCIAL en Galicia, construir un mapa de agentes de la innovación social y promover el EMPRENDIMIENTO SOCIAL.



FOMENTAR EL EMPLEO EN LAS NUEVAS PROFESIONES DIGITALES			
JÓVENES EMPRENDEDORES DESEMPLEAD@S	FORO "IDENTIDAD DIGITAL Y BÚSQUEDA DE EMPLEO"	4 VOLUNTARI@S DIGITALES	4 voluntari@s digitales expertos en el ámbito de los recursos humanos y la identidad digital. Estos voluntarios son profesionales de las siguientes empresas: INFOJOBS, Departamento recursos humanos R, Blog Laboral News y consultora de RRHH EGA Consultores. Ver PROGRAMA
	FORO "NUEVOS PERFILES PROFESIONALES EN LA ERA DIGITAL"	9 VOLUNTARI@S DIGITALES	Nueve voluntari@s digitales nos cuentan su experiencias en las profesiones de: Inbound marketing, community manager, professional blogger, desarrollador de videojuegos, desarrollador para tecnologías móviles, digital art, web designer, web analyst, animación 3D. Ver PROGRAMA
PROMOCIÓN DE LA INNOVACIÓN SOCIAL			
CIUDADANÍA DIGITAL	Foro "REDES SOCIALES Y COMUNICACIÓN 2.0 "	20 VOLUNTARI@S DIGITALES	El pasado mes de junio de 2013 se abordó un programa formativo sobre Redes sociales y comunicación 2.0; Identidade Dixital, Community Manager e Crowdfunding. Ver PROGRAMA
SECTOR TIC SECTOR SOCIAL	PROYECTO RSE-TIC PARA EL FOMENTO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL EN EL SECTOR TIC GALLEGO	CONSELLERÍA DE TRABAJO E BENESTAR, Y LAS ASOCIACIONES EMPRESARIALES AGASOL, AGESTIC, CLUSTER TIC y EGANET	Los dos objetivos globales del proyecto RSE-TIC son: - Impulso a la Responsabilidad Social Tecnológica: fomentando la difusión y ejecución de servicios y productos de tecnología para la salud, el bienestar y el envejecimiento activo por parte del sector TIC gallego, - Fomento, difusión y puesta en marcha de buenas prácticas en materia de RSE: lugar de trabajo, impacto en la comunidad, medio ambiente, ...
PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL	Plataforma CROWDFUNDING AGORA MÁIS QUE NUNCA	CRUZ ROJA	Colaboración con CRUZ ROJA en el proceso de difusión de esta PLATAFORMA de manera física y virtual, a través de voluntari@s digitales y herramientas web de la Amtega, con el objetivo de generar la movilización social que permita conseguir el financiamiento de los proyectos.



XXVI CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA



# COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES



# ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y EJERCICIO REGLADO EN MAYORES DE CANTABRIA: PROYECTO MARISMA

**Autores:** Sarabia, C.M<sup>1</sup>., Ortego, M.C<sup>1</sup>., Torres, B.<sup>1</sup>, San Martín, M<sup>2</sup>., Noriega, M.J<sup>2</sup>., Castanedo, C<sup>1</sup>., Salvadores, P<sup>1</sup>., Nieto, A<sup>3</sup>., Santurtun, M.

**Institución:** <sup>1</sup>Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria. <sup>2</sup> Departamento de Fisiología, Universidad de Cantabria. <sup>3</sup> Departamento de Matemáticas, Universidad de Cantabria.

**Palabras clave:** Prevención, Calidad de Vida, Personas mayores, Patrón de actividad física.

**Introducción:** Las mejoras asociadas a la práctica de actividad física en mayores, especialmente si ésta es reglada y controlada, implica numerosos beneficios.

**Objetivo:** Analizar si la realización de una actividad física reglada, progresiva y adaptada en población mayor de 54 años mejora su condición física y su percepción de calidad de vida y bienestar.

**Método:** 83 personas mayores de 54 años forman parte de este estudio longitudinal de dos grupos (48 en experimental y 35 en grupo control), con medidas pre y post intervención. La intervención consistió en un programa de ejercicio reglado y controlado por monitores especializados, durante seis meses. Se recogieron datos sociodemográficos, medidas fisiológicas, antropométricas y psicológicas.

**Resultados:** La edad media fue de 62,83 años (sd= 6,63, rango: 54-79 años), 59% mujeres, 76,8% está casado o convive con su pareja, 46,3% tiene 2 hijos, 45,1% estudios universitarios, 47,4% sigue en activo y 29,5% con ingresos mensuales entre 1000-1500 euros. En la medida basal no se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna variable. Al comparar las puntuaciones post en el grupo experimental se aprecia una reducción significativa del peso (diferencia media=0,86 t=2,512 p=0,017), de la frecuencia cardíaca (diferencia media=7,34 t=4,25 p=0,000) y de la masa grasa (diferencia media=1,65 t=5,21 p=0,000) tras esos seis meses.

**Conclusiones:** Los resultados apuntan a que la práctica regular de ejercicio reglado mejora algunos parámetros fisiológicos directamente relacionados con la salud como el peso, la frecuencia cardíaca y la masa grasa.

## Referencias:

1. Anderssen, S.A., Carrol, S., Urdal, P., Holme, I. (2007). Combined diet and exercise intervention reverses the metabolic syndrome in middle-aged males: Results from the Oslo Diet and exercise study. *Scand. J. Med. Sports.* (17), 687-695.
2. Cancela, J.M., Ayán, C., Varela, S. (2009). La condición física saludable de anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Rev Esp. Geriatr. Gerontol.* 44(1), 42-46
3. Eyigor, S., Karapolat, H., Durmaz, B. (2007). Effects of a group-based exercise program on the physical performance, muscle strength and quality of life in older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 45, 259-271.



XXVI CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA

4. Piedras-Jorge C., Meléndez-Moral, J.C., Tomás-Miguel, J.L. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 45(3), 131-135.



# BENEFICIOS DE LA ACUPUNTURA EN LA GONALGIA Y OTRO DOLOR FÍSICO EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

**Autores:** Fernandes Alves, M.M., Dapía, M., Failde, J.M.

**Institución:** ACES do Cávado I – Braga. Universidad de Vigo. Facultad Ciencias Educación (Ourense)

**Palabras clave:** Acupuntura, terapia alternativa, dolor, mayores, rodilla

**Introducción:** El dolor de rodilla es una manifestación frecuente en las personas mayores; el tratamiento farmacológico no siempre resulta efectivo y es necesario investigar la eficacia de enfoques alternativos.

**Objetivos:** Evaluar los efectos de la acupuntura en el alivio del dolor de rodilla.

**Método:** Estudio cuasi-experimental de medidas parcialmente repetidas, con un diseño factorial mixto con 3 grupos aleatorios (no intervención, acupuntura y rehabilitación). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron entrevista sociodemográfica y clínica, escala numérica del dolor, índice de Barthel y GDS.

**Resultados:** Los análisis inter e intra-grupales, para las variables intensidad y frecuencia del dolor de rodilla, constatan que, tras los tratamientos respectivos, los mayores pertenecientes al grupo control sienten más, y con mayor frecuencia, dolor de rodillas que los de los grupos de acupuntura y rehabilitación, siendo menor el dolor en el grupo de acupuntura.

**Conclusiones:** La aplicación de la acupuntura mostró un efecto positivo sobre la gonalgia.

## Referencias:

1. Corbett MS et al. (2013) Acupuncture and other physical treatments for the relief of pain due to osteoarthritis of the knee: network meta-analysis. *Osteoarthr Cartilage*, 21(9): 1290-8.
2. Vas, J. y Aguilar, I. (2013). Hacia un tratamiento óptimo de la artrosis de rodilla con acupuntura: revisión de los diferentes enfoques, técnicas y sus efectos. *Rev Int acupuntura*, 7(4): 131-143.



# IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO AERÓBICO A LARGO PLAZO SOBRE EL RIESGO DE CAÍDAS Y LA FUNCIONALIDAD COGNITIVA EN ANCIANOS CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADOS

**Autores:** Vila, H., Cancela, J.M., Mallo, A., Varela, S., Ayán, C.

**Institución:** Faculty of Education and Sport Sciences, University of Vigo, Spain.

**Palabras clave:** Ancianos, Atención, Cognición, Ejercicio, Memoria

**Introducción:** Existe evidencia científica sobre los beneficios del ejercicio aeróbico en personas institucionalizadas con deterioro cognitivo, sin embargo la mayoría de las intervenciones han sido de corta duración (Pitkälä et al., 2013).

**Objetivo:** Analizar el efecto del ejercicio físico aeróbico de larga duración sobre el riesgo de caídas y la funcionalidad cognitiva en ancianos institucionalizados con demencia (DM).

**Método:** Ancianos institucionalizados diagnosticadas con DM ( $MEC < 24$ ) (Lobo et al, 1999) fueron distribuidas aleatoriamente en un grupo de ejercicio (GE) que siguió un programa basado en la realización de en una sesión diaria de al menos 15 minutos de pedaleo durante 15 meses, y otro grupo que no se ejercitó (GC). El riesgo de caídas se valoró mediante el cuestionario de la OMS (Vidán et al., 1993), mientras que la funcionalidad cognitiva se evaluó a través del "Symbol Digit Modalities Test" (Smith, 2002).

**Resultados:** Un total de 63 y 51 pacientes conformaron el GE y el GC respectivamente. La comparación de los efectos de la intervención confirmó el impacto significativo del ejercicio aeróbico sobre la funcionalidad cognitiva [ $F(1-114)=7.716$ ;  $sig=0.011$ ] y sobre el riesgo de caídas [ $F(1-114)=3.337$ ;  $sig=0.042$ ].

**Conclusiones:** El ejercicio aeróbico a largo plazo es una estrategia efectiva que parece disminuir el riesgo de caídas y mejorar la funcionalidad cognitiva en personas institucionalizadas diagnosticadas con DM.

## Referencias:

1. Pitkälä KH, Pöysti MM, Laakkonen ML, Tilvis RS, Savikko N, Kautiainen H, Strandberg TE. (2013). Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial (FINALEX): A Randomized Controlled Trial. *JAMA Internal Medicine*, 15,1-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.359
2. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, de la Camara C, Ventura T, et al. (1999). [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Medicine Clinical (Barc)*, 112(20), 767-74.
3. Vidán MT, Vellas B, Montemayor T, Romer C, Garry PJ, Ribera JM, et al. (1993). Cuestionario de la OMS para el estudio de las caídas en el anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 41-8.
4. Smith A. (2002). SDMT: Test de símbolos y dígitos: Manual. Madrid: TEA Ediciones.



## FACTORS TO PREDICT THE USE OF PRIMARY HEALTH CARE: HEALTH CARE CENTER VERSUS ELDER'S HOME

**Authors:** de Labra, C<sup>1</sup>., Carpenente, J<sup>2</sup>., Rodríguez-Villamil, J.L<sup>3</sup>., Balo, A<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>3</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>3</sup>.

**Institution:** <sup>1</sup>Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña; <sup>2</sup>Centro Salud Narón, Estrada Castela, E-15570 Narón, A Coruña; <sup>3</sup>Gerontology Research Group, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, Universidade da Coruña, Campus de Oza, E-15071 A Coruña

**Keywords:** Aging, Health care system, Predictors

**Introduction:** According to the World Health Organization the proportion of elder people is growing and advanced age has proved to be a predictor of health service use.

**Objectives:** To explore the relationship between socio-demographics, social support, lifestyle and disease-related variables with the place of health care provision.

**Method:** A cross-sectional analysis was conducted in the Aranga Primary Health Care Center. Data were collected from patients receiving care at this center (n = 71) or at home (n = 56). Logistic regression analyses determined the variables modifying the health care utilization.

**Results:** Users of home visits were older, with less family incomes (p = 0.047) and with a weaker social relation structure. Also aged people with nutritional risk status (p < 0.00), heart failure (p = 0.026), functional dependence (p < 0.000) and cognitive impairment (p < 0.000) were more likely to request visits at home. In a multivariate analysis, home care visits were independently associated with nutritional risk (odds ratio, OR = 3.13), functional dependence (OR = 3.36), and age (OR = 7.26).

**Conclusions:** Our study raises the possibility that health and social aspects of the elderly should be considered in a multidimensional manner to predict health service use.



## MULTISENSORY STIMULATION VS. CONVENTIONAL ONE-TO-ONE STIMULATION IN DEMENTIA

**Authors:** Marante, M.P., López, E., Sarabia, C., de Labra, C., Maseda, A., Millán-Calenti, J.C.

**Institution:** Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña.

**Keywords:** Multisensory environmental therapy, Elderly, Snoezelen

**Introduction:** Progressive loss of cognitive abilities with aging implies difficult communication between patients and gerontology professionals. Multisensory stimulation is one of the interventions that offer the potential to increase meaningful communication with patients with dementia.

**Objectives:** To compare if multisensory stimulation (MSSE) in a Snoezelen room is more effective than conventional one-to-one stimulation in elderly people with dementia on mood, behavior and biomedical parameters.

**Method:** Thirty patients with dementia diagnoses were included and randomly assigned to the following three groups: MSSE, one-to-one activities and control. The MSSE and activity group participated in two weekly individualized intervention sessions for 16 weeks. The subjects' mood and behavior were rated using the Interact scale (before, during and after the sessions).

**Results:** From before to after sessions, the MSSE and activity groups exhibited decreases in heart rate and increases in blood oxygen saturation, they were more attentive to/focused on their environments and were more active and alert. There were no significant differences between the groups in behavior, mood or biomedical parameters.

**Conclusions:** MSSE was not found to be more effective than the activity sessions in changing behavior and biomedical parameters in the short term. Both therapies appear to be effective for people with dementia.



# LOS/AS EDUCADORES/AS SOCIALES EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES

**Autores:** Pérez, A., López, M.

**Institución:** Universidad de Vigo

**Palabras clave:** profesionalización, educación social, personas mayores.

**Introducción:** El progresivo reconocimiento de los educadores sociales como profesionales de la educación, ha obligado a intensificar los esfuerzos para la definición de sus señas de identidad.

**Objetivos:** Describir el perfil laboral y profesional de los/as Educadores/as Sociales en las residencias de Personas Mayores en la provincia de Lugo

**Método:** Estudio descriptivo a partir de una entrevista diseñada ad hoc con 31 preguntas, agrupadas en tres bloques: datos de identificación personal (sexo, edad, estudios, formación complementaria...), datos profesionales-laborales (entidad, categoría profesional, contrato...) y práctica profesional (funciones, actividades, dificultades...).

**Resultados:** De los 50 centros residenciales existentes en la provincia de Lugo, sólo el 16% cuenta con este perfil profesional, siendo en su totalidad del sexo femenino. En cuanto a las funciones realizadas más frecuentes destacan: planificación, organización y ejecución de actividades de estimulación cognitiva y de ocio (87,5%); valoración y seguimiento individualizado mediante la aplicación de escalas gerontológicas (62,5%); gestión de recursos (37,5%); implicación de las familias en la dinámica del centro (37,5%); y colaboración en reuniones internas del equipo multidisciplinar (37,5%).

**Conclusiones:** Uno de los factores que inciden en el problema respecto al desempeño del trabajo del educador/a social es la indefinición de sus funciones. Otras dificultades son: indefinición del campo de trabajo, solapamiento de tareas con otros profesionales, desgaste psicológico, irregularidades en las contrataciones, problemas de coordinación y defensa del ámbito de trabajo.

## Referencias:

1. Forés, A. y Novella, A. (Coord.). (2013). 7 retos para la educación social. Reinventarse como profesional social, nuevos desafíos para la empleabilidad. Barcelona: Gedisa, S.A.
2. Romans, M., Petrus, A. y Trilla, J. (2000). De profesión: educador (a) social. Barcelona: Paidós.



## MODELO HOUSING EN LOS CENTROS DE DÍA SARAIVA

**Autores:** Cons, M.J., Leirós, R., Araújo, M., Bouzada, C., Domínguez, S., Saborido, L., Fra, R., López, N.

**Institución:** Centros de Día Saraiva en la provincia de Pontevedra

**Palabras clave:** housing, diseño arquitectónico, actuaciones ambientales

**Introducción:** Según datos de la OCDE, las personas mayores de 80 años pasarán a representar el 4% de la población europea en 2.010, al 10% en 2.050. Estas cifras inciden directamente sobre las perspectivas de futuro a adoptar en cuanto a los servicios que se dedican a la atención de personas mayores. Puesto que paralelamente al dato anterior, las estadísticas como las realizadas por el IMSERSO en 2.010 confirman que el 90% de las personas mayores “Quieren envejecer en su casa”.

