



XXX CONGRESO INTERNACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

1 y 2 JUNIO 2018
SEDE AFUNDACIÓN
VIGO

**LONGEVIDAD.
ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA
UNA SOCIEDAD DE FUTURO:
HERRAMIENTAS TÉCNICAS
Y PROGRAMAS.**

congreso.sgxx.org

Organiza:



SOCIETATE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA



SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA





XXX 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 2018

Edita: Sociedade Galega de Xerontoloxía E Xeriatría

ISBN: Pendiente solicitud.

Depósito legal: Pendiente solicitud



Relación de Autores (textos completos)

Profesor Dr. Ramón Cacabelos García

Catedrático de Medicina Genómica y Presidente del Centro de Investigación Biomédica EuroEspes.

D. Benxamín Porto Porto

Profesor de Sociología. Universidade de Vigo.

D. Melchor Fernández Fernández

Grupo de Análisis y Modelización Económica. Departamento de Fundamentos da Análise Económica. Instituto de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA).

Dra. Lia Joao Pinho Araujo

Profesora en Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. Investigadora en el grupo AgeingC.

Dra. Rocío Malfeito Jiménez

Médico del Servicio de Geriatría. HULA. SERGAS.

Dra. Águeda Rojo Pantoja

Médico Psiquiatra. Unidade de Psicogeriatría. CHUVI. SERGAS

Dña. Nuria Garatachea Vallejo

Profesora Departamento de Fisiatría y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza.

Dña. Sara María Rodríguez Paz

Ingeniera en Telecomunicación. Transformación Digital Sociosanitaria. Televés.

Dña. Paula Rodríguez Vázquez

Psicóloga clínica. Unidade de Psicogeriatría. CHUVI. SERGAS

Dña. Ana Francisco Fernández

Coordinadora servicio Cuidadores/as de barrio. Fundación Erguete-Integración.



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Dña. Rocío Romero López

Psicóloga. Residencia Súa Casa.

Dña. Sara Gabriela Silva

Socióloga. Directora Técnica en Resisénior Gold.

Dña. Laura Vilaboy Romero

Educadora Social. Newton Formación & Consulting.

Dña. Laura Carballa Pérez

Gerontóloga Social. Responsable de desarrollo Social en Fundación Amigos de los Mayores

Dña. Eva María Bouza Sánchez

Enfermera Especialista en Geriatría. Responsable del área Asistencial, CRAPD Vigo.

D. Juan Carlos Catalán Calero

Psicólogo. Encargado Nacional Programa Vínculos, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.

Dr. José Pascual Bueno

Médico. Profesor de la facultad de medicina y enfermería de la UCV. Presidente de la Fundación Dignitas Vitae.

Dña. María Zamora Arjona

Especialista en Cuidados Paliativos. Enfermera del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Dr. Andrés Vázquez Piñeiro

Gerontólogo Clínico. Especialista Universitario en Cuidados Paliativos.

Dr. Cástor Leonardo Maduro-Maytin

Médico Especialista en Cirugía Vasculat.

Dña. Cristina Brosa Martín

Enfermera. Especialista Universitario en Intervención y Atención a Personas con Dependencia



D. Jesús A. Carballo Bouzas

Psicólogo. Técnico de Inserción Laboral Cruz Roja.

D. Francisco Javier Bueno Herrera

Logopeda del CHUVI. SERGAS.

Dra. Cristina Vázquez López

Farmacéutica. Servicio de Farmacia CHUVI. SERGAS.

Dr. Alberto López Rocha

Médico Geriatra. Junta Directiva SEMER.

Dña. Esperanza Marcos Juárez

Abogada. Especialista en Derecho Sanitario. Directora General de Marcos Juárez Abogados.

Dra. Gianina Sedano Gómez

EOXI Lugo. SERGAS.

Dr. José Manuel Vega Andión

Jefe de Sección de Geriatría. EOXI Vigo. SERGAS.

Dña. María Jesús Lago Vilaboa

Jefa Servicio Trabajo Social. Médico. SERGAS.

D. José Ramón García Palacios

Coordinador Fiscal de menores y Discapacidad de Vigo.