Además de datos, numerosos estudios confirman con evidencia científica que envejecer en el hogar (o entornos que favorezcan esa percepción) es la opción más adecuada. Sin embargo, existen cifras como las aportadas por el Consejo Superior del Poder Judicial que revelan que de las 400.000 personas que viven en residencias en España, 150.000 lo hacen en condiciones que no son acordes con los principios básicos de la atención y la calidad de vida.

**Objetivos:** Determinar los parámetros de diseño arquitectónico y actuación ambiental que inciden sobre los estados emocionales de los sujetos en los centros de atención diurna.

- » Definir las características espaciales determinantes que permiten el cambio de visión sobre las instituciones sociosanitarias (alejan el concepto de atención exclusivamente sanitaria/asistencial)
- » Definir el alcance de los espacios sobre los indicadores de calidad de vida.
- » Desarrollar espacios que ejerzan de impulsores sobre las capacidades de las personas suprimiendo los espacios que generan obstáculos sobre esas mismas capacidades.

**Método:** Se definen dos procesos de actuación diferenciados en la aplicación del Modelo housing en los Centros de día Saraiva, en base a:

1. Aplicación en dos centros que se encuentran en funcionamiento desde hace años en el momento de la puesta en marcha:

- a) Análisis de los espacios.
- b) Detección de las necesidades.
- c) Desarrollo de actuaciones sobre los factores estudiados como determinantes:
  - » Diseño arquitectónico
  - » Distribución espacial



- » - Condiciones lumínicas
  - » Interiorismo
  - » Atrezzo
  - » Utilidad/ finalidad de los espacios
- d) Evaluación sobre el impacto.
- e) Desarrollo de nuevas mejoras.
- f) Evaluación continua.

1. Aplicación en un Centro desde el momento de su diseño previo al inicio de su funcionamiento:

- a) Estudio de entorno:
- » Análisis de la ubicación
  - » Análisis de la edificación (espacios exteriores, vías de comunicación, accesibilidad, diseño exterior)
- b) Aplicación desde los planos del modelo housing en factores determinantes:
- » Diseño arquitectónico
  - » Capacidad/ superficie/ dimensiones/ distribución espacial
  - » Condiciones lumínicas
  - » Mobiliario/ revestimientos/ acabados
  - » Instalaciones (puntos de luz, salas, enchufes...)
  - » Interiorismo
  - » Atrezzo
  - » Uso del color
  - » Utilidad/ finalidad de los espacios
- c) Valoración desde el momento inicial sobre el impacto
- d) Desarrollo de nuevas mejoras
- e) Evaluación continua

**Resultados:** La determinación de los valores que inciden sobre el estado emocional de las personas ha venido dado por la valoración subjetiva y el juicio de valor de las personas usuarias, analizando la relación directa y el impacto de las características físicas en el estado emocional. Esta valoración ha permitido obtener un análisis de las percepciones clasificados en cuantitativas (aspectos materiales) y cualitativas (aspectos de atribución que los sujetos hacen a los espacios).



**Conclusiones:** El espacio es un factor fundamental para alcanzar el bienestar emocional. Cómo las instituciones se comunican a través del espacio y todos sus atributos, incidirá en mayores porcentajes sobre los indicadores de bienestar emocional en las personas: seguridad, ausencia de estrés, autoconcepto y satisfacción.

El método de valoración a través de la observación aporta evidencias de los beneficios del Modelo Housing en el registro de comunicación y sus mensajes. Aparición y aumento de las expresiones “Me siento como en casa”, “Aunque no estoy en mi casa aquí me siento bien”, “Es un lugar familiar”.

En el desarrollo de todo el proceso, el problema detectado ha sido la inexistencia de escalas de valoración que estudien los efectos de las condiciones físicas sobre las personas institucionalizadas en centros de atención sociosanitaria.

## Referencias:

1. Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Rodríguez, P. Fundación Caser para la dependencia, 2012.



## EFECTOS DEL GRADO DE URBANIZACIÓN Y OCUPACIÓN EN EL DETERIORO COGNITIVO: PROYECTO VERISAÚDE

**Autores:** Lorenzo-López, L<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>1</sup>., Buján, A<sup>1</sup>., de Labra, C<sup>2</sup>., López, R<sup>1</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>1</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup> Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña. <sup>2</sup> Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña.

**Palabras clave:** Estado cognitivo, Profesión principal, Rural-urbano

**Introducción:** Los mayores que residen en medio urbano presentan mejor estado funcional-cognitivo que los del medio rural. Además, niveles educativos elevados y ocupación principal más cualificada se relacionan con menores niveles de deterioro cognitivo, lo que se ha considerado como un factor protector.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en una muestra representativa (n=749) de personas de 65 o más años que acudían a asociaciones de mayores de Galicia en función del grado de urbanización y la ocupación.

**Método:** El deterioro cognitivo se detectó con el Mini-Mental State Examination ajustando por edad y nivel educativo.

**Resultados:** La prevalencia de deterioro cognitivo fue de 6,5%. El 5,3% de los mayores que residían en áreas densamente pobladas (urbanas) presentaron deterioro cognitivo, frente al 7,8% de los que residían en áreas de población intermedia-poco pobladas (rurales). Aunque, en línea con la literatura, se observó una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en las zonas rurales, la diferencia no fue significativa (urbano: 28,38±2,24; rural: 28,21±2,38, p=0,329). Niveles más cualificados de ocupación se correspondieron con un mejor estado cognitivo (p=0,013).

**Conclusiones:** Se muestra la necesidad de tener en cuenta aspectos geográficos y de ocupación en el estudio del deterioro cognitivo asociado a la edad.



## TELEGERONTOLOGÍA®: RECURSO COMUNITARIO BASADO EN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

**Autores:** Lorenzo, T<sup>1</sup>., Río Díaz, T<sup>1</sup>., Lodeiro, L<sup>1,2</sup>., Antuña-de la Paz, G<sup>2</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup> Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup> Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña

**Palabras clave:** Centros comunitarios, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), Calidad de vida subjetiva, Exclusión social

**Introducción:** El Programa Telegerontología® es un servicio basado en las tecnologías de la información y las comunicaciones, dirigido a personas mayores de 65 años que acuden a centros comunitarios del Ayuntamiento de A Coruña.

**Objetivos:** Analizar el estado cognitivo, afectivo y la Calidad de Vida Subjetiva (CVS) de los usuarios del programa, realizando así un seguimiento de los participantes para evitar, entre otros, el riesgo de exclusión social derivado del envejecimiento.

**Método:** Se realizó una valoración geriátrica al inicio y al final del Programa a 124 usuarios. Se utilizaron instrumentos validados en población española.

**Resultados:** Al analizar la situación cognitiva y afectiva, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, las cuales sí se obtuvieron en las puntuaciones del test WHOQoL-Bref que valoraba la CVS ( $p < 0,000$ ). Se observaron además relevantes incrementos en las puntuaciones de las áreas estudiadas: salud física, salud mental, relaciones sociales y ambiente.

**Conclusiones:** Si bien no es posible realizar generalizaciones a partir de estos datos, es interesante observar el incremento de las puntuaciones en las áreas de la CVS estudiadas. Sin embargo, son necesarios más estudios que tengan en cuenta otras variables para poder realizar conclusiones científicas con rigor acerca de la participación en este Programa.



## SEXUALIDAD EN EDADES QUE NO DEJAN DE AVANZAR

**Autores:** Núñez, O.

**Institución:** Centro de Atención a Personas Maiores de Outes (Consortio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar)

**Palabras clave:** Afectividad, Amor, Genitalidad, Coitocentrismo, Diversidad. Introducción:

**Introducción:** La Sexualidad Humana atraviesa una serie de inevitables cambios que necesitan ser integrados como factor relevante de Calidad de Vida. Desde la Educación Permanente, apostamos por la Educación Sexual como vía de crecimiento personal que contribuye al bienestar global del individuo.

**Objetivos:** 1) Concienciar sobre la necesidad de optimizar la vida sexual de las personas mayores, más aún en casos de dependencia, que frecuentemente conducen a la Asexuación. 2) Fomentar la apertura actitudinal hacia una sexualidad positiva.

**Metodo:** A través del coloquio grupal, se revisarán mitos, tabúes y estereotipos, individuales y colectivos; diferencias intergéneros, y casos prácticos.

**Resultados:** Exposición de dificultades, potencialidades y recursos, observados a través de indicadores objetivos (participación) y subjetivos (verbalizaciones).

**Conclusiones:** Se concluye con los cambios obtenidos tras la intervención transversal sexológica con usuarios del Centro de Día, vías a seguir explorando y posibles intervenciones futuras.

### Referencias:

1. López-Sánchez, F. y Olazabal, J.C. Sexualidad en la Vejez. Pirámide
2. Bolinches, A. Sexo Sabio. De Bolsillo.
3. Cabello Santamaría, F. Manual de Sexología y Terapia Sexual. Síntesis.



## PERFIL DE INGRESO EN LA RESIDENCIA DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES VIGO I (2002-2012)

**Autores:** Mosquera Losada, M.E., Pérez Martínez, J., López Troitiño, E., Agras Suárez, M.C.

**Institución:** Escuela Universitaria de Povisa (Universidad de Vigo); Residencia de Atención a personas dependientes Vigo I (Xunta de Galicia)

**Palabras clave:** Valoración Geriátrica Integral, Personas dependientes, Institución sociosanitaria

**Introducción:** El aumento de la población mayor de 60 años en el mundo es uno de los grandes retos de la sociedad actual, situación que se agravará en el futuro. Debemos recordar que el aumento de edad conlleva la aparición de una mayor dependencia. Dentro de la atención a la dependencia encontramos los centros residenciales, siendo la residencia de atención a personas dependiente Vigo I la de mayor capacidad de Galicia (306 plazas).

**Objetivo:** Comparar el estado funcional y cognitivo de los usuarios que ingresan en los años 2002 y 2012, en la residencia de atención a personas dependiente Vigo I.

**Método:** Se ha realizado un análisis comparativo, transversal y prospectivo, de una población total de 182 residentes, (90 ingresos en 2002, y 92 en 2012), extrayendo los datos de la base de registros diarios realizados por el personal de la residencia.

**Resultados:** Perfil del paciente que ingresa en el año 2002: Mujer, viuda, 85 años, Barthel de 35, Katz G, que deambula sin ayuda, con incontinencia mixta, MEC entre 11-20 y GDS de 4.

Perfil del paciente que ingresa en el año 2012: Mujer, viuda, 81 años, Barthel de 30, Katz G, que se desplaza en silla de ruedas, con incontinencia mixta, con MEC entre 0-10 y GDS de 6

**Conclusiones:** El perfil del usuario que ingresa en la residencia estudiada ha evolucionado hacia un mayor deterioro cognitivo y funcional. Por lo que sería conveniente una nueva valoración de la adaptación de las instalaciones a este patrón de dependencia.

### Rerefencias:

1. IMSERSO. Portal de mayores. Estadística del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia 2012. Madrid: IMSERSO Ministerio de Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/documentos/estadisticas/indicadores/saad/2012-06/estadisticas-saad-jun-2012.pdf>
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2009. New York; 2009. Disponible en: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf)
3. J.M. Redín. Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Pamplona. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple5.html>



## EL MÉTODO HOFFMANN

**Autores:** Hoffmann, C.

**Institución:** Grupo Catalina Hoffmann

### Resumen:

La apuesta como profesional sociosanitaria por la atención integral al mayor, además de emprendedora, y de vida, llevó en el 2004, a Catalina Hoffmann a crear su propio método, el Método Hoffmann\*, con vocación de intervenir directamente sobre la tendencia de envejecimiento actual, redireccionándola hacia un modelo de envejecimiento activo en el que el mayor logra disfrutar de esta etapa vital y de las posibilidades que la experiencia le brinda, preservando al máximo sus facultades, autonomía y rol dentro de la sociedad.

El Método Hoffmann, novedoso Tratamiento No Farmacológico Preventivo y Rehabilitador, especializado en las Patologías de la Tercera Edad o propias de la misma, ofrece un abordaje integral gracias a un Equipo Profesional Especializado y formado para tal efecto, compuesto por Médico, Enfermera, Neuropsicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Auxiliar de Enfermería. A través de una Intervención Multidisciplinar se establece un Programa Terapéutico Personalizado, específico y adecuado para cada uno de nuestros mayores, pues cada caso es único y, por tanto, sus necesidades y expectativas.

La base terapéutica del Método Hoffmann radica en el principio biológico de neuroplasticidad cerebral, según el cual, las conexiones neuronales que forman parte del Sistema Nervioso conservan su capacidad plástica durante toda la vida. Atendiendo a este fenómeno y, gracias al trabajo rehabilitador sobre las esferas cognitiva, física, psicológica, social y emocional, se potencia la adaptabilidad a una nueva situación neuropatológica, compensando así los efectos de las lesiones neurodegenerativas y permitiendo la optimización y rendimiento de las capacidades aun preservadas.

Tras una exhaustiva valoración inicial, los Equipos Multidisciplinares elaboran un Programa Terapéutico Personalizado, estableciéndose, en primera instancia, unos objetivos generales y específicos a lograr en el corto, medio y largo periodo de tiempo. Estos serán revisados y reevaluados sistemáticamente en paralelo a la evolución del Mayor, siempre bajo la premisa de mantener, potenciar y fomentar su autonomía e independencia personal, con los consiguientes beneficios sobre su propia calidad de vida y la de sus familiares.

El Perfil predominante entre nuestros Mayores determina que nuestra principal área de intervención sea la Rehabilitación Cognitiva, pues la repercusión de la pérdida de dicha capacidad sobre las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) constituye una importante limitación sobre la independencia y enfrentamiento a las demandas ambientales cotidianas, lo que dará lugar a una progresiva pérdida del rol social y familiar y aumento de la tendencia al aislamiento, con el consiguiente impacto socio-familiar. Todo ello acarreará importantes efectos deletéreos sobre el estado emocional y funcional, creándose así un círculo vicioso que, muy posiblemente resultará en la temprana, si bien evitable, institucionalización del Mayor.

El Método Hoffmann, ante esta situación, ofrece Técnicas de Estimulación Cognitiva Especializadas e Individualizadas, con periodicidad y seguimiento específico para cada caso, que se traducen en importantes mejoras cualitativas sobre la agilización de los procesos de recuerdo y aprendizaje y el mantenimiento de las habilidades y relaciones sociales.

De manera complementaria e inherente al desarrollo de la Terapia de Rehabilitación Cognitiva y Neuropsicológica, se llevarán a cabo diferentes terapias de índole física, educacional y cultural, todas ellas parte íntegra del Programa Terapéutico



Personalizado de cada Mayor. El Método Hoffmann no admite ningún tipo de actividad sin objetivo terapéutico, por lo que todas y cada una de las propuestas de nuestros profesionales están elaboradas minuciosamente y al detalle, con el propósito de cubrir la totalidad de los requerimientos asistenciales individuales de nuestros mayores.

Pero el Método Hoffmann no concibe al mayor de manera independiente, sino como miembro cardinal dentro de una familia, que será parte fundamental en el tratamiento y cuidado del senior. Gracias a ello y, a través de formación específica y asesoramiento en adaptación domiciliaria, el proceso terapéutico se mantendrá en continuo desarrollo, con los consiguientes beneficios en cuanto a Calidad de Vida.

El Cuidador, por su parte, que tras la adquisición de este nuevo rol se ve expuesto a numerosos factores que le convierten en población de alto riesgo, cuenta con un espacio privilegiado dentro del Método. Cuidar de sí mismo es imprescindible para proveer cuidados apropiados a los mayores en esta situación, con lo que la filosofía del MH refuerza y defiende la idea de cubrir y solventar las necesidades de este sector a través de apoyo, formación específica y mediación familiar, dirigidas a lograr un ambiente carente de conflictos e incompatibilidades.

- Registrado como Obra Científica en la Propiedad Intelectual; Número de Asiento Registral 02/2008/4507.