Dra. Fini Pérez Martínez

Médico. Directora Departamento Técnico Asistencial de DOMUSVI.

Dr. José Antonio López Trigo

Médico Geriatra. Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA



Viernes 1 de junio

MEDICINA GENÓMICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Conferencia:

Profesor Dr. Ramón Cacabelos García. Catedrático de Medicina Genómica y Presidente del Centro de Investigación Biomédica EuroEspes.

Mesa Redonda:

El envejecimiento poblacional, un nuevo reto y oportunidades para la mejora de la calidad de la asistencia.

D. Benxamín Porto Porto

D. Melchor Fernández Fernández

Dra. Lia Joao Pinho Araujo

LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA GALICIA DEL S.XXI. HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA. IMPLICACIÓN PRÁCTICA EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Conferencia:

Dra. Rocío Malfeito Jiménez. Médico del Servicio de Geriatría. HULA. SERGAS.

Mesa Redonda:

Trastornos neurocognitivos y enfermedades neurodegenerativas, prevención y apoyo.

Dña. Águeda Rojo Pantoja

Dña. Nuria Garatachea Vallejo

Dña. Sara Rodríguez Paz

Dña. Paula Rodríguez Vázquez



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

IDEAS CLAVE FORMATO 6X6

Mesa multidisciplinar:

Soledad percibida y soledad real. Soluciones y Alternativas. Intervención y apoyo gerontológico en la Comunidad, Residencias y Centros de Día.

Dña. Ana Francisco Fernández

Dña. Rocío Romero López

Dña. Sara Gabriela Silva

Dña. Laura Vilaboy Romero

Dña. Laura Carballa Pérez

Dña. Eva Bouza Sánchez

NUEVOS MODELOS DE SERVICIOS DOMICILIARIOS CON ENFOQUE DE APOYO CENTRADO EN LA PERSONA DESDE LA COMUNIDAD: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.

Conferencia:

D. Juan Carlos Catalán Calero. Psicólogo. Encargado Nacional Programa Vínculos, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.



Sábado 2 de junio

EFICIENCIA Y CALIDAD: UNIDADES Y EQUIPOS GERIÁTRICOS. OPORTUNIDADES PARA LA GERIATRÍA HORIZONTAL

Mesa Redonda:

Dr. José Manuel Vega Andi3n

Dña. María Jesús Lago Vilaboa

MEDIDAS DE CONTENCI3N, DERECHO Y BIOÉTICA EN LA ASISTENCIA GERIÁTRICA

Mesa Redonda:

Dr. José Pascual Bueno

D. José Ramón García Palacios

Dña. Fini Pérez Martínez

LONGEVIDAD HUMANA Y CRONICIDAD

Conferencia:

Dr. José Antonio López Trigo. Médico Geriatra. Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Comunicaciones orales y pósteres

- Programa Xuntos nos cuidados "Juntos en los cuidados".
- El modelo de teatro pedag3gico cultural "CPT" aplicado en la formaci3n de profesionales sociales y sanitarios.
- La Actividad f3sica como dimensi3n de la calidad de vida en el adulto mayor.
- Proceso final ¿hospital o residencia?
- Proyecto ACTIVAGE: internet de las Cosas para un Envejecimiento Activo y Saludable.
- O educador social na intervenç3o socioeducativa com pessoas idosas - qu3 beneficios?