## Referencias:

1. Repercusión de la asistencia en el Centro de día Vitalia Ferraz en la sobrecarga del cuidador principal. IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores: "El Arte de Envejecer"; 2009; Octubre 20-22; Sevilla; España. Ceoma.
2. Método Hoffmann: Experiencia de la repercusión positiva en la prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. Jornadas Autonomía Personal: Claves y Retos. 2009; Octubre 29; Madrid; España. Dirección General del Mayor Ayuntamiento de Madrid.
3. Beneficios de la psicoestimulación cognitiva individual vs grupal en demencias a través del Método Hoffmann. XVII Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría: Prevención en Psicogeriatría, estamos a tiempo. 2009; Noviembre 12-14; Pamplona; España. Sociedad Española de Psicogeriatría.
4. Método Hoffmann: Intervención terapéutica en la enfermedad de Alzheimer. Congreso Internacional de Alzheimer; 2011; Septiembre 22-23; Madrid, España. Fundación Reina Sofía. Fundación Pasqual Maragall.
5. "Descripción y repercusión del Método Hoffmann en Rehabilitación Cognitiva"; Encuentro de Investigadores "Investigación y Envejecimiento: una respuesta multidisciplinar"; 2013; Diciembre 4; Salamanca; España. Fundación General de la Universidad de Salamanca



# ENTRENAMIENTO COGNITIVO COMPUTARIZADO: EVOLUCIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS USUARIOS DE CENTROS COMUNITARIOS

**Autores:** Río Díaz, T<sup>1</sup>., Buján, A<sup>2</sup>., Lodeiro, L<sup>2</sup>., Balo, A<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup> Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup> Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña

**Palabras clave:** Aprendizaje, Telecognitio®, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Personas mayores

**Introducción:** Diferentes estudios indican que el entrenamiento cognitivo es un importante predictor del mantenimiento de las funciones cognitivas, partiendo de que la neuroplasticidad se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, incluso durante la vejez.

**Objetivos:** Analizar la evolución de las puntuaciones obtenidas en sesiones de entrenamiento cognitivo mediante Telecognitio®.

**Método:** La muestra estuvo formada por 37 usuarios de Centros Comunitarios de A Coruña que recibieron entrenamiento cognitivo computarizado con el sistema Telecognitio® regularmente. Se realizó un ANOVA de medidas repetidas con factor intrasujeto (momento temporal) con 3 niveles (momento 1, momento 2 y momento 3).

**Resultados:** La media de edad de la muestra fue de 71,46±5,35 años, siendo un 89% mujeres. El ANOVA mostró un efecto significativo del factor momento ( $F(2,72)=3,67$ ;  $p < 0,05$ ), siendo la puntuación media en las primeras sesiones (7,75) significativamente menor que en las sesiones intermedias (7,89) y finales (7,90).

**Conclusiones:** La evolución del rendimiento de los usuarios con el programa Telecognitio® siguió una tendencia ascendente desde las primeras sesiones hasta las intermedias, observándose un estancamiento en las puntuaciones a partir de aquí. Por tanto, la respuesta al entrenamiento cognitivo parece mayor al inicio del entrenamiento, llegándose a estabilizar con el tiempo.



## ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL USO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN COGNITIVA Y NEUROPSICOLÓGICA EN CENTROS DE PERSONAS MAYORES DE GALICIA. DATOS CUALITATIVOS

**Autores:** Mouriz Corbelle, R<sup>1</sup>., Facal, D<sup>2</sup>., Balo García, A<sup>3</sup>., Dosil, C<sup>1,2</sup>., González-Abraldes, I<sup>3</sup>., Caamaño Ponte, J<sup>4</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup> Complejo Xerontológico "A Veiga", Lugo. <sup>2</sup> Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación. <sup>3</sup> Complejo Gerontológico La Milagrosa, A Coruña. <sup>4</sup> José Caamaño Ponte. Mayores Atención a la Dependencia. A Coruña.

**Palabras clave:** valuación cognitiva, evaluación neuropsicológica, psicogerontología, análisis cualitativo.

**Introducción:** La evaluación cognitiva es una tarea central en centros de mayores de cara a la detección, clasificación de los usuarios y desarrollo de programas de intervención.

**Objetivos:** Conocer las necesidades y retos de la Psicogerontología en Galicia respecto a la evaluación cognitiva.

**Método:** El Grupo de Trabajo en Evaluación Cognitiva y Neuropsicológica de la SGXX preparó un cuestionario sobre test empleados, en el que complementariamente, se incluyeron preguntas abiertas sobre las limitaciones en la aplicación. El cuestionario estuvo disponible en la página web de la SGXX entre diciembre de 2013 y enero de 2014 y se escribió un correo electrónico a los socios para invitarles a participar. Se obtuvieron 49 respuestas completas. Las respuestas a las preguntas abiertas se estudiaron con un análisis cualitativo de contenidos.

**Resultados:** Las limitaciones señaladas se agruparon en áreas temáticas: 1) relacionadas con la persona evaluada (nivel educativo, de deterioro), 2) la persona evaluadora o el centro (tiempo, escasez de recursos) y 3) los instrumentos de valoración (falta de baremos). Se destacan estrategias compensatorias como la aplicación generalizada de pruebas breves o el uso sistemático de la observación.

**Conclusiones:** Es necesario el desarrollo de protocolos de evaluación que se adecúen al contexto de evaluación.



# PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

**Autores:** López-Fraga, A.

**Institución:** Fundación "Terra de Trasancos- Cooperativa do Val". Narón, España

**Palabras clave:** Envejecimiento activo, depresión. (active ageing, depression)

**Introducción:** La depresión en las personas mayores presenta una serie de características peculiares donde los factores psicosociales juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades jóvenes. El EURODEP (Estudio Europeo de la Depresión en mayores que viven en la comunidad) encuentra una prevalencia global del 12,3%, pero se calcula que hasta un 30% de las personas mayores que viven en comunidad pueden padecer alguna vez sintomatología depresiva.

**Objetivos:** Determinar cuál es el estado emocional de las personas mayores que viven en la comunidad que participan en programas de actividades de fomento del envejecimiento activo.

## Método:

- » Estudio descriptivo transversal cuantitativo.
- » Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada (Versión española).
- » Cuestionario variables sociodemográficas y clínicas.
- » Índice de Barthel, Índice de Lawton-Brody, MEC.
- » Consentimiento informado.
- » Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS-20.0.



## Resultados:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRÍA DE YESAVAGE ABREVIADA (VERSIÓN ESPAÑOLA) GDS-VE		
	PREVALENCIA RESULTADOS	Puntuación media y desviación estándar GDS-VE
<b>TOTAL</b> N=96		
SIN DEPRESIÓN (0-5 PUNTOS)	80,2%	2,04 (1,7)
PROBABLE DEPRESIÓN (6-9 PUNTOS)	14,6%	7,6(0,9)
DEPRESIÓN ESTABLECIDA (10-15 PUNTOS)	5,2%	11,8 (1,8)
<b>MUJERES</b> N=67 (69,8 %)		
SIN DEPRESIÓN	77,6%	2,1 (1,8)
PROBABLE DEPRESIÓN	16,4%	7,5(1,03)
DEPRESIÓN ESTABLECIDA	6%	11,7(2,06)
<b>HOMBRES</b> N=29 (30,2 %)		
SIN DEPRESIÓN	86,2%	1,9(1,6)
PROBABLE DEPRESIÓN	10,3%	7,6(0,6)
DEPRESIÓN ESTABLECIDA	3,4%	12(0)

**Conclusiones:** Si comparamos los datos obtenidos en este estudio con respecto a los EURODEP(12,3% prevalencia de depresión), podemos concluir que las personas mayores que viven en la comunidad y participan en programas de actividades de fomento del envejecimiento activo, presentan una menor prevalencia de depresión (5,2%).



# EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO COGNITIVO DE USUARIOS DE UN COMPLEJO GERONTOLÓGICO

**Autores:** Balo, A<sup>1</sup>., Lorenzo-López, L<sup>2</sup>., Lodeiro, L<sup>1,2</sup>., González-Abraldes, I<sup>1,2</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup>Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo, Demencia, Personas mayores

**Introducción:** El cuidado de las personas mayores sigue recayendo en la familia principalmente, aunque esta tendencia empieza a cambiar en las dos últimas décadas debido a la disponibilidad de servicios profesionales.

**Objetivos:** Evaluar las funciones cognitivas superiores en una muestra de personas mayores, identificando modificaciones a nivel longitudinal.

**Método:** Se evaluaron 94 pacientes mayores de 65 años al inicio y 63 (76,0%) fueron reevaluados tras un año. Se realizó exploración neuropsicológica del estado cognitivo (MMSE, GDS, ADAS-COG, TSI) y habilidades lingüísticas (Test de Boston y TFV) y visoespaciales (TMT-A).

**Resultados:** La mayoría de los participantes presentaban deterioro cognitivo leve-moderado al inicio [GDS (3,7+1,1); MMSE (18,2 + 5,5)], que empeoró en ambos grupos en el seguimiento a un año [GDS (3,8+1,0); MMSE (17,3 + 5,9)]. En las habilidades lingüísticas, la función de denominación se mantuvo inalterada en pacientes del centro de día frente a institucionalizados, que mostraron deterioro significativo en la reevaluación ( $p = 0,033$ ). Se encontró una elevada frecuencia de deterioro cognitivo en ambos grupos (95% de usuarios de CD y 78,3% de residencia).

**Conclusiones:** Los resultados revelan una tasa de deterioro cognitivo similar entre pacientes de ambos servicios, y ligeras diferencias en la evolución de la función de denominación.



## PREDICTORS FOR A DAY CARE CENTRE USE IN HIGH BURDEN CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS

**Authors:** González-Abraldes, I., Diego, C., Antuña-de la Paz, G., Pinheiro, C., Maseda, A., Millán-Calenti, J.C.

**Institution:** Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña; Gerontology Research Group, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, Universidade da Coruña, Campus de Oza, E-15071 A Coruña.

**Keywords:** Risk factors, Caregiving, Semi-institutionalization

**Introduction:** Dementia is a serious disorder of late life affecting millions of people over the world. This progressive and disabled disease also affects caregivers as patients require continual assistance. Caregivers of dementia patients usually suffer from high levels of burden, which triggers day care assistance (DCA) and finally the difficult decision of institutionalization. The option of DCA will generate less emotional problems in caregivers, will protect the future effects of institutionalization and will save money to the health care system.

**Objectives:** To examine which variables are associated with DCA utilization among caregivers of dementia patients.

**Method:** This cross-sectional study included 58 informal caregivers to evaluate socio-demographic variables, relationship with caring and psychological aspects.

**Results:** 58.6% of our sample attended a day care centre. No association was found between DCA utilization and age, gender, educational level, marital status, occupation or relationship with the patient. On the contrary, the provision of help by families and friends, depressive symptoms and self-related health predicted the use of DCA.

**Conclusions:** It is important to consider those variables that were significant in our study to design effective interventions in order to delay the institutionalization of our elders, consequently reducing the cost on the health care system.



## DEVELOPMENT OF AN ONLINE PLATFORM TO PROMOTE THE ACTIVE AGEING IN YOUNG AND ELDERLY PEOPLE

**Authors:** Núñez-Naveira, L<sup>1</sup>., Lorenzo, T<sup>1</sup>., Rodríguez-Villamil, J.L<sup>2</sup>., Marante, M.P<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institution:** <sup>1</sup>Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña <sup>2</sup> Gerontology Research Group, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, Universidade da Coruña, Campus de Oza, E-15071 A Coruña

**Keywords:** e-learning, Health self-management, Intergenerational, Social networking, Lifelong learning

**Introduction:** European policies prioritize the awareness of the contribution that older people still can make to society. Active ageing promotion is critical to grow old in good health, involved in the society and independent in the daily living.

**Objectives:** To find out the learning needs and preferences of two age groups on three topics: Health Self-Management, Intergenerational Volunteering and Information and Communication Technologies for Social Networking.

**Method:** Need analysis methodology, focus group sessions and multiple choice questionnaires were used with participants (16-35 and 60+ years) to collect information about their knowledge and learning preferences on different issues.

**Results:** 76 participants (37 young/39 elders) from Bulgaria, Ireland, Italy, Germany and Spain were recruited. 72.49% of them showed previous knowledge about the topics. Combined methodologies for learning (seminars, workshop and projects) and content delivery (power point, games and lectures) were preferred respectively by 49.5% and 57.1% of the sample. Finally, online and printed learning materials were elaborated for the three assessed topics.

**Conclusions:** Using the online platform will benefit both generations, improving their knowledge about health, technology and volunteering. The collaboration within this intergenerational frame will help to overcome age stereotypes and allow for longer the elderly independence and contribution to society.



## NEUROBURGAS: HAY VIDA DESPUÉS DE UN ICTUS Y MERECE LA PENA SER VIVIDA

**Autores:** Campos Castro, D.

**Institución:** NeuroBurgas

**Palabras clave:** Ictus, Rehabilitación multidisciplinar integral.

**Objetivos:** El daño cerebral hace referencia a diversas lesiones cerebrales y cuyas consecuencias más frecuentes son déficits que requieren una "intervención integral".

Neuroburgas nace como un concepto de rehabilitación neurológica multidisciplinar totalmente coordinado y personalizado a cada paciente.

**Método:** En NeuroBurgas atendemos cada caso de forma individual. Valoramos, tratamos a la persona y a la familia.

Todas nuestras intervenciones buscan potenciar y desarrollar habilidades que favorezcan la autonomía de la persona.

Se realiza una valoración inicial completa, que nos permite desarrollar un Plan Terapéutico Personalizado, el cual es un documento dinámico que se establece de un consenso entre la visión de los profesionales con las necesidades de la persona afectada y su familia. Además es revisado, y adaptado, periódicamente en las reuniones clínicas por los profesionales para posibilitar la mejora de cada uno de las personas con las que trabajamos.

**Resultados:** Desde Neuroburgas, y pensando en la rehabilitación integral del paciente neurológico, nos establecemos unos objetivos y unas metas que deben de basarse en predicciones sobre la futura independencia del paciente.

**Conclusiones:** Nuestro planteamiento interdisciplinar Neurológico (Fisioterapia Neurológica, Neuropsicología, Terapia Cognitiva, Terapia Ocupacional, Logopedia, Asesoramiento Nutricional y psicopedagogo) se basa en un adecuado diagnóstico del estado del paciente.



# EL CUIDADO INFORMAL A LAS PERSONAS MAYORES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Autores:** Antuña-de la Paz, G<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>1</sup>., González-Abraldes, I<sup>2</sup>., Buján, A<sup>1</sup>., Gómez-Caamaño, S<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>1</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup>Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña. <sup>2</sup>Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña

**Palabras clave:** Cuidadores, Envejecimiento, Género, Salud

**Introducción:** El cuidado a las personas mayores recae mayoritariamente en las mujeres, por lo que es interesante conocer los determinantes de género que pueden influir en la salud de las cuidadoras y cuidadores.

**Objetivo:** Determinar si existen diferentes repercusiones para la salud del cuidador o cuidadora de una persona mayor, en función de si quien cuida es un hombre o una mujer.

**Método:** Se realizó una revisión sistemática. Se incluyeron estudios publicados entre 2009 y 2014 en las bases de datos Medline, Web of Science, CINAHL, Scopus y Cochrane, donde los sujetos fueran cuidadores o cuidadoras informales de personas mayores.

**Resultados:** Tras el proceso de análisis de resultados, se incluyeron un total de trece estudios en la revisión. A excepción de dos de ellos, se ha encontrado que las cuidadoras presentan más problemas de salud que los cuidadores, especialmente relacionados con síntomas depresivos. Otros factores que influyeron en la salud de la persona que cuida fueron el número de horas dedicadas al cuidado y la percepción de carga.

**Conclusiones:** Las diferencias en la salud entre los y las cuidadoras informales deberían considerarse, tanto en la investigación, como en el diseño e implementación de programas destinados a darles soporte.



# RECURSOS DE OCIO PARA LAS PERSONAS MAYORES DEL AYUNTAMIENTO DE OURENSE

**Autores:** López, M., Pérez, A.

**Institución:** Universidad de Vigo

**Palabras clave:** Envejecimiento activo, ocio, animación sociocultural

**Introducción:** El proceso de envejecimiento demográfico afecta a España, y particularmente a Galicia. Desde organismos internacionales se defiende el envejecimiento activo; la participación en actividades de ocio constituye una de las vías para mejorar la calidad de vida de este colectivo.

**Objetivo:** Elaborar un mapa/guía de la oferta de iniciativas/recursos de ocio dirigidos a personas mayores en el ayuntamiento de Ourense

**Método:** Estudio descriptivo. Tras la identificación del directorio (previas búsquedas) de iniciativas se entrevista a las personas responsables. En la entrevista se cumplimenta una ficha diseñada ad hoc que incluye cuestiones de identificación, funcionamiento y oferta de actividades y/o servicios.

**Resultados:** La guía resultante está constituida por 23 recursos. La tipología de recursos identificados responde a asociaciones, centros de día, programas de ocio municipales, centros de mayores, aulas de la tercera y centros cívicos. De todas las iniciativas la más numerosa es la de centros de día, que representa un 30´43%. Un 47´82 es de titularidad pública, un 30´43 de titularidad privada y el resto (20´83%) son iniciativas de la sociedad civil (asociaciones).