- Calidad de vida relacionada con la salud en profesionales sociosanitarios de Centros Gerontológicos.
- Rompiendo estereotipos televisivos sobre el envejecimiento femenino y la sexualidad: el caso de "Grace y Frankie".
- Cognición, conducta, función y psicofármacos en pacientes con deterioro cognitivo al ingreso en un centro gerontológico.
- Prescripción de medicamentos antidemencia asociados a psicofármacos en un centro gerontológico.
- Trasplante renal a los 80 años: realidad o ficción.
- Relación entre nivel de estrés e inteligencia emocional en auxiliares enfermería CRAP I Vigo 2018.
- Perfil del anciano con insomnio en el centro residencial de atención a personas dependientes Vigo I.
- Perfil del anciano con trastorno cognitivo (TC) en el complejo residencial de atención a personas dependientes (CRAPD) II de Vigo año 2017.
- Funcionarte.
- Autoatribuciones y heteroatribuciones en diferentes grupos de edad.
- Envejecimiento: conocimientos, estereotipos y atribuciones.
- Diferencias intergénero en la tendencia actitudinal ante el envejecimiento.
- La gerontología, un ámbito profesional para los y las estudiantes de Educación Social y Trabajo Social.
- Clínicas
- Estado físico cognitivo e incontinencia urinaria en el adulto mayor institucionalizado en Ciudad Juárez, México.
- Aneurisma de aorta abdominal, a propósito de un caso.
- Déficit sensorial (visual y auditivo) y función cognitiva en mujeres de 75 y más años.
- Mayores residentes con deterioro cognitivo: su estado visual y auditivo.
- Estimación del déficit auditivo en residencias de personas mayores mediante el test del susurro.
- Valoración de Síndromes Geriátricos, por parte de la Enfermera en la Valoración Geriátrica del Paciente Oncológico..
- Evaluación de la autonomía funcional en las capacidades físicas básicas mediante un programa de A.F.A. en mayores de CTX A Veiga (2018).
- Análisis de las infecciones del aparato urinario en el CRAPD I Vigo.
- Contribución del anciano al perfil del paciente de medicina interna en el Hospital Povisa 2015.



ORGANIZA: SOCIEDAD GALLEGA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA JUNTA DIRECTIVA DE LA SGXX

Presidente

Vicepresidente 1º

Vicepresidente 2º

Secretario

Tesorero

Vocal Sección Clínica

Vocal Sección Social

Vocal Psicogerontología

Vocal Enfermería

Vocal Gerocultura

Vocal Centros Gerontolóxicos

Vocal Formación e Investigación

Dr. Miguel Angel Vázquez Vázquez

Dr. José Manuel Pazos Seco

Dr. Javier Pérez Martín

Dr. José María Faílde Garrido

Dr. Cesáreo López Vidal

Dra. Sonia María Barros Cerviño

Dña. Isabel Redondo Zambrano

Dr. Carlos Dosil Díaz

Dña. Marta Ulloa Méndez

Dña. Raquel Ramos Rodríguez

D. Luis Lorenzo Mur

Dra. Isabel González-Abraldes Iglesias

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Vicepresidenta:

Secretario:

Tesorero:

Vocales:

D. Javier Pérez Martín

Dña. Dolores Monteagudo González

D. Mariano Gutiérrez Gutiérrez

D. José Manuel López Díaz

Dña. Cristina Brosa Martín

D. Carlos Dosil Díaz

D. Carlos Fernández Gómez

D. Ricardo Fra Otero

D. José Ramón Martínez Calvo

Dña. Elena Mosquera Losada

D. José Manuel Pazos Seco

Dña. Raquel Ramos Rodríguez

Dña. Gloria Rodríguez Cabaleiro

Dña. Águeda Rojo Pantoja

D. Andrés Vázquez Piñeiro

D. Miguel Ángel Vázquez Vázquez



COMITÉ CIENTÍFICO

- Presidente:** **D. José Manuel Vega Andión.** Médico Geriatra. Jefe del Servicio de Geriatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. SERGAS.
- Secretario:** **D. Carlos García Domínguez.** Enfermero especialista en Enfermería Geriátrica y Dietista. Centro de Día. Vigo.
- Vocales:** **D. Óscar Arroyo Riaño.** Máster en Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos. Director Xerente del Complejo Residencial de Atención a Persoas Dependentes de Vigo. Consellería de Política Social.
- D. José Luis Caamaño Ponte.** Doctor en Medicina. Médico del Departamento de Geriatría del Centro Terapéutico Sociosanitario de A Veiga.
- D. Jesús A. Carballo Bouzas.** Psicólogo y Máster en Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos. Cruz Roja. Ourense.
- D. Juan Carlos Catalán Calero.** Encargado Nacional Programa Vínculos, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.
- Dña. María Dapía Conde.** Doctora en Pedagogía. Profesora de la Universidad de Vigo.
- D. David Facal Mayo.** Doctor en Psicología. Profesor de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Dña. María Joao Amante.** Doutora en Psicología Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.
- D. Carlos Alberto Leite Branco.** Licenciado en Trabajo Social, Director de Résisenior. Máster en Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos.
- D. Cástor Leonardo Maduro-Maytin.** Doctor en Ciencias Médicas. PhD. UC. Profesor Titular de Cirugía. UC.
- Dña. Ana Belén Méndez Fernández.** Profesora Titular del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Vigo
- D. José Carlos Millán Calentí.** Doctor en Medicina. Catedrático de Escuela Universitaria. Universidad de A Coruña.
- D. Carlos Ocampo y Vilas.** Lecturer in Operations Management at KULeuven.
- Dña. María Augusta Pereira Mata.** Professora da Diplomatura de Gerontología. Instituto Politécnico de Bragança. Portugal.
- Dña. Natalia Vérez Cotelo.** Doctora en Farmacia. Profesora Adjunta de la Universidad San Pablo CEU.



SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA



VIERNES 1 DE JUNIO



LONGEVIDAD. ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA UNA SOCIEDAD DE FUTURO: HERRAMIENTAS TÉCNICAS Y PROGRAMAS

A lo largo del XXX Congreso Internacional de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría, celebrado en Vigo los días 1 y 2 de junio de 2018, se impartieron 4 conferencias, 5 mesas redondas y 8 talleres o workshop. Se presentaron además, 28 comunicaciones sociales y científicas, 14 en formato de comunicación oral y 14 en formato póster.

Asistieron al Congreso 232 profesionales del ámbito de los mayores: médicos geriatras y psiquiatras orientados a la psicogeriatría, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, gestores de residencias de mayores y centros de día, nutricionistas, etc.

Exponemos a continuación un resumen del Congreso:

DR. RAMÓN CACABELOS GARCÍA

Licenciado en Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo. Becario Extranjero del Ministerio de Educación, Ciencia y Cultura de Japón, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Osaka, Japón. Becario Extranjero del Ministerio de Educación, Ciencia y Cultura de Japón, Postgrado I-IV, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Osaka, Japón. Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela. Doctor en Ciencias Médicas/Medicina Interna/Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Osaka, Japón. Especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Osaka, Japón. Máster en Gerontología Social. 4ª Edición Iberoamericana, San Luís Potosí, México. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/IMSERSO; Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Diplomado en Técnicas Radioisotópicas. Osaka University Medical School, Osaka, Japón.

Catedrático de Medicina Genómica, Universidad Camilo José Cela, Madrid. Vice-Rector de Investigación y Ciencia, Universidad Camilo José Cela, Madrid. Presidente del Grupo EuroEspes. Presidente de la Asociación Española de Neurogerontología y Neurogeriatría. Director General del Centro de Investigación Biomédica EuroEspes (CIBE). Presidente de la Sociedad Española de Medicina Genómica. Presidente de la World Association of Genomic Medicine.

Profesor Honorario. Medicina Preventiva y Social. Escuela de ATS, Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Profesor Asociado. Departamento de Farmacología II. Osaka University Medical School, Osaka, Japón. Profesor Contratado. Osaka University of Foreign Studies, Osaka, Japón. Profesor Visitante de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Profesor Titular Interino. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. Director, Cátedra de Biotecnología y Genómica, Universidad



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Camilo José Cela, Madrid. Catedrático de Medicina Genómica. Cátedra de Medicina Genómica, Universidad Camilo José Cela, Madrid.

Jefe del Laboratorio de Psiconeuroendocrinología y Neurocibernética. Departamento de Neuropsiquiatría. Osaka University Medical School, Osaka. Japón. Coordinador Proyecto EUROMEMORAGE (CEE). Miembro del Board of Directors de la IPA (International Psychogeriatric Association)(renuncia voluntaria) Vice-Rector de Investigación y Ciencia, Universidad Camilo José Cela, Madrid. La enfermedad de Alzheimer en la actualidad. Cursos de verano de la Universidad de Cantabria. IV Cursos de Verano de Santander. La Sociedad ante la enfermedad de Alzheimer: Retos para el futuro. Santander. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: claves en el diagnóstico diferencial. Cursos de verano de la Universidad de Cantabria. IV Cursos de Verano de Santander. La Sociedad ante la enfermedad de Alzheimer: Retos para el futuro. Santander.