Tanto en los centros de día como en los centros cívicos, comunitarios y hogares y clubes de mayores la presencia de actividades de animación sociocultural es mayor y más diversificada.

**Conclusiones:** La localización de los servicios es mayor en la zona del centro, quedando los barrios más desatendidos. Predomina el sector privado, con una necesaria aportación económica, lo que puede limitar la asistencia. Los centros cívicos y el programa de mayores (ambos municipales) son los servicios que presentan una mejor distribución, mayor y más variada oferta de actividades y mayoritariamente de carácter gratuito.

## Referencias:

1. Abellán, A.; Vilches, J. y Pujol, R. (2014). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores básicos estadísticos básicos. Madrid: Envejecimiento en red nº6. [Fecha de publicación: 14/02/2014].
2. Bermejo, L. (2010). Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, D.L.



# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DAS PERSOAS INGRESADAS EN CENTROS RESIDENCIAIS NA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA

**Autores:** Dosil, C., Mouriz, R., Juncos, O.

**Institución:** Complexo Terapéutico Xerontolóxico A VEIGA

**Palabras clave:** envellecemento, perfil e cognición.

## Introdución:

**Obxectivo:** 1. Determina-la incidencia das diferentes enfermidades e trastornos (psíquicos, físicos e sensoriais) que xustifican o ingreso nun centro residencial ou centro de día.

**Método:** O estudo realizarase sobre unha mostra representativa dos centros da Comunidade Autónoma de Galicia. 138 residentes.

As probas que se utilizarán para avaliar ós usuarios serán os seguintes:

1. Instrumento de Screening Cognitivo Cancog e o Mini examen Cognoscitivo (MEC).
2. Probas específicas: Proba de memoria (TAVEC).
3. Cuestionario sociodemográficos
4. Cuestionarios de queixas subxetivas
5. Escala de depresión de GDS de Yesavage (15 Items)
5. Cuestionarios de comorbilidade de Charlson
6. Escala Lawton e Brody para avaliar as actividades instrumentais da vida diaria.

**Resultados:** Pendentes de estudio

**Conclusións:** Pendente de estudio



## INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE AUTOESTIMA EN LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN MUJERES MAYORES

**Autores:** Bugallo-Carrera, C., Gómez-Cantorna, C., Clemente-Díaz, M., Millán-Calenti, J.C., Gandoy-Crego, M.

### **Institución:**

Grupo de Investigación Dependencia, Gerontología y Geriatria USC.

**Palabras clave:** Gerontología, Satisfacción con la vida, Autoestima, Violencia de género.

**Introducción:** Hemos intentado comprobar si la asistencia por parte de mujeres mayores de 55 años víctimas de violencia doméstica a un programa de autoestima (PA) es un medio eficaz para mejorar su satisfacción con la vida (SV). Asimismo, pretendimos comparar la SV de dichas mujeres con el resto de participantes más jóvenes.

Hemos administrado como prueba la Escala de Satisfacción con la vida de Diener en febrero de 2014 antes de iniciar el taller, y otra vez en abril de 2014 una vez finalizado.

**Objetivos:** Comprobar si la asistencia por parte de mujeres mayores de 55 años víctimas de violencia doméstica a un PA es un medio eficaz para mejorar su SV.

**Resultados:** Tanto las mujeres mayores de 55 años como la menores han manifestado sentirse más satisfechas con sus vidas después de participar en el PA, sin embargo, esta mejoría ha sido superior en el grupo de mujeres mayores.

**Conclusiones:** El hecho de participar en un PA es un medio eficaz para mejorar la SV en mujeres víctimas de violencia de género.



## FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS MAYORES: PROYECTO VERISAÚDE

**Autores:** Diego Díez, C., Maseda, A., Gómez-Caamaño, S., López, R., Lamas, I., Millán-Calenti, J.C.

**Institución:** Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña

**Palabras clave:** Recursos sociales, síntomas depresivos, edad y género.

**Introducción:** El apoyo social y su importancia como mediador de la salud está plenamente aceptado. De hecho, es un importante predictor de la salud mental en personas mayores, afectando de manera significativa a las funciones cognitivas.

**Objetivos:** Determinar la relación del apoyo social percibido con los síntomas depresivos, la edad, el género y el nivel educativo en una muestra (n=749) de mayores de 65 años.

**Método:** El apoyo social percibido se evaluó mediante la escala "Older Americans Resources and Services". El instrumento se administró a 749 personas que acudían de forma regular a alguna asociación en Galicia.

**Resultados:** En relación al género, los hombres perciben mayor apoyo social que las mujeres (el 37% de ellos consideran que tienen recursos sociales excelentes, frente al 30% de las mujeres). En relación a los síntomas depresivos, también se observa relación significativa con el apoyo social percibido (el 16,9% de los participantes con síntomas depresivos estaban totalmente insatisfechos con los recursos sociales frente al 0,4% de los que no presentaban síntomas depresivos). No se observó relación significativa entre apoyo social y edad o nivel educativo.

**Conclusiones:** Se concluye la importancia del género y la presencia de síntomas depresivos en la percepción del apoyo social.



## CONOCIMIENTOS, TENDENCIAS ACTITUDINALES Y ESTEREOTIPOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

**Autores:** Brosa Martín, C., Faílde Garrido, J.M., Fernández Gonzalez, A., Vázquez Vázquez, M.A., Carrera Fernández, M.V.

**Institución:** Facultad de Ciencias de la Educación - Universidad de Vigo

**Palabras clave:** Conocimientos, actitudes, estereotipos, envejecimiento

**Introducción:** La tercera gran forma de discriminación presente en nuestra sociedad, después del racismo y el sexismo, es el viejismo o edadismo; este término fue acuñado por el psiquiatra y gerontólogo estadounidense Robert Butler para referirse a la serie de estereotipos, actitudes negativas, y actos discriminatorios hacia el envejecimiento y el adulto mayor.

**Objetivos:** Evaluar los conocimientos, actitudes y estereotipos ante las personas mayores en tres grupos etarios: jóvenes, adultos y adultos mayores.

**Métodos:** La muestra estuvo integrada por 250 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: jóvenes (18-35 años), adultos (36-64) y adultos mayores (>65). A todos ellos les fueron administrados los mismos instrumentos: Cuestionario Actor-observador, Cuestionario de Usos del tiempo, The Facts on Aging Quiz, Cuestionario de Características Negativas de la vejez y un cuestionario de datos sociodemográficos. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v19.

**Resultados:** Los participantes muestran niveles de conocimientos bajos aunque se detectan diferencias intergrupos ( $F=38,06$ ,  $p=,000$ ), así como actitudes negativas hacia el envejecimiento, resultados que reflejan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de adultos y adultos mayores ( $F=4,59$ ,  $p=0,11$ ). Por otra parte, se detectaron diferencias en cuanto al efecto actor observador y en las atribuciones respecto del uso del tiempo libre en prácticamente todas las actividades estudiadas.

**Conclusiones:** Los resultados indican que los participantes de los tres grupos etarios tienen niveles bajos de conocimientos y actitudes negativas hacia el envejecimiento. Asimismo se detectan diferencias en función del grupo etario en atribuciones y autoatribuciones sobre características de personalidad y uso del tiempo libre.

### Referencias:

1. Castellano Fuentes, C.L. y de Miguel Negro, 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.
2. Cuddy AJC y Fiske ST (2002). Doddering but dear: process, content, and function instereotyping of older persons. En TD Nelson (Ed.). *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press.
3. De Miguel A (2003). Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento. Tabenque. *Revista Pedagógica*, 16, 49-82.



## CUIDANDO AL CUIDADOR COMO ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

**Autores:** Redondo Zambrano, I., Gonzalo Jurado, M.C., Ferreiro Guri, J.A., Bacariza Cortiñas, M., Esmoris Blanco, O.

**Institución:** Centro de Salud de Vite. Xerencia de Xestión Integrada. Santiago de Compostela.

**Palabras clave:** vejez, prevención, cronicidad, dependencia, cuidados.

**Introducción** Partiendo de la base de una atención a la población, desde un enfoque integral biopsicosocial, un grupo de profesionales del Centro de Salud de Vite, realiza un análisis de la situación sociosanitaria de los cuidadores de personas dependientes incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria.

**Objetivo:** Promover informando la prevención del deterioro psicosocial y de salud de los cuidadores, previniendo así la cronicidad y la dependencia.

**Método:** Estudio descriptivo cualitativo de la experiencia piloto, realizada en Atención Primaria de salud; aplicada a un grupo concreto de 55 cuidadores que participan en el programa "Envejecimiento activo y Saludable".

**Resultados:** Los resultados se han elaborado en base al perfil de los cuidadores según su situación sociodemográfica y sociosanitaria. Así como los grados de satisfacción de las actividades realizadas.

**Conclusiones:** La intervención social es necesaria para optimizar las oportunidades de salud, mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen, proporcionando salud y previniendo las enfermedades y la dependencia. Esta prevención conlleva una mejora de la salud de los cuidadores, lo que ocasiona un retraso de la cronicidad y un ahorro en un sistema saturado que genera un menor gasto sanitario y farmacéutico, menor absentismo laboral y mayor productividad.

### Referencias:

1. Estrategia para la prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia. Horizonte 2020. (2013) Santiago de Compostela. Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar. Secretaria Xeral de Política Social.
2. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2012.



## PERFIL DEL USUARIO QUE PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

**Autores:** López-Fraga, A.

**Institución:** Fundación "Terra de Trasancos- Cooperativa do Val". Narón, España

**Palabras clave:** Actividad terapéutica, envejecimiento activo. (therapeutic activity, active ageing)

**Introducción y objetivos:** Podemos influir sobre nuestro propio proceso de envejecimiento de forma positiva mediante un estilo de vida saludable y una participación social activa. En estudios previos hemos concluido que las personas que participan en programas de envejecimiento activo, después de 5 años, continúan siendo independientes para las ABVD, AIVD y mejoran su estado cognitivo, es decir gozan de un proceso de envejecimiento saludable y exitoso. En el presente estudio se pretende determinar el perfil del usuario y el número de horas semanales que cada persona dedica a participar en actividades de promoción del envejecimiento activo.

**Método:** Estudio empírico transversal descriptivo cuantitativo.

Participaron en el estudio de 122 usuarios (75,4% mujeres / 24,6% hombres) que acuden a actividades de promoción del envejecimiento activo en la Fundación Terra de Trasancos- Cooperativa do Val, cubriendo un total de 182 plazas.

**Resultados y Conclusiones:** Las mujeres participan más en actividades de promoción del envejecimiento activo que los hombres. Todos son independientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presentan deterioro cognitivo. Tienen una edad media de 69,9 años. Un 48,4% viven con su cónyuge. La mayoría realizan una (63%) o dos actividades (26,3%) semanales dedicando entre 2 y 4 horas semanales a las mismas. Las actividades más demandadas son las del programa de promoción de cuidado activo de la salud.



# MANEJO DEL ESTRÉS EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA: LA COHERENCIA CARDIACA

**Autores:** Sarabia, C.M<sup>1</sup>., Díez, Z<sup>2</sup>., San Millán, S<sup>2</sup>., Torres, B<sup>1</sup>., Sáenz, M<sup>1</sup>., Ortego, MC<sup>1</sup>., Castanedo, C<sup>1</sup>., Salvadores, P<sup>1</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup> Dep. de Enfermería, Universidad de Cantabria. <sup>2</sup> Fundación San Cándido, Cantabria.

**Palabras clave:** Enfermería; Enfermedad de Alzheimer; Burnout, Biofeedback; Fisiología cardiaca.

**Introducción:** La prevalencia de estrés y burnout entre los cuidadores profesionales y familiares de personas con demencia es muy elevada, con graves consecuencias para su salud.

**Objetivo.** Realizar una intervención sobre cuidadores para reducir niveles de sobrecarga y burnout, a través de un taller de entrenamiento para adquirir un patrón de coherencia cardiaca adecuado.

**Método:** Se desarrolló un estudio cuasi experimental de medidas repetidas, descriptivo y multicéntrico. Participaron 74 personas (42 profesionales y 29 cuidadores) seleccionados aleatoriamente en tres centros residenciales, con elevadas puntuaciones en test de sobrecarga (Maslach Test en profesionales y Zarit en cuidadores). El taller duró tres meses, se recogieron variables sociodemográficas, de estrés y medidas de coherencia cardiaca. Se recogieron las variables en el momento basal, al finalizar el taller y a los tres meses.

**Resultados:** Edad media en profesionales 47,2 años (sd=1,48) y de familiares 67,2 (sd=3,21), el 87% mujeres. Tras la intervención y a los tres meses los participantes fueron capaces de generar patrones adecuados de coherencia cardiaca y la disminución de sobrecarga fue estadísticamente significativamente ( $F=17,24$ ,  $p=0,00$ ).

**Conclusiones:** El entrenamiento en técnicas de coherencia cardiaca tiene resultados eficaces para el manejo y gestión del estrés en cuidadores. Resulta ser una técnica sencilla, económica y con resultados perdurables.

## Referencias:

1. IMSERSO. (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
2. McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D., y Bradley, R.T. (2006). The coherent heart: Heart-brain interactions, psychophysiological coherence, and the emergence of system-wide order. Boulder Creek, CA: HeartMath Research Center, Institute of HeartMath. 06-022.
3. Salmond, S., y Ropis, P. (2005). Job stress and general well being: A comparative study of medical – surgical and home care nurses. *Medsurg Nursing*, 14(5), 301-09.
4. Scott, L., Hwang, W., y Rogers, A. (2006). The impact of multiple care giving roles on fatigue, stress, and work performance among hospital staff nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 36(2), 86 – 95.
5. Watson, J. (2009). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado.



XXVI CONGRESO  
INTERNACIONAL  
DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA

6. Zohar, A., Cloninger, C., McCraty, R. (2013). Personality and Heart Rate Variability: Exploring Pathways from Personality to Cardiac Coherence and Health. *Open Journal of Social Sciences*, 1(6),32-39.



# INICIANDO UNA VIDA 3.0: METODO INTEGRAL DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

**Autores:** López ,C., Arjona, E., Redondo, S.

**Institución:** Centro Residencial Pontevedra.

**Palabras clave:** Estado físico, cognitivo, funcional.

**Introducción:** En el Centro Residencial Pontevedra hemos creado un espacio de valoración física, cognitiva y funcional que sirve de punto de partida para el establecimiento de un plan de atención individualizado, permitiendo un estilo de vida pleno y autónomo entre nuestros residentes.

**Objetivos:** Conocer tanto los déficits como las capacidades y potencialidades de los residentes.

**Método:** En el centro Residencial Pontevedra hemos creado un espacio de valoración en el que, tras el ingreso, realizamos la valoración integral del residente:

**Valoración Cognitiva:** Tras obtener la historia de vida y conocer sus gustos y preferencias, valoramos sus capacidades utilizando el MEC como punto de partida, pero incidiendo en otros aspectos como la discriminación auditiva, olfativa y visual. A partir de ahí establecimos un programa de actividades de acuerdo a los intereses y preferencias de la persona, centrándonos no solamente en sus limitaciones si no prestando atención a las capacidades potenciales.

**Valoración Funcional:** Mediante el uso de instrumentos cotidianos hemos analizado la capacidad del residente para realizar de forma autónoma las ABVD para después establecer un programa que permitió rehabilitar y reforzar todas las áreas, logrando mantener la autonomía del residente el mayor tiempo posible.

**Valoración Física:** Se realizó un estudio de las capacidades físicas/ funcionales del residente con la finalidad de tratar, no sólo sus limitaciones si no de potenciar aquellas capacidades que todavía persisten.

**Resultados:** Conocer déficits, capacidades y potencialidades, han permitido en un 80 % de los casos que los residentes se sientan más satisfechos con su calidad de vida.

**Conclusiones:** Con la creación de un espacio de valoración integral hemos conseguido una mejor calidad de vida en nuestros residentes, acercándonos cada día más a un estilo de vida 3.0.



## A CROSS-SECTIONAL STUDY: RESOURCES, HEALTH AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS OF DEMENTIA CAREGIVERS

**Authors:** de Labra, C<sup>1</sup>., Buján, A<sup>2</sup>., Jensen, A.M<sup>3</sup>., Mojs, E<sup>4</sup>., Núñez-Naveira, L<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institution:** <sup>1</sup>Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña. <sup>2</sup>Gerontology Research Group, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, Universidade da Coruña, Campus de Oza, E-15071 A Coruña. <sup>3</sup>Center for Research in Ageing and Dementia, Faculty of Health Sciences, VIA University College, Campus Holstebro, Gl. Struervej 1, 7500 Holstebro, Denmark. <sup>4</sup>Department of Clinical Psychology, Poznan University of Medical Sciences, 70 Bukowska Street, 60-812 Poznan, Poland.

**Keywords:** Multinational study, Dementia, Stress, Informal caregivers

**Introduction:** The number of elder people with dementia is increasing rapidly. Besides being a significant health problem, this condition is often associated with another important social issue: the burden on their caregivers.

**Objectives:** We aimed to analyze caregivers' socio-demographics, stress-related factors, and health and psychological aspects to explore differences or similarities of the caregiving in three European countries (Spain, Denmark, and Poland).

**Method:** One hundred and one informal caregivers of patients with dementia were recruited. Chi-square test and/or an ANOVA were employed to compare the caregiver's measures among the countries.

**Results:** Significant differences were observed among countries in caregiver age ( $F(2,96) = 8.6$ ), type of family relationship (Chi-square = 30.5), leave the work to take care of the relative (Chi-square = 9.3), caregiving weekly hours (Chi-square = 8.8), psychoactive drug intake (Chi-square = 8.2), care-recipient level of cognitive impairment (Chi-square = 22.8), caregiving satisfaction ( $F(2,98) = 16.9$ ), and in several types of support.

**Conclusions:** This investigation maps which characteristics of the caregivers should be taken into account when studying the caregiving process in these European countries. These findings appear useful for developing a better caregiver health care compromise in Europe as a whole.



# EFECTOS DE LA ACUPUNTURA Y LA REHABILITACIÓN FÍSICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS GERIÁTRICOS

**Autores:** Fernandes Alves, M.M., Dapía, M., Failde, J.M.

**Institución:** ACES do Cávado I – Braga. Universidad de Vigo. Facultad Ciencias Educación (Ourense)

**Palabras clave:** Acupuntura, terapia alternativa, mayores, calidad de vida

**Introducción:** La gonalgia constituye una importante causa de dolor crónico musculoesquelético y de discapacidad de la movilidad en personas mayores, que puede comprometer su calidad de vida.

**Objetivos:** Evaluar los efectos de sendos tratamientos con acupuntura y rehabilitación física sobre la calidad de vida en personas mayores con gonalgia, institucionalizadas en centros geriátricos.

**Método:** Estudio de medidas parcialmente repetidas, con un diseño factorial mixto con 3 grupos aleatorios (acupuntura, rehabilitación y control). Participaron 92 personas mayores, con una media de 79,46 años (Sd=6,40). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: entrevista sociodemográfica y clínica, escala numérica del dolor, índice de Barthel, el GDS y el perfil de salud de Nottingham.

**Resultados:** Los análisis intergrupales postratamiento indicaron que la condición acupuntura mejoró significativamente su calidad de vida respecto a los demás grupos. Por su parte, los análisis intragrupalmente, reflejaron mejoras significativas entre las puntuaciones de calidad de vida (pretest-postratamiento) del grupo acupuntura ( $F=6,03$ ,  $p=0,001$ ) y rehabilitación ( $F=3,18$ ,  $p=0,028$ ), pero no en el grupo control. Los seguimientos a los 3 y 9 meses manifiestan tendencias similares.

**Conclusiones:** Nuestros datos indican que la aplicación de acupuntura y, en menor medida, de rehabilitación física tiene un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de pacientes con gonalgia, institucionalizados en centros geriátricos.

## Referencias:

1. Di Cesare P.E., Samuels J., Abramson S.B. (2009). Pathogenesis of osteoarthritis. In: G. S. Firestein, R.C. Budd, E.D. Harris, I.B. McInnes, S. Ruddy, J.S. Sargent. Kelley's textbook of rheumatology (pp. 1059-1108). Philadelphia PA: WB Saunders/Elsevier.
2. WHO (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization.



# BRAIN GYM EN EL MEDIO ACUÁTICO PARA PERSONAS MAYORES. UNA NUEVA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**Autores:** Malvido, D., Seivane, D., Cancela, J.M.

**Institución:** Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte. Universidad de Vigo/Deporte e Xuventude. Concello de Sanxenxo.

**Palabras clave:** Estado cognitivo, adultos mayores, gimnasia cerebral, piscina

**Introducción:** El brain Gym es un programa de ejercicio, que apoyándose en las investigaciones sobre la plasticidad del cerebro (Dennison, 1985; Dennison and Dennison, 1994), permite a las personas mayores enlentecer el proceso de involución cognitiva y retrasar las enfermedades neuro-degenerativas (Lautenschlager, Cox, & Cyarto, 2011). El medio acuático es un lugar ideal para el desarrollo de programas de ejercicio físico para personas mayores (Moreira et al. 2013), debido a las propiedades que presenta el mismo como: temperatura del agua, hipogravidez, presión hidrostática, drag,... Debido a ello, es necesario analizar el efecto de la combinación de ambos elementos (Brain Gym y medio acuático) sobre el estado cognitivo y físico de las personas mayores.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo fue diseñar un programa de intervención en el agua a través del Brain Gym para personas mayores.

**Material y Métodos:** El diseño empleado en este estudio fue no experimental seccional descriptivo, el cual se basó una revisión de los diferentes trabajos publicados hasta el momento, sobre el Brain Gym identificando los principios y ejercicios fundamentales para su desarrollo. Posteriormente se desarrolló un programa de Brain Gym en el agua en el cual teniendo en cuenta los principios y ejercicios base del Brain Gym así como las características de las personas mayores.

**Resultados:** El análisis de las evidencias encontradas sobre el Brain Gym, nos ha permitido identificar a 26 elementos de trabajo físico, de los cuales hemos seleccionado a 7 (ejercicios base), que han sido adaptados y desarrollados en el agua definiendo así el programa de Brain Gym acuático. Estos ejercicios base son: 1. Tocar enérgicamente la rodilla izquierda con el codo derecho y viceversa, 2. Poner una mano sobre el hombro del lado contrario, apretándolo firme, y girar la cabeza hacia ese lado. 3. Dibujar con las dos manos al mismo tiempo, hacia adentro, afuera, arriba y abajo. 4. Poner una mano en el ombligo y con la otra mano dibujar 'unos botones imaginarios' en la unión de la clavícula con el esternón (como hacia el pecho), haciendo movimientos circulares en sentido del reloj. 5. Poner la yema de los dedos en las mejillas, simular un bostezo y hacer presión con los dedos. 6. Dibujar imaginariamente un ocho grande 'acostado' (de manera horizontal: ∞). 7. Poner las manos en las orejas y tratar de "quitarle las arrugas" empezando desde el conducto auditivo hacia afuera.

**Conclusión:** El Brain Gym puede ser desarrollado adecuadamente en el agua siguiendo los principios que lo fundamentan y con pequeños cambios en la ejecución de los ejercicios base.



# THE “8-FOOT UP AND GO” TEST AS A PHYSICAL PERFORMANCE MEASUREMENT IN PARKINSON DISEASE: A PILOT STUDY

**Authors:** Vila, H., Cancela, J.M., Varela, S., Ayán, C.

**Institution:** Faculty of Education and Sport Sciences, University of Vigo, Spain.

**Keywords:** Fitness, Motor Test, Parkinson’s Disease, Quality of life

**Introduction:** Different studies have sought to evaluate the utility of some motor tests in PD, obtaining positive results (Haaxma, Bloem, Borm, & Horstink, 2008; Macleod & Counsell, 2010). The “8-foot up and go” test has been advocated as a useful tool for quantifying locomotor performance in aging (Varela, Ayán, & Cancela, 2008). Its possible utility with PD patients should be further studied.

**Objectives:** This pilot study aimed to assess the utility of the “8-foot up and go” test as a physical performance measurement in PD, as well as the relationship between functional mobility and quality of life in this population.

**Method:** Twenty-four PD patients performed the “8 foot up-and-go” test and answered the 9-item Parkinson’s Disease Questionnaire (Rikli & Jones, 2001).

**Results:** The motor test’s total score correlated significantly with different sub-scales of the 9-item Parkinson’s Disease Questionnaire.

**Conclusions:** The “8 foot up-and-go” seemed to be a useful test which helps to identify the impact that PD has on the quality of life of the sufferers.

## References:

1. Haaxma C, Bloem B, Borm G, & Horstink M (2008). Comparison of a timed motor test battery to the Unified Parkinson’s Disease Rating Scale-III in Parkinson’s disease. *Mov Disord*, 23(12), 1707–1717.
2. Macleod AD, & Counsell CE (2010). Timed tests of motor function in Parkinson’s disease. *Parkinsonism Relat Disord*, 16(7), 442-446.
3. Rikli RE, & Jones CJ (2001). *Senior fitness test manual*. Champaign, IL: Human Kinetics.



# LA MEJORA DE LA FUERZA MUSCULAR EN PERSONAS MAYORES A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL MÉTODO PILATES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Autores:** Oliveira, I.M., Rodríguez-Fuentes, G., Cancela, J.M.

**Institución:** Facultad de Fisioterapia y Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo, España.

**Palabras clave:** Ejercicio físico, Envejecimiento activo, Función física.

**Introducción:** Para el desempeño funcional independiente de las personas mayores, es necesario que estas tengan una serie de aptitudes físicas, siendo una de ellas una fuerza muscular suficiente. Esta fuerza muscular no sólo facilitará su autonomía, sino también aspectos con la prevención de caídas y, por ende, reducirá el riesgo de fracturas. Uno de los métodos que se pueden emplear para el trabajo global de la fuerza muscular es el método Pilates.

**Objetivo:** Analizar de forma sistematizada las publicaciones que versan sobre la incidencia del método Pilates en la fuerza muscular de las personas mayores.

**Métodología:** Revisión sistemática a través del método PRISMA -Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses- (Liberati et al, 2009) en diferentes bases de datos (Medline, EMBASE, PEDro, CINAHL y SPORTDICUS) teniendo como criterios de inclusión: trabajos experimentales o cuasiexperimentales sobre fuerza muscular, método Pilates y personas mayores.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 9 estudios (Bird et al. 2012; Boguszewski et al. 2012; Babayigit-Irez et al. 2011; Fernández y Benítez, 2013; Fourie et al. 2012; Kaesler et al. 2007; Kopkáné et al. 2012; Mallery et al 2003; Vécseyne et al. 2013). Los resultados que nos ofrecen estos trabajos indican que las investigaciones son de calidad metodológica reducida y los resultados vinculados a la ganancia de fuerza son contradictorios, indicando trabajos efectos positivos y significativos ( $p < 0.05$ ) mientras que otros no reflejan ningún tipo de cambio.

**Conclusiones:** El método Pilates aún debe demostrar un mayor nivel de evidencia en cuando a la mejora de la fuerza muscular en personas mayores. Además, se precisa incrementar la calidad metodológica de los estudios.

## Referencias:

1. Bird, M., Hill, K. D., & Fell, J. W. (2012). A randomized controlled study investigating static and dynamic balance in older adults after training with pilates. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 43-49.
2. Boguszewski, D., Adamczyk, J., & Ochal, A. (2012). The role of pilates and aquafitness exercises in sustaining the health and fitness of elderly women. *Sport Science Review*, 21(3), 127-138.
3. Babayigit-Irez, G., Ozdemir, R. A., Evin, R., Irez, S. G., & Korkusuz, F. (2011). Integrating pilates exercise into an exercise program for 65 year-old women to reduce falls. *Journal of Sports Science and Medicine*, 10, 105-111.
4. Fernández, K., Benítez, A. (2013). Influencia de la práctica del método pilates sobre la sarcopenia. *Kronos*, 12(1), 51-55.



5. Fourie M, Gildenhuis G, Shaw I, Toriola A, Goon D. (2012) Effects of a mat pilates programme on muscular strength and endurance in elderly women. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*.18(2):299-307
6. Kaesler, D., Mellifont, R., Kelly, P. S., & Taaffe, D. (2007). A novel balance exercise program for postural stability in older adults: A pilot study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11(1), 37-43.
7. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *British Medical Journal*. 2009;339:b2700.
8. Kopkáné, J., Kovách, M., & Bognár, J. (2012). Improving flexibility and endurance of elderly women through a six-month training programme. *Human Movement*, 13(1), 22-27.
9. Mallery LH, MacDonald EA, Hubley-Kozey CL, Earl ME, Rockwood K, MacKnight C. (2003). The feasibility of performing resistance exercise with acutely ill hospitalized older adults. *BMC geriatrics*. 3(1):3.
10. Vécseyne Kovách M, Kopkáné Plachy J, Bognár J, Olvasztóné Balogh Z, Barthalos I Effects of Pilates and aqua fitness training on older adults' physical functioning and quality of life. *Biom Hum Kinet* 5:22-27 .



## ACTIVE AGEING PROMOTION IN THE COMMUNITY THROUGH THE USE OF NEW TECHNOLOGIES

**Authors:** Lorenzo-López, L<sup>1</sup>., Núñez-Naveira, L<sup>2</sup>., Lorenzo, T<sup>2</sup>., Marante, M.P<sup>2</sup>., Maseda, A<sup>1</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>1</sup>.

**Institution:** <sup>1</sup>Gerontology Research Group, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, Universidade da Coruña, Campus de Oza, E-15071 A Coruña. <sup>2</sup>Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña.

**Keywords:** e-learning, Online platform, Volunteering, Lifelong learning

**Introduction:** Ageing, although being a triumph of the mankind represented by wisdom, maturity and respect, is still associated to some negative aspects such as worse physical and cognitive abilities, social isolation or dependence. Thus, it is very important to promote an active ageing living to reach the old age in the better health status possible.

**Objectives:** To provide a positive understanding of ageing and establish an active aging learning-community focused on three different topics: health care, intergenerational volunteering and new technologies.

**Method:** @learn project is a consortium of five countries (Bulgaria, Ireland, Italy, Germany and Spain) that is building an online platform based on blended learning methodology and addressed to two age groups: elderly (<60 years) and young people (16-35 years).

**Results:** Printed and online learning materials are being developed based on end-users needs and delivered in the languages of the consortium. These materials are being tested by end-users in each country.

**Conclusions:** The Active Ageing Learning Community will allow elder and young people learn how to age properly in the frame of an intergenerational exchange. Elderly people could continue participating in the society avoiding their social isolation and decline which would alleviate the financial burden on the Health System.



## ACTIVÁNDOSE CÓ TEATRO

**Autores:** Casas Hevia, L.P., Cajide Pérez, G.

**Institución:** Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar

**Palabras clave:** Teatro

**Introducción:** O Centro de Día de O Corgo leva dende o seu inicio realizando terapias de estimulación cognitiva, entre as cales se atopa, orientación a realidade, reminiscencia, motivacións cognitivas específicas, así como a psicoestimulación a través das artes. Dentro desta última podemos encadrar o teatro, actividade que se iniciou neste Centro no ano 2012.

**Métodos:** O taller desenvólvese ao longo de 6 meses, os obxectivos a acadar son entre outros, favorecer aprendizaxe de novas actividades, exercitar a memoria anterógrada e retrograda, potenciar intercambios interxeneracionais e relacións sociais, traballar a motricidade fina e grosa, mellorar autoestima e sentimento de utilidade, traballar a educación emocional, potenciar o traballo intergrupalo e mellorar a resistencia á fatiga, traballar a capacidade de atención e concienciar de capacidades.

Neste obradoiro seguese a seguinte Método:

1º explicamos a actividade e todo o que esta nos pode aportar, xa que é un taller totalmente novedoso para os nosos usuarios

2º leer o texto grupalmente e repartense as personaxes en función das capacidades de cada usuario, intentando asimilar o estado emocional da personaxe, traballando así a educación emocional

3º memorizar o texto e posta en escena da obra

Ao mesmo tempo realízanse outros obradoiros relacionados coa temática, laborterapia, realizar o atrezzo e escenario, e tamén afianzar o texto nos talleres realizados polo terapeuta preguntándolles e falando as personaxes interpretadas polos usuarios

**Resultados:** Os indicadores que se estableceron para avaliar antes e despois da actividade, estado de ánimo, autoestima, destrezas motoras, acceso aos recordos, sociabilidade...derón variacións significativas en canto á mellora do estado xeral dos participantes, así como a verbalización espontánea dos mesmos do desexo de continuar con dita actividade.

**Conclusións:** Aínda que é difícil cuantificar resultados dun xeito empírico, despois de 2 anos pódese afirmar que o teatro repercute positivamente en tódalas capacidades dos usuarios, feito que se corrobora coa posta en escena da obra.