Medicina Genómica en el tratamiento de las Enfermedades Neurodegenerativas

La medicina personalizada, la medicina genómica, y la farmacogenética, disciplinas que permiten determinar cuál es el tratamiento más efectivo y con menos efectos secundarios para cada paciente, en base a su perfil genómico y farmacogénomico. El estudio genético, además, según afirma el Dr. Cacabelos puede identificar el riesgo de que una persona desarrolle diversas enfermedades, desde cáncer, a enfermedades neurodegenerativas como el alzhéimer o el párkinson, años antes de que manifieste los primeros síntomas, lo que permitiría adoptar estrategias para evitar o retrasar la aparición de dichas patologías.



D. BENXAMÍN PORTO PORTO

Licenciado en Sociología y Ciencias Políticas. U.N.E.D. Diplomado en Enfermería.

Más de veinte años impartiendo Sociología en el Programa para Mayores; Sociología de la Administración pública, del deporte, del trabajo, de la empresa, de la educación; Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Director y profesor de multitud de programas formativos en metodología de investigación, relaciones humanas y recursos temporales.

Investigación: Cambio tecnológico y procesos de cualificación/descualificación profesional en unidades de análisis clínicos hospitalarias. Estudio cualitativo para la detección de áreas susceptibles de mejora asistencial. Estudio Delphi sobre las necesidades de formación del personal sanitario. Escribió libros, capítulos y artículos en revistas. Algunos títulos son: Sociología y Administración Pública, Introducción a la Investigación científica. Participación con ponencias y comunicaciones en más de 30 eventos científicos y asistencia a infinidad de actividades formativas.

El envejecimiento poblacional, un nuevo reto y oportunidades para la mejora de la calidad de la asistencia

Uno de los grandes retos a los que se va a tener que enfrentar la Unión Europea es el envejecimiento de su población. En los próximos años seremos testigos de cómo la pirámide de edades se va a ver invertida.

El crecimiento medio de la población en la Unión Europea se verá levemente reducido en los próximos años. Pasará de un 0,1 % en 2020 a un -0,1 % en 2030. Este crecimiento es negativo en la inmensa mayoría de países comunitarios, a pesar del aumento de la esperanza de vida, debido al estancamiento de la tasa de fecundidad. Se estima que ésta se mantenga entre el 2020 y el 2030 en 1,6 nacimientos por mujer.

Vamos camino de vivir en países donde habrá más ancianos que niños. En 2020 un 19,5 % de media de la población de la Unión Europea será mayor de 65 años y seguirá creciendo hasta alcanzar un 22,9 % en 2030, abarcando más de un cuarto del total de la población. Una de las consecuencias de este envejecimiento, la cual ya podemos observar en varios de los países miembros, es el retraso de la edad de jubilación.

El hecho de que la tasa de fecundidad aumente a un ritmo demasiado lento en comparación con la esperanza de vida se debe, entre otras cosas, a la creciente competitividad en el mercado laboral, las escasas ayudas a las familias y la actual crisis económica.

La crisis demográfica lleva más de una década vaciando Galicia, pero el panorama en el futuro es mucho peor. En 2031, por cada menor de veinte años habrá 2,3 jubilados, cuando en la actualidad la proporción es 1,5 jubilados por gallego con menos de 20 años.

El envejecimiento de la comunidad se disparará hasta 2031, pues entre 2002 y 2016, se pasó de 119,9 jubilados por cada 100 menores de 20 años a una proporción de 153,7 por cada 100, y de aquí a 2031 pasaremos de 153,7 por cada 100 a 232,7 por cada 100.

Más del 33% de los gallegos serán jubilados en 2031 frente al 24,3% de la actualidad. El progresivo envejecimiento de la población deja desequilibrios en todas las comarcas de Ourense y Lugo. Los peores índices estarán en el sur de la provincia ourensana, con más de 500 mayores de 64 años por cada 100 menores de veinte.

Galicia tendrá más mayores y con más esperanza de vida. Si en 2015, la esperanza de vida era de 82,6 años, en 2030 será de 85,3 años. La edad media de los gallegos ahora es 46,5 años y en 12 años se elevará hasta los 51 años.

Entre los desafíos a los que se enfrenta España para asegurar que el sistema de pensiones es sostenible y adaptado a las necesidades de la población, la propia Seguridad Social destaca “los relacionados con el envejecimiento demográfico” ante el aumento paulatino de la esperanza de vida y la caída de los nacimientos; y “las secuelas” que la crisis económica dejó “en el mercado de trabajo y en las carreras de cotización de los trabajadores”. Cada vez hay más jubilados y la aportación de los trabajadores a la caja común no aumenta en la misma proporción que las afiliaciones por la contención de los salarios y las contrataciones temporales y a tiempo parcial. En el informe económico-financiero que acompaña a sus presupuestos para este año, el organismo asegura que ha sabido “adaptarse a esos desafíos” y cumple “con las recomendaciones” de la UE para lograr ambos objetivos gracias a las reformas que retrasaron la edad del retiro y desvinculan la revalorización de los precios. Aún así, mes a mes, el coste sigue al alza, especialmente en territorios como Galicia en los que sobresale el peso de los mayores en el conjunto de la población. El gasto en pensiones el pasado 2016 marcó otro récord y supera por primera vez los 8.000 millones de euros.

En concreto, según la previsión de liquidación de la Seguridad Social del ejercicio pasado, el desembolso en pensiones en Galicia alcanzó los 8.059,4 millones de euros después de un incremento del 2,5%. En 2015 fueron 7.859,3 millones. De los más de 119.000 millones de euros que gastó el sistema en toda España el año pasado, casi siete de cada cien euros se destinaron al pago de las prestaciones de la comunidad. Un total de 800,62 millones por incapacidad permanente; 5.680,84 millones de euros por jubilación; 1.412,74 millones para viudedad; 124,46 millones en orfandad; y 40,77 millones en favor de familiares.

La evolución del importe de las pensiones en Galicia es muy representativo de la transformación de la sociedad y las cada vez mayores necesidades de financiación. En 1992, hace 25 años, la cuantía rondaba los 2.225,7 millones de euros. Desde entonces, el saldo se multiplicó por 3,7. Entonces había 574.644 pensionistas. En abril de este 2017 sumaban 757.579. El incremento del número de personas con derecho a este tipo de prestaciones, el 31%, contrasta con el espectacular avance del gasto. ¿Por qué? Por los cambios en la base de cotización. En 1990, la pensión media en Galicia era de 222 euros al mes. La mitad de los que cobraban en aquel momento habían cotizado por el régimen agrario, con la nómina más baja de todas las modalidades de pensión. En 2007, el último año en el que se mantuvo el régimen agrario -en 2008 pasó a integrarse en el de los autónomos-, no llegaban ni a un tercio. La retribución media aumentó un 247% en este cuarto de siglo y supera los 771 euros.



El envejecimiento (sin discapacidad) NO es un problema: Es un éxito individual y social. En los países con renta baja el 65% de la población muere antes de los 60 años, mientras que en los países de renta alta, solo el 24% de la población muere antes de los 60 anos, el 76% muere a partir de esta edad.

“Este fenómeno normal no debería ni sembrar el pánico y provocar la adopción de malas medidas públicas, ni fomentar una especie de resentimiento hacia los mayores.” Los cambios normales relacionados con la edad se pueden anticipar ... y por lo tanto se pueden dar respuestas (adaptarse) para que la persona mayor pueda vivir una vida feliz, sana e activa.