## MI TIEMPO, MI VIDA. AVANZANDO EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

**Autores:** Rebolo, R., Viña, T., Martínez, S.

**Institución:** Vivienda Comunitaria O Lecer.

**Palabras clave:** autonomía personal, proyecto de vida, envejecimiento activo

**Introducción:** En O Lecer venimos observando desde hace un tiempo que algunos de nuestros residentes tienen dificultad para gestionar su tiempo de ocio con actividades que sean de su interés.

**Método:** El centro tiene 8 residentes, con un grado de dependencia heterogéneo, por ello, con este programa buscamos que cada residente pueda disponer, de forma individual, de un tiempo para organizarlo según sus gustos, preferencias y capacidades.

**Resultados:** El programa se encuentra en la primera fase de desarrollo e implementación, realizando las evaluaciones previas al programa, por ello todavía no se pueden extraer conclusiones.

El programa beneficiará tanto a residentes, como a los familiares y trabajadores del centro.

**Conclusiones:** Dentro de la Vivienda Comunitaria supone una innovación más a la hora de plantear nuevas actividades que sean de interés a nuestros residentes y que colateralmente, bajo el cumplimiento del criterio de eticidad, ello suponga también un beneficio en sus familiares, personal de atención directa y en las relaciones con la comunidad.

La experiencia es transferible a otros centros de atención a personas mayores o discapacidad. Promueve el envejecimiento activo desde un punto de vista holístico, así como la participación, lo cual produce, en su medida, un impacto social.



# “PREVIR A DEPENDENCIA.” BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN BASE A LAS RELACIONES SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES

**Autores:** Estévez, P., Leirós, R.

**Institución:** Programa de Previr a dependencia en Villagarcía de Arousa puesto en marcha por el ayuntamiento en colaboración con Saraiva Centros de día.

**Palabras clave:** prevención, relaciones personales, sentimiento de pertenencia, aislamiento

**Introducción:** La longevidad de la población hace que las personas mayores, después de su jubilación, tengan más años para disfrutar de su tiempo libre. Los progresos en la sanidad y las mejoras en las condiciones de vida de la población son los factores clave de esta “revolución demográfica”.

Recogiendo los datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) del 2.013, que indican que la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad; ya que la forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja (casi un 48% de los casos), mientras que entre las mujeres aumenta el porcentaje de las que viven solas, suponiendo el doble del de los hombres; podemos apuntar a que en numerosas ocasiones ese tiempo que se consideraba de “disfrute”, se convierten en momentos de soledad.

**Objetivos:** Determinar la incidencia directa sobre los aspectos físico, cognitivo y emocional de los programas de prevención en los sujetos participantes.

- » Estudiar la correlación entre una metodología de intervención basada en las relaciones personales y la mejora de los aspectos biopsicosociales.
- » Determinar los factores claves de participación social para disminuir situaciones de aislamiento en las personas mayores de unidades de convivencia unipersonales.

**Método:** El programa de intervención lleva por título “Previr a dependencia”. Se inició en abril del 2.010 y permanece en la actualidad, puesto que los resultados obtenidos a lo largo de las distintas ediciones han alcanzado cifras que incrementan el número de participantes en el doble cada año.

El programa está estructurado en intervenciones planificadas en base a los objetivos estipulados al comienzo de cada edición, objetivos que se formulan tras la valoración integral de cada uno de los sujetos a través de escalas validadas científicamente para la valoración de las distintas áreas (física, cognitiva y social). Previo a la finalización del programa anual, sta valoración integral es realizada otra vez para determinar los objetivos alcanzados.

La muestra sobre la que se han aplicado ha sido de 78 personas en un rango de edad de 65 a 85 años, de las cuales más de un 50% presentan indicadores de aislamiento social y problemática emocional.



**Resultados:** El seguimiento de los sujetos participantes en el programa de prevención pone de relevancia los beneficios del mismo en todos los aspectos que interaccionan y son fundamentales como marcadores de calidad en el estilo de vida de las personas mayores.

Esta afirmación está basada en las valoraciones realizadas desde el inicio del mismo, ya que los datos recogidos así lo manifiestan. De los 78 sujetos estudiados 10 han sido valorados durante 5 años, 3 durante 4 años, 11 durante 3 años, 16 durante 2 años y, por último, 37 durante el último año.

**Conclusiones:** Las instituciones públicas y privadas deben actuar con responsabilidad, de manera coordinada y eficaz para crear nuevos recursos, u optimizar los ya existentes, destinados al colectivo de personas mayores.

Estos programas de prevención han de ser basados, programados y orientados hacia las principales áreas de mejora detectadas en las valoraciones realizadas por los profesionales, ya que cuando las intervenciones se orientan a objetivos concretos, definidos y readaptados en función de la aparición de nuevas necesidades. El seguimiento de las personas no sólo es importante cuando existe una patología asociada a la edad para conocer su evolución, sino que determinar los factores claves en la prevención, actuar como detector de posibles patologías y analizar el éxito de este tipo de programa también es transcendental.

## Referencias:

1. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. Abellán García, A. Vilches Fuentes, J. Pujol Rodríguez, R. Consejo superior de investigaciones científicas y Centro de ciencias humanas y sociales.



# PRIMERAS EXPERIENCIAS EN PREPARACIÓN A LA JUBILACIÓN DESDE GALICIA

**Autores:** Viña Ayude, T.

**Institución:** Consultora senior autónoma

**Palabras clave:** envejecimiento activo, formación

**Introducción:** Desde todas las instancias y entidades a nivel europeo y español se conmina y aboga por continuar expandiendo el concepto de FORMACIÓN A LO LARGO DE LA VIDA, y favorecer aquellas iniciativas especialmente que tiene que ver con una preparación a la futura jubilación por parte de personas en edad laboral mayores de 50 o 55 años. En el caso gallego, exceptuando la formación ofertada por grandes grupos empresariales o multinacionales hacia sus trabajadores dentro de nuestro territorio, son éstas las primeras experiencias junto con un análisis de sus resultados, organizadas desde la Xunta de Galicia , UNED Senior de Pontevedra y Diputación Provincial de Pontevedra.

**Método:** Observación directa e indirecta de todo el proceso de difusión y marketing. Entrevistas estructuradas y no estructuradas a los alumn@s asistentes.

## Resultados:

- » Falta de penetración en el público objetivo: pocos alumn@s matriculados.
- » Pocos alumnos matriculados en edad laboral.
- » Elevado grado de satisfacción al finalizar la formación por parte del alumnado.

## Conclusiones:

- » Necesidad de una revisión en profundidad de las técnicas de difusión e información para la captación de alumn@s.
- » Escasa cultura sobre envejecimiento activo entre la población gallega.
- » Cambio de título por otro mas atractivo y que incluya a personas ya jubiladas o pensionistas (“Envejecimiento activo y jubilación”, por ejemplo), ya que buena parte de los matriculados corresponden a este sector.



## ESTADO AFECTIVO EN FUNCIÓN DEL RECURSO DE APOYO UTILIZADO (CENTRO DE DÍA VERSUS RESIDENCIA)

**Autores:** Balo, A<sup>1</sup>., Lorenzo-López, L<sup>2</sup>., Lorenzo, T<sup>1</sup>., Río Díaz, T<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup>Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña

**Palabras clave:** Depresión, Demencia, Personas mayores

**Introducción:** Entre los principales problemas mentales de tipo orgánico que inciden con mayor frecuencia entre las personas mayores se encuentra la depresión, pudiendo afirmar que el colectivo de personas mayores es uno de los más vulnerables de nuestra sociedad.

**Objetivos:** Evaluar el estado afectivo de una muestra de personas mayores semi-institucionalizadas o institucionalizadas y establecer las posibles diferencias de acuerdo al tipo de recurso utilizado: centro de día vs. residencia.

**Método:** Estudio descriptivo y longitudinal que incluye la evaluación de 91 pacientes mayores de 65 años al inicio del estudio y 61 que fueron reevaluados un año después. La exploración afectiva se basó en la detección de síntomas depresivos.

**Resultados:** Se puso de manifiesto la elevada frecuencia de síntomas depresivos en ambos grupos de pacientes (27,8% en usuarios de centro de día y 40,5% en residencia). Además, los pacientes de residencia mostraron una reducción significativa (30,4%,  $p < 0,05$ ) de los síntomas depresivos al final del estudio.

**Conclusiones:** Existen diferencias en la evolución de los síntomas depresivos de acuerdo al nivel de institucionalización de las personas mayores. Dichos síntomas se reducen a lo largo del tiempo en los sujetos institucionalizados posiblemente debido a la mayor supervisión por parte de los profesionales.



# INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DEL MÉTODO PILATES EN EL EQUILIBRIO DE LAS PERSONAS MAYORES. REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Autores:** Oliveira, I.M., Rodríguez-Fuentes, G., Cancela, J.M.

**Institución:** Facultad de Fisioterapia y Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte, Universidad de Vigo, España.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Terapia por ejercicio, Equilibrio.

**Introducción:** El equilibrio es uno de los factores imprescindibles para una buena marcha. Casi el 15% de las personas mayores de 65 años presentan alguna alteración en la capacidad para caminar debido a un sistema musculoesquelético y nervioso con un deficiente funcionamiento. En la última década la práctica del método Pilates ha crecido exponencialmente, pero todavía se hace necesario contrastar sus resultados, en determinados factores de la condición física saludable, como es el caso del equilibrio.

**Objetivo.** Analizar de forma sistematizada los trabajos desarrollados en ancianos a través de la aplicación del método Pilates de ejercicio.

**Método:** Revisión sistemática a través del método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) en las principales bases de datos (Medline, EMBASE, PEDro, CINAHL y SPORTDICUS) teniendo como criterios de inclusión: trabajos experimentales o cuasiexperimentales sobre el equilibrio, método Pilates y personas mayores.

**Resultados:** Un total de 14 estudios fueron seleccionados para llevar a cabo la revisión sistemática, 2 experimentales (Hall, 1998; Bird et al. 2012) y 12 cuasiexperimentales (Kaesler et al. 2007; Kuo et al. 2009; Rodrigues et al. 2010b; Babayigit-Irez et al. 2011; Boguszewski et al. 2012; Coriolano et al. 2012; Kopkáné et al. 2012; Newell et al. 2012; Mokhtaria et al. 2013; Bird et al. 2013; Vécseyné et al. 2013; Hyun et al. 2014). El equilibrio fue evaluado tanto estático como dinámico. Los resultados indican que el método Pilates mejora significativamente ( $p < 0.05$ ) el equilibrio estático y dinámico en los ancianos.

**Conclusiones:** El método Pilates parece ser una práctica de ejercicio físico apta para la mejora del equilibrio en los ancianos. No obstante es necesario mejorar los diseños de investigación.

## Referencias:

1. Appell, I. P. C., Pérez, V. R., Nascimento, M. d. M., & Coriolano, H. J. A. (2012). The pilates method to improve body balance in the elderly. *Archives of Exercise in Health and Disease*, 3(3), 188-193.
2. Bird, M., Hill, K. D., & Fell, J. W. (2012). A randomized controlled study investigating static and dynamic balance in older adults after training with pilates. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 43-49.
3. Bird, M. L., & Fell, J. (2013). Pilates exercise has positive long term effects on the aged-related decline in balance and strength in older, community dwelling men and women. *Journal of Aging and Physical Activity*, doi:2013-0006 [pii]
4. Boguszewski, D., Adamczyk, J., & Ochal, A. (2012). The role of pilates and aquafitness exercises in sustaining the health and fitness of elderly women. *Sport Science Review*, 21(3), 127-138.
5. Hall, D. W. (1998). The effects of pilates-based training on balance and gait in an elderly population San Diego State University.



6. Hyun, J., Hwangbo, K., & Lee, C. (2014). The effects of pilates mat exercise on the balance ability of elderly females. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(2), 291.
7. Irez, G. B., Ozdemir, R. A., Evin, R., Irez, S. G., & Korkusuz, F. (2011). Integrating pilates exercise into an exercise program for 65 year-old women to reduce falls. *Journal of Sports Science and Medicine*, 10, 105-111.
8. Kaesler, D., Mellifont, R., Kelly, P. S., & Taaffe, D. (2007). A novel balance exercise program for postural stability in older adults: A pilot study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 11(1), 37-43.
9. Kuo, Y., Tully, E. A., & Galea, M. P. (2009). Sagittal spinal posture after pilates-based exercise in healthy older adults. *Spine*, 34(10), 1046-1051.
10. Mokhtari, M., Nezakatalhossaini, M., & Esfarjani, F. (2013). The effect of 12-week pilates exercises on depression and balance associated with falling in the elderly. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 70, 1714-1723.
11. Newell, D., Shead, V., & Sloane, L. (2012). Changes in gait and balance parameters in elderly subjects attending an 8-week supervised pilates programme. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(4), 549-554.
12. Plachy, J., Kovách, M., & Bognár, J. (2012). Improving flexibility and endurance of elderly women through a six-month training programme. *Human Movement*, 13(1), 22-27.
13. Siqueira Rodrigues, Brena Guedes de, Ali Cader, S., Bento Torres, Natáli Valim Oliver, Oliveira, E. M. d., & Martin Dantas, E. H. (2010). Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(2), 195-202.
14. Vécseyiné Kovách, M., Kopkáné Plachy, J., Bognár, J., Olvasztóné Balogh, Z., & Barthalos, I. (2013). Effects of pilates and aqua fitness training on older adults' physical functioning and quality of life. *Biomedical Human Kinetics*, 5(1), 22-27.



# MANUAL PARA IMPLEMENTAR LAS INTERVENCIONES ASISTIDAS CON PERROS EN EL ÁMBITO DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. MARCO TEÓRICO Y EJERCICIOS PRÁCTICOS

**Autores:** Muñoz Hernández, J., Rey Mourelle, B., Sánchez Míguez, A.M.

**Institución:** Asociación Galega de Axuda ós Enfermos con Demencias tipo Alzheimer (AGADEA).

**Palabras clave:** terapia con animales, mayores, demencia.

**Introducción:** El envejecimiento es un fenómeno bio-psico-social que conlleva cambios fisiológicos y/o pérdidas funcionales. En la literatura científica, se plantea que estos pueden ser compensados con la tenencia o interacción de un animal de compañía y/o con las intervenciones asistidas con animales.

**Objetivos:** Facilitar a profesionales del sector gerontológico la implementación de un programa de intervención asistida con perros. Proporcionar dinámicas con temática canina en el ámbito gerontológico.

**Método:** Se presenta un proyecto de intervención que incide sobre la programación habitual de las sesiones de psicoestimulación que se lleva a cabo con personas mayores que sufren deterioro cognitivo, cuya finalidad es potenciar un envejecimiento activo, ralentizar el proceso de deterioro y mejorar la calidad de vida del ser humano y su entorno. Para ello, en el manual se proporcionan ejercicios neuropsicológicos y talleres de estimulación cognitivo-funcionales adaptados al ámbito canino y al colectivo de las personas mayores. Un ejemplo es el Gerotrivial Canino.

**Resultados:** La colaboración de una perra de terapia y la adaptación de las intervenciones al ámbito canino tiene un efecto positivo en todas las esferas del usuario.

**Conclusiones:** En la población mayor en general, un animal actúa como generador de calidad de vida al establecerse el vínculo persona-animal, hecho que favorece el proceso de envejecimiento activo.



## COMPROBACIÓN DE LA TEORÍA TRIANGULAR DEL AMOR Y LA SATISFACCIÓN VITAL EN PERSONAS MAYORES

**Autores:** Bugallo-Carrera, C., Gómez-Cantorna, C., Clemente-Díaz, M., Gandoy-Crego, M.

**Institución:** Grupo de Investigación Dependencia, Gerontología y Geriatria USC

**Palabras clave:** Gerontología, Amor, Satisfacción con la vida.

**Introducción:** Hemos intentado comprobar la intensidad de cada uno de los componentes de la Teoría Triangular del Amor de Sternberg en sujetos mayores de 55 años y analizar su relación con la satisfacción con la vida (SV). Asimismo, hemos realizado una comparación entre los resultados obtenidos en este grupo de edad con los obtenidos en un grupo de adultos jóvenes. Para ello se ha utilizado un diseño transversal de medida intersujeto.

Hemos pasado dos pruebas: la Escala Triangular del Amor de Sternberg y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener.

**Objetivos:** Comprobar el peso de los diferentes componentes del amor en ambos grupos de edad y su relación con la SV.

**Resultados:** El grupo de mayores ha manifestado un menor nivel de intimidad con sus parejas, asimismo han manifestado un menor nivel de pasión y de compromiso, y se sentían menos satisfechos con sus vidas.

Hemos encontrado una correlación negativa de la variable edad con la intimidad y la pasión.

**Conclusiones:** Hallamos, al igual que Sternberg, que en las relaciones amorosas de los mayores estos perciben una menor intimidad, menor pasión, y menor compromiso que las personas jóvenes. Asimismo, se sienten menos satisfechos con sus vidas.



# PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE TRES GRUPOS ETARIOS

**Autores:** Brosa Martín, C., Faílde Garrido, J.M., Lameiras Fernández, M., Vázquez Vázquez, M.A., Rodríguez Castro, Y.

**Institución:** Facultad de Ciencias de la Educación - Universidad de Vigo

**Palabras clave:** Atribuciones, actitudes, estereotipos, envejecimiento

**Introducción:** El envejecimiento actual de la población no tiene precedentes en la historia de la humanidad. Paradójicamente, este hecho coincide con una visión del envejecimiento que hace que este se perciba como un problema social y no como una conquista frente a la muerte temprana de antaño, o como una mejora de las condiciones de vida respecto al pasado.

**Objetivos:** Evaluar las atribuciones y actitudes ante el envejecimiento en tres grupos etarios: jóvenes, adultos y adultos mayores,

**Método:** La muestra estuvo integrada por 250 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: jóvenes (<35), adultos (36-64) y adultos mayores (>65). A todos ellos les fueron administrados los mismos instrumentos: Cuestionario de Razones por las que una Persona ha Entrado en la Vejez (CEV), Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCM), The Facts on Aging Quiz (FAQ1), Cuestionario de Características Negativas de la Vejez (CNV) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v19.

**Resultados:** Los tres grupos muestran una actitud neta negativa en el FAQ-1. En cuanto a las razones que definen la entrada en el envejecimiento (CEV) se detectaron diferencias intergrupales en base a los factores que lo definen: "edad" ( $X^2=5,95$ ,  $p=0,50$ ) y "deterioro de la salud" ( $X^2=6,11$ ,  $p=0,47$ ). Por otra parte, en relación a la evaluación de la estereotipia sobre la salud de las personas mayores, se detectaron diferencias intergrupales en la escala PGCM ( $F=38,06$ ,  $p=,000$ ), los contrastes post hoc indicaron que estas se producían entre el grupo de mayores con el de jóvenes ( $p=,000$ ) y con el de adultos ( $p=,000$ ).

**Conclusiones:** Los resultados evidencian atribuciones y actitudes negativas hacia el envejecimiento que son congruentes con el estereotipo cultural, el cual percibe la vejez y la salud de los mayores con un enfoque negativo.

## Referencias:

1. Bustillos Lopez, A. (2010). Influencia de los estereotipos asociados a la edad en la salud de los mayores. En M. López Sáez, E. Gavia Stewart, A. Bustillo López y S. Fernández Arregui. Cuaderno de investigación en psicología social (pp. 115-130). Madrid: Sanz y Torres.
2. Díaz MD, Martínez B. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. Rev Mult Gerontol, 12(1), 19-25.
3. Franco MD, Sanmartín R, Guija JA. (2003). Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos del anciano. Rev Psicogeriatría, 3(1): 12-16.



## PROYECTO EXPERIMENTAL NEUROREHABILITADOR - VISIÓN DE UN ODONTÓLOGO

**Autores:** Hernández, G.A.

**Institución:** Hogar Para Ancianos Valdense.

**Palabras clave:** Taller de armado prótesis dental adultos mayores

**Introducción:** La actividad fue pensada con el fin de promover actividades para mejorar y recuperar capacidades fomentando el manteniendo de su autonomía el mayor tiempo posible.

**Objetivos:** Mantener, estimular y entrenar la capacidad de concentración, atención, memoria, percepción, lenguaje que contribuyen a independencia personal. Estimular las relaciones interpersonales.

**Método:** En el salón de usos múltiples del Hogar guiados por Dr. Hernández (Odontólogo y Laboratorista Dental) se disponen dieciséis pacientes distribuidos en cuatro mesas. Al comienzo se realiza una proyección y luego una demostración práctica de la actividad a realizar. Se les presenta los materiales odontológicos a utilizar, descripción y uso de los mismos. Se les van brindando las pautas para la confección de una prótesis donde cada grupo comprende y realiza lo demostrado con el fin de confeccionar las prótesis dentales necesarias en 86% de huéspedes de la Institución. Registros evaluados por neuropsicología.

**Resultados:** Tras 8 meses de trabajo se ha constatado progresos individuales y grupales que son corroborados por el resto del plantel institucional.

**Conclusiones:** Individuales: Buena disposición, motivación, predisposición a nuevas actividades, superación estado depresivos, aumento autoestima, mejoras en las funciones cognitivas y en las relaciones interpersonales.

Grupales: Mayor tolerancia, compañerismo, respeto por ideas ajenas, cooperación, valoración del trabajo de grupo, sentimiento positivos por logros del grupo..

### Referencias:

1. 400 respuestas a 400 preguntas sobre demencia. Roberto Ventura y Cols.2006
2. Redacción "El periódico de la farmacia" Sevilla 2004.
3. Complete Dentures. Hugh Devlin.



## GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS ANCIANOS TRATADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOPITAL ITALIANO (OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO-MILÁN) AÑO 2013

**Autores:** Mosquera Losada, M.E., Pérez Martín, J., Domínguez Martínez, A.M., Atras Suárez, M.C.

**Institución:** Centro de Trabajo: Escuela Universitaria de Povisa (Universidad de Vigo); Residencia de Atención a personas dependientes Vigo I (Xunta de Galicia)

**Palabras clave:** satisfacción usuario, geriatría, calidad asistencial, unidades hospitalarias y SERVQHOS.

**Introducción:** El envejecimiento en el mundo provoca una mayor carga de trabajo en los diferentes niveles asistenciales incluida el área de asistencia hospitalaria. Italia tiene una de las tasas de envejecimiento más altas del planeta.

Para la mejora en la atención de estos pacientes se debe conocer su grado de satisfacción en los cuidados y el entorno, para ello no solo debemos satisfacer las necesidades de los usuarios sino también sus expectativas, el cuestionario de SERVQHOS usado en este trabajo cubre bien esta línea de investigación.

**Objetivo:** Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, de edad mayor o igual a 60 años, hospitalizados en los 3 servicios de medicina interna de la Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico de Milán (Italia) al irse de alta del centro en el periodo que va del 14 febrero 2013 al 23 de marzo del 2013.

**Método:** Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, Para la medición de la satisfacción se ha escogido el cuestionario SERVQHOS que es una adaptación al medio hospitalario de la encuesta SERVQUAL. Se pasó a un total de 55 ancianos escogidos al azar de un total de 176 usuarios que se fueron de alta en el periodo de estudio.

**Resultados:** La tasa obtenida de respuesta fue de un 78,57%. La puntuación media sobre expectativas en la atención y el entorno de la escala SERVQHOS fue 3,77 (en una escala de 1 a 5 donde el mejor resultado es 5). Los usuarios satisfechos o muy satisfechos con los cuidados recibidos, representan un 94,54% de la muestra y sin embargo un 21,82% tiene dudas a la hora de aconsejar este hospital.

**Conclusiones:** Las expectativas de los cuidados fueron cubiertas por la atención, pero hay margen de mejora, sobre todo en la puntualidad de las consultas medicas.

La población satisfecha destaca "la buena atención recibida" (calidad subjetiva) mientras la población insatisfecha, poco numerosa, subraya la falta de señalizaciones para orientarse (calidad objetiva).



## Referencias:

1. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV;12-18: [http://calite-revista.umh.es/indep/web/art\\_servqhos.pdf](http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf)
2. Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. Autoras: Esperança Anguera Guinovart, Francisca Martínez Bateman, enfermeras del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.
3. Sistema Sanitario Italiano, Regione di Lombardia. Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico. Profilo: <http://www.fbf.milano.it/newsite/profilo.php>



## ¿SE PRACTICA LA ASERTIVIDAD EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS?

**Autores:** Bande López, M., Arias Besteiro, L., Álvarez Suárez, T.

**Institución:** Residencia de Personas Mayores SARquavitae Castro Ribeiras do Lea.

**Palabras clave:** Comunicación, estudio, ADCA-1, formación.

**Introducción:** La comunicación es un pilar básico en la interacción de las personas; existen diferentes estilos que condicionan la relación entre ellas. En un Centro Gerontológico, es de vital importancia que el estilo predominante sea asertivo para que exista una buena calidad en sus servicios.

**Objetivos:** Detectar el estilo de comunicación actual en nuestro Centro e identificar las alternativas o soluciones en base al resultado del estudio.

**Método:** Selección de una muestra de personal de atención directa del Centro Residencial SARquavitae Castro Ribeiras do Lea, a la que se le solicita que cumplimente la escala estandarizada ADCA-1 (García Pérez, E.M. y Magaz Lago, A.). Análisis posterior de los resultados y conclusiones, con su correspondiente búsqueda de alternativas o soluciones.

**Resultados:** Pendiente de análisis.

**Conclusiones:** Pendiente de análisis.



## REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON DISFAGIA

**Autores:** Campos Castro, D.

**Institución:** Neuroburgas

**Palabras clave:** "Deglutation disorders", "dietetic modifications", "dysphagia". Introducción:

**Introducción:** La disfagia no es una enfermedad, es un síntoma que aparece en situaciones y patología muy variables, puede tener repercusiones graves para la salud y puede afectar significativamente en la calidad de vida del paciente. Requiere de una evaluación inmediata para definirla causa exacta e iniciarla terapia adecuada.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica internacional acerca de la disfagia y sus requerimientos nutricionales, así como las distintas vías de tratamiento.

**Método:**

He realizado una búsqueda en internet en MEDLINE/Pubmed, Pubmed Central, Biomed Central y ScienceDirect a través de los meta buscadores Scirus, Scopus y Uptodate.

**Resultados:** No hay demasiada bibliografía sobre este tema en concreto.

La mayoría de las publicaciones centran su información sobre la disfagia en una causa concreta de ésta.

**Conclusiones:** Las causas que la pueden producir la disfagia son diversas e incluyen tanto enfermedades neurológicas, como tumorales o laringológicas. A pesar de ser una patología frecuente, y con un impacto notable sobre la calidad de vida y en la nutrición, no hay demasiada bibliografía dedicada a la nutrición en la disfagia dado que lo importante es un buen diagnóstico, pues los requerimientos nutricionales de los pacientes no cambian respecto a la persona que no la sufre.



## USE OF AN E-LEARNING APPLICATION TO SUPPORT AND AID INFORMAL CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS

**Authors:** Núñez-Naveira, L<sup>1</sup>., Buján, A<sup>2</sup>., de Labra<sup>1</sup>., Jensen, A.M<sup>3</sup>., Mojs, E<sup>4</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institution:** <sup>1</sup> Research, Development and Innovation Department, Gerontological Complex La Milagrosa, Provincial Association of Pensioners and Retired People (UDP) from A Coruña, Avda. de Cádiz-5, E-15008 A Coruña. <sup>2</sup> Gerontology Research Group, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences, Universidade da Coruña, Campus de Oza, E-15071 A Coruña. <sup>3</sup> Center for Research in Ageing and Dementia, Faculty of Health Sciences, VIA University College, Campus Holstebro, Gl. Struervej 1, 7500 Holstebro, Denmark. <sup>4</sup> Department of Clinical Psychology, Poznan University of Medical Sciences, 70 Bukowska Street, 60-812 Poznan, Poland

**Keywords:** Burden, Multinational study, Online learning, Smartphone, Tablet

**Introducción:** Dementia disease affects more than 14 million people in Europe with a forecast to increase to 20 million by 2030. Most of the patients receive their care at home by their relatives, the informal caregivers that consequently suffer from physical and psychological symptoms.

**Objectives:** To ease the daily living of the caregivers by providing them with easy access to information and support, thus improving the quality, confidence and satisfaction with the care given.

**Method:** A consortium of three countries (Denmark, Poland and Spain) was created to develop the UnderstAID application based on e-learning methodology. Caregivers' needs and concerns were assessed to elaborate the contents to be implemented in the application. Pilot testing procedure will be used to validate the application.

**Results:** The analysis of the questionnaires revealed those topics most relevant for the caregivers (remembering troubles, hygiene and appearance, care-recipient and caregiver motivation). The application, installable in Smartphone, Tablet or PC and available in two versions according to different degrees of information, will be tested in each country.

**Conclusions:** By using the application, the informal caregivers can continue with their role as long as possible, delaying the institutionalization of their relatives and additionally counteracting the negative consequences of caregiving.



## PÉRDIDA AUDITIVA: DEMENCIA VERSUS ENVEJECIMIENTO NORMAL

**Autores:** Lodeiro, L<sup>1,2</sup>., Lorenzo-López, L<sup>2</sup>., de Labra, C<sup>1</sup>., González-Abraldes, I<sup>1,2</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup>Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña.

**Palabras clave:** Presbiacusia, Pérdida auditiva, Audición, Demencia

**Introducción:** La pérdida auditiva es muy frecuente en personas mayores, ascendiendo a valores en torno al 50% en personas mayores de 70 años. Dicha discapacidad se ha estudiado poco en la demencia dado que la mayor parte de las pruebas requieren la colaboración del sujeto. A menudo surge confusión diagnóstica en la demencia, de manera que la pérdida auditiva (PA) puede ser sobreestimada o subestimada.

**Objetivos:** Estudiar si la pérdida auditiva es más frecuente en la demencia que en el envejecimiento normal.

**Método:** Se seleccionaron 98 individuos con y sin deterioro cognitivo y se distribuyeron en 2 grupos según las puntuaciones GDS: Grupo A, GA= sin demencia (n=54) y Grupo B, GB= con demencia (n=44). Para evaluar la capacidad auditiva se les realizó una audiometría tonal liminar.

**Resultados:** La media y desviación típica de PA en el GA fue de 42.7dB±11dB y en el GB fue de 45.1dB±10dB. Las diferencias no fueron significativas según la t de Student (p=0.293), indicando que no hubo diferencias audiométricas significativas entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Al menos a nivel periférico, la pérdida auditiva en la demencia no es ni más frecuente ni más severa que en el envejecimiento normal.



## ¿SON LAS PRUEBAS DE LENGUAJE ÚTILES EN LA PREDICCIÓN Y/O SEGUIMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO?

**Autores:** Lodeiro, L<sup>1,2</sup>., Lorenzo-López, L<sup>2</sup>., González-Abraldes, I<sup>1,2</sup>., Balo, A<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup>Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña.

**Palabras clave:** emencia, Fluidez verbal, Comprensión, Denominación

**Introducción:** La fluidez verbal semántica, la denominación y la comprensión verbal son los tres aspectos del lenguaje más afectados en el deterioro cognitivo y que pueden ser sensibles a la detección de aparición de Alzheimer.

**Objetivo:** Se pretende determinar si la valoración de esos aspectos del lenguaje son útiles en la predicción y/o seguimiento del deterioro cognitivo.

**Método:** Se aplicó la Escala de Deterioro Global y el Mini-Mental State Examination (MMSE) a una muestra de sujetos  $\geq 65$  años (N=82). A continuación, se les administraron pruebas que valoraban las tres áreas lingüísticas: Test de Denominación Abreviado de Boston (TDB), Test de Fluidez Verbal semántica (TFV) y Token Test (TT).

**Resultados:** Se encontraron correlaciones significativas ( $p < 0.005$ ) entre el MMSE y cada una de las pruebas de lenguaje aplicadas (TDB:  $r = 0,565$ ; TFV:  $0,722$ ; TT:  $0,707$ ). Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para conocer el valor predictivo de estas variables para deterioro cognitivo, encontrándose que solo las pruebas de fluidez verbal y comprensión tuvieron valor predictivo ( $p < 0.005$ ).

**Conclusiones:** Las tres áreas de lenguaje evaluadas son indicadoras de deterioro cognitivo permitiendo predecir el nivel de severidad del mismo, aunque solo la fluidez verbal y la comprensión son buenos predictores.



## LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN GALICIA DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS POR CRUZ ROJA

**Autores:** Departamento de Estudio e Innovación Social Cruz Roja Española con la colaboración de la Universidad Carlos III.

**Institución:** Departamento de Estudio e Innovación Social Cruz Roja Española con la colaboración de la Universidad Carlos III

**Palabras clave:** Impacto crisis situación social 2013

**Introducción:** La trayectoria de atención y proximidad de Cruz Roja a las demandas social emergentes por la fuerte implantación territorial de los proyectos que desarrollamos, nos alerta sobre la incidencia de situaciones de precarización económica o falta de cobertura de necesidades, un importante aumento del papel de los mayores como sostén familiar y una responsabilidad sobrevenida debido al impacto de la crisis en su red de apoyo familiar.

**Objetivos:** Estudio de las personas mayores atendidas por Cruz Roja en la que se refleja la problemática compleja y multidimensional por la que están atravesando las personas de 65 a 79 y de 80 años y más en este caso centrándose en Galicia. Se analiza el impacto de la crisis en la vulnerabilidad social de las personas mayores a nivel económico, anímico y emocional.

**Método:** Análisis basándose en los factores sociales: Características sociodemográficas, Situaciones de convivencia, Ingresos, pobreza y privación material, Estado de salud, accidentalidad, Actividades, estado anímico y afectividad.

**Conclusiones:** La población mayor atendida por Cruz Roja supone un 26% sobre el total, y es una población sobrevenjecida ya que el 70% tiene más de 80 años. La longevidad va acompañada de una mayor vulnerabilidad social cuando coinciden una serie de factores de riesgo.



# EMOCIONES Y GRUPO. ESTRATEGIAS PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

**Autores:** Lozano-Lorenzo, M.J<sup>1</sup>, Gómez-Pedra, A<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup>Trabajadora Social del Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>2</sup>Profesional independiente para el sector de la dependencia

**Palabras clave:** ciclo, mayores, sinergia, calidad de vida.

**Introducción:** No siempre es fácil realizar el tránsito natural de una etapa a otra en el ciclo vital. Muchas veces la tensión acumulada y las emociones vividas no tienen el espacio adecuado para ser atendidas. Sólo después de cierto tiempo, cuando la salud corre peligro, es cuando uno se acuerda de "toda la carga no expresada". El abordaje emocional grupal crea una sinergia donde las personas mayores refuerzan los aspectos positivos de su historia de vida y adquieren más seguridad en ellas mismas. Un envejecimiento saludable pasa por conocer nuestros recursos internos y saber cómo activarlos para conseguir una buena calidad de vida. Se expone una metodología de quince años de práctica con mayores en grupo.

## Objetivos:

- » Conseguir un buen manejo de las emociones y del estrés provocado por miedos, inseguridades y preocupaciones propios de la edad.
- » Ser capaces de realizar transiciones de una etapa a otra de la vida con eficacia.

## CONTENIDO:

1-Aprendizaje y activación de recursos internos.

2- Emociones y salud.

3- Cambio y confianza en la vida.

**Método:** Programación Neurolingüística Remodelada.

## Referencias:

1. McWhirter J. (2005). Development Behaviour Modelling (DBM®) Disponible en [www.sensorysystems.co.uk](http://www.sensorysystems.co.uk), rescatado el 7 de noviembre de 2013.



## DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO CON DIABETES EN CENTROS SOCIO SANITARIOS DE LA 3ª EDAD DE GALICIA

**Autores:** Carreiro Alonso, M.A., Vilariño Vilariño, I., Ameijeiras Álvarez, A., Duro Liñares, O., Fernandez Ledo, C., Vaamonde Seoane, L., Maneiro Lijó, L., Pose Reino, A.

**Institución:** SERGAS/ Hospital Provincial de Conxo, Santiago de Compostela.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo, Diabetes Mellitus, Pfeiffer.

**Método:** Se incluye una muestra de 388 pacientes institucionalizados mayores de 65 años. Se pretende conocer la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en la población geriátrica y el grado de DM oculta en el ámbito de las residencias geriátricas; así como el riesgo de alteraciones macrovasculares y microvasculares; el nivel de dependencia y el deterioro psíquico relacionado con esta enfermedad metabólica.

**Resultados:** Del total de la muestra analizada, un 25,07% sufre DM tipo II, con un 68,75% de mujeres y un 31,25% de varones. Del total de diabéticos un 69,79% mantiene su HbA1c  $\leq 7\%$ ; mientras que el 62,50% se encuentra con HbA1c en niveles óptimos (HbA1c  $\leq 6,5\%$ ). Por el contrario, el 22,92% mantiene cifras de HbA1c elevadas (HbA1c  $> 7$  y  $\leq 8,5\%$ )

Dentro del 74,93% de los ancianos que no sufre diabetes encontramos un 7,34% que arroja un resultado analítico en su HbA1  $> 6,5\%$ , de los cuales al menos un 75% presenta sobrepeso.

En relación con el deterioro cognitivo en la muestra, el 58,24% de los pacientes superó los 3 errores en el test de Pfeiffer. Del total de pacientes no diabéticos con un resultado en el test de Pfeiffer  $\geq 3$  errores un 24,57% superó en niveles de HbA1c el 6,0%. Un 11,2% de los no diabéticos alcanzó un resultado en el test de Pfeiffer  $\geq 3$  errores, y una HbA1c  $\geq 6\%$  y  $\leq 6,5\%$ , a esto dato hay que sumarle que el 71,85% presenta un IMC  $\geq 25$ .

**Conclusiones:** En el grupo estudiado la presencia de diabetes no parece asociarse a una mayor prevalencia de deterioro cognitivo. El tratamiento con insulina parece relacionarse con una mayor presencia de deterioro cognitivo en los pacientes diabéticos, lo que podría estar relacionado con la presencia de hipoglucemias en este grupo de población.

Dada la elevada prevalencia de esta enfermedad entre la población geriátrica, debería de intensificarse su detección precoz en este grupo de población para evitar sus complicaciones. Es importante que enfermería se implique de forma protagonista para conseguir el control metabólico de la diabetes así como los factores de riesgo vascular asociados a ella, incluida la obesidad y la hipertensión arterial.



# IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS CENTROS DE DÍA SARAIVA

**Autores:** Bouzada, C., Leirós, R., Cons, M.J., Araújo, M., Domínguez, S., Saborido, L., Fra, R., López, N.

**Institución:** Centros de Día Saraiva en la provincia de Pontevedra

**Palabras clave:** ACP, Centros de día, familias, equipos profesionales, calidad de vida

**Introducción:** La metodología de atención centrada en la persona es un eje fundamental en el avance hacia un nuevo modelo de atención, que permita ofrecer un servicio de calidad en el que la base principal se sitúa en personalizar la atención de nuestros mayores partiendo de sus capacidades y sus propias decisiones.

**Objetivos:** Implantar una metodología de atención que integre los intereses de los tres grupos de intervención de los Centros de día: personas usuarias, familiares y profesionales.

- » Determinar el impacto de la ACP en el estado físico, cognitivo y emocional de los sujetos.
- » Determinar el impacto de la participación de las familias en la elaboración del PAI sobre la calidad de vida de usuarios y cuidadores.
- » Determinar el impacto de la ACP en tres aspectos fundamentales para el desarrollo profesional de los equipos de atención directa en los Centros de día: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

**Método:** La implantación de la ACP se realizó en dos Centros de Día ubicados en la Provincia de Pontevedra. El grupo de personas usuarias ha oscilado entre 70-90, dado que un porcentaje de los sujetos causaron baja/alta a lo largo del proceso, dato paralelo al número de familias participantes. El número de profesionales implicados ha sido 18.

Proceso:

1. Descripción de la situación inicial en cada Centro: análisis del entorno, descripción del perfil de los sujetos, de la red apoyo y de los equipos profesionales.
2. Detección de necesidades: identificación de áreas de mejora.
3. Creación del plan de acción para la implantación: hoja de ruta, selección de herramientas para la implantación, determinación de tiempos, planteamiento de objetivos, selección sistemas y métodos de evaluación.
4. Desarrollo del plan de acción.
5. Evaluación del proceso de implantación.



6. Seguimiento: evaluación periódica, continuo análisis de las valoraciones actuales con respecto a las evaluaciones anteriores.

**Resultados:** Los datos recogidos desde el momento inicial se clasifican en base al grupo de intervención: personas usuarias, familiares y profesionales.

Personas usuarias: índice de Barthel para las ABVD, escala de marcha y equilibrio Tinetti, MEC .

Familiares: escala de sobrecarga del cuidador Test de Zarit. Encuesta de elaboración propia Saraiva (valora niveles de participación y grado de satisfacción)

Profesionales: MBI (inventario de burnout de Maslach)

En todos los grupos de intervención se han observado indicadores de mejora directamente relacionados con los objetivos establecidos en el inicio del proceso. De manera objetiva afianzados por los datos obtenidos de las escalas validadas, y de un modo subjetivo a través del método de valoración de la observación directa, así como por los indicadores que la gestión por procesos recogen diariamente.

**Conclusiones:** Personas usuarias: una atención personalizada incide directamente en los aspectos físico- funcional y cognitivo-emocional de las personas usuarias en Centros de atención diurna, favoreciendo al mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida.

Familias: el incremento del porcentaje de participación de las familias en la toma de decisiones relativas a la atención diaria de sus familiares refleja en los datos, un descenso/mantenimiento sobre los índices de sobrecarga del cuidador. A la par de los índices de sobrecarga se evalúa el conocimiento de las familias acerca de los objetivos de un Centro día en la atención a las personas mayores, obviando lo que hasta ahora se comprendía como un recurso meramente asistencial.

Equipo profesional: descenso de los síntomas de agotamiento emocional y despersonalización, así como incremento de la realización personal.

## Referencias:

1. La atención gerontológica centrada en la persona. Martínez Rodríguez, T. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011.
2. La atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilares para la autonomía personal, 2013.



## APOYO GERONTOLÓGICO A DOMICILIO A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: FACTORES DE CALIDAD Y ACEPTACIÓN

**Autores:** Ríó Díaz, T<sup>1</sup>., Lorenzo, T<sup>1</sup>., Diego, C<sup>2</sup>., Núñez-Naveira, L<sup>1</sup>., Maseda, A<sup>2</sup>., Millán-Calenti, J.C<sup>2</sup>.

**Institución:** <sup>1</sup> Departamento de Investigación, Desarrollo e Innovación, Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados (UDP) de A Coruña, Avda. de Cádiz-5, 15008 A Coruña. <sup>2</sup> Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, Campus de Oza, 15071 A Coruña.

**Palabras clave:** Calidad de vida, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Envejecimiento, Personas mayores, Apoyo en domicilio

**Introducción:** La evolución de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores favoreciendo el envejecimiento en sus hogares. Sin embargo, son necesarios más estudios sobre la aceptación de las TIC en dichos domicilios.

**Objetivos:** Obtener datos precisos sobre qué opiniones tienen los mayores y los usuarios potenciales sobre las TIC aplicadas al cuidado y la atención en el hogar, sus preocupaciones sobre estos sistemas y los principales criterios de aceptación.

**Método:** Se realizó un estudio transversal, en el que participaron 91 usuarios divididos en tres grupos, a los que se les aplicó una serie de cuestionarios desarrollados "ad hoc". Se accedió a la muestra a través de muestreo no aleatorio incidental.

**Resultados:** Más del 80% de usuarios admitieron que un hogar inteligente sería un elemento útil y que retrasaría la institucionalización. El precio era un aspecto preocupante y coincidían en que las TIC deben cumplir criterios de accesibilidad y ser sencillas de instalar.

**Conclusiones:** Las TIC, y el sistema AGAD-TIC en concreto, podrían constituir una fuente de calidad de vida para las personas mayores, ya que favorecen el envejecimiento en el hogar y retrasan la institucionalización.



## BANCO DE PRODUCTOS DE APOIO PARA A VIDA DIARIA

**Autores:** Hermida Carballeira, V., Ladra Fraga, E., Fernández Ferreiro, B.

**Institución:** CENTRO DE DIA DE ABADIN. CONSORCIO GALEGO DE SERVIZOS DE IGUALDADE E BENESTAR

**Palabras clave:** Asesoramento. Adaptacións. Préstamo.

**Introducción:** Dende o Centro de Día de Abadín propónse a creación dun programa comunitario para o asesoramento respecto a solucións técnicas, e recepción de produtos.

**Obxectivos:** 1a fase (ano 2014):

1. Divulgar a dispoñibilidade de asesorar sen custo sobre solucións técnicas.
2. Recoller datos de persoas interesadas en vender ou doar este tipo de produtos.

2a fase (ano 2015):

1. Facilitar a comprobación da eficacia dun produto mediante a modalidade de préstamo.

**Método:** Difusión das presentacións mediante os medios de comunicación nun radio establecido de 30 km.

oRecepción e asesoramento de produtos de apoio.

**Resultados:** Da 1a fase: Divulgoúse o proxecto nos medios locais. Realizáronse visitas e accións formativas.

**Conclusións:** Os indicadores de medición foron favorables neste período de tempo considerándose o proxecto como necesario para aportar solucións as persoas con limitacións físicas.

**Referencias:**

1. Montagut F, Flotats G, Lucas E. (2005) Rehabilitación Domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos. Ed. Masson
2. ASEM Galicia. Las Ayudas Técnicas. Esas grandes desconocidas "[http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia\\_recursos\\_ayuda](http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia_recursos_ayuda)"
3. <http://www.ceapat.org>
4. <http://www.seg-social.es/imserso/dependencia>



# PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL ANCIANO. DETECCIÓN DE SÍNTOMAS

**Autores:** Sánchez S.

**Institución:** Servicio Galego de Saude /EUE Enfermería Pontevedra (España).

**Palabras Clave:** autolisis,consumación ,adultos

**Introducción:** Tras una revisión bibliográfica de las principales bases de datos en literatura sobre el tema del suicidio en España se evidencian resultados alarmantes sobre las cifras de consumación del acto en población anciana.

**Objetivos:** Definir los signos y síntomas que suelen preceder a la Autolisis, siguiendo las directrices de guías básicas de carácter sanitario .Se pretende con ello contribuir a su pronta detección y por ende a su resolución o derivación a especialista adecuado.

**Método:** Revisión bibliográfica. Estudio de tipo cualitativo, realizado mediante búsqueda de datos - palabras clave- en bases de datos españolas y guías sanitarias para delimitación de circunstancias concomitantes al acto suicida en población anciana.

**Resultados:** La conducta suicida es un importante problema de salud pública en el que los factores sociodemográficos desempeñan un papel importante tanto en su génesis como en las intervenciones preventivas y terapéuticas sobre la conducta autolítica.Los factores sociodemográficos, junto al diagnóstico temprano de estados anormales del estado de ánimo, han sido los elementos sobre los que se ha basado la decisión terapéutica en el manejo del intento de suicidio.

**Conclusiones:** La población anciana alcanza una alta prevalencia en la consumación del acto suicida , esta alta frecuencia junto con las particularidad del método empleado y el grado de letalidad apriorístico del intento nos hacen concluir la existencia de una premeditación temporal en la que han tenido que coexistir factores objetivos relacionados con cambios conductuales y /o del estado de ánimo . Es por ello capital el conocimiento de estas características acompañantes para la prevención del acto suicida en los profesionales responsables del cuidado de este tipo de pacientes.

## Referencias:

- 1 .De las Heras FJ, Dueñas M, Gaona JM, Elegido T. Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1988, vol. 23 (1): 23-30.
2. Granizzo JJ, Guallar E, Rodríguez-Artalejo F. Age-period-cohort analysis of suicide mortality rates in Spain, 1959-1991. International Journal of Epidemiology, 1996., vol. 25: 814-820.
3. Gutiérrez García JM (1995). "El suicidio consumado en Madrid, 1990-1992". Psiquis, vol. 16, nº 9.
4. Gutiérrez García JM (1996). Aproximación a la tasa real de suicido consumado en España". Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, vol. 23, nº 4.
5. Gutiérrez García JM (1996). "El suicidio en España 1906-1991. Mortalidad según distribución geográfica". Actas Luso Española



de Neurología Psiquiátrica, vol 24, nº 2.

6. Gutiérrez García, JM (1996). "El suicidio en España 1981-1991". Revista de Psicopatología, vol 16, nº 2, Madrid

7. Gutiérrez García, JM (1996). "Predominio del suicidio urbano sobre el rural en España". Actas Luso Española de Neurología Psiquiátrica, vol 24, nº 2

8. López Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B, Yacer A, Pérez J, Medraza MJ, Boix R, Díaz M, González P, Navas A, Almazán J, Jiménez MT, de Pedro J. Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996; efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del periodo de muerte. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, 2002.



## SOCIEDADE GALEGA DE XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

La Sociedad Gallega de Gerontología y Geriátría es una asociación científica multidisciplinar sin ánimo de lucro cuyo principal objetivo es promover el desarrollo de la Gerontología y la Geriátría en la Comunidad Autónoma Gallega.

HAZTE SOCIO:  
[www.sgxx.org](http://www.sgxx.org)