Pero sobre todo necesitamos un nuevo pacto intergeneracional. El envejecimiento cambia las coordenadas básicas de la incidencia del gasto social, tanto en su racionalidad redistributiva intergeneracional (quien se beneficia y quien lo financia) como en su efectividad potencial a la hora de eliminar las causas de la desigualdad social intrageneracional. Ahora más que nunca es fundamental analizar las transferencias intergeneracionales (tiempo, espacio, recursos), conviven cuatro generaciones en muchas familias...

¿Son necesarias las residencias de mayores? Rotundamente si, pero... El objetivo prioritario del sistema sociosanitario debe ser facilitar la permanencia de los mayores en sus domicilios, en el seno de sus familias y su entorno, siendo la alternativa residencial necesaria cuando esto no sea posible. Si la prioridad es permanecer en el domicilio mientras sea posible...La residencia de mayores, ya no debe ser entendida como “un servicio de alojamiento y hostelería”, ahora debe cubrir: Necesidades Sanitarias, Necesidades de Cuidados de Larga Duración, Necesidades sociales. Hemos pasado de los “Asilos” a Centros Sociosanitarios. La atención residencial actual debe ofrecer un servicio completo en el que se incluya el seguimiento y tratamientos de sus enfermedades y todos los servicios necesarios para favorecer que la persona pueda seguir realizando actividades básicas de la vida diaria: instrumentales, de ocio y tiempo libre, y fomentar la estimulación cognitiva y funcional del mayor.

El Futuro está claro: creciente demanda social. Pero, son necesarias más residencias...

Según el Censo de 2011 en España vivían en Residencias de personas mayores 270.286 personas (en Galicia 14.263). Esto supone el 3,3% de las personas mayores de 65 años (el 2,3% en Galicia). Las plazas vacantes en 2011 eran el 21,5% en España y el 20,3% en Galicia.

Y efectivamente, por otro lado...

en Galicia están en lista de espera para entrar en una plaza pública de atención residencial entre 1.500-2.000 personas (muchas de las cuales están ocupando una plaza privada).

Existe más oferta que demanda solvente (relación pensión media/coste medio residencia).

Muchas de las Residencias se crearon para ancianos validos que buscaban seguridad dentro de los centros “como un seguro contra la incertidumbre de la vejez”. Por lo tanto, no están diseñadas a las limitaciones físicas y cognitivas de los mayores que llegan actualmente:



Personas muy mayores, Alto grado de incapacidad (45% dependencia grave), Gran prevalencia enfermedades (76% más de 3 diagnósticos activos, el 66% más de 7 fármacos).

En este contexto, ¿el modelo actual es sostenible? Afrontar el reto requiere apostar por Hospitalización a domicilio, Servicios sociosanitarios intermedios, Housing ("viviendas para toda la vida"), Nuevas tecnologías y empoderamiento usuario/paciente, Educación (salud, alimentación y OCIO).

Para concluir...en positivo.

Más posibilidades de éxito en la gestión del declive demográfico y el envejecimiento que en condicionar a dinámica de crecimiento.

Se puede desenvolver una nueva economía ligada al envejecimiento con Nuevos desarrollos en diferentes áreas de investigación, Nuevas áreas de crecimiento de negocio (innovación para el envejecimiento, ocio, servicios de proximidad?), Nuevo contexto para la cohesión social.

Valorar más el trabajo a través de más empleo y una vida activa mas larga (luchar contra la discriminación por razón de edad). El voluntariado. Reconocimiento del papel de los mayores en la sociedad actual (absolutamente minusvalorado).

Castilla y León es la comunidad que más centenarios registra. Galicia ocupa el segundo puesto con más mayores en esta franja de edad, con más de un siglo. En la comunidad gallega suman 1.607, 161 más que el año pasado. Desde 2006 la cifra de ciudadanos mayores de 100 se triplicó y en un solo ejercicio creció un 11%.

El descenso poblacional en Galicia se acentúa cada año y en 2015 sufrió la mayor pérdida de población de su historia debido a la caída de los nacimientos en un 1,1% y el repunte de las defunciones en casi un 6%.

El aumento de la edad media (de los 42,3 años a principios de siglo a los 46,2), y de la esperanza de vida -de los 80 años hace una década a los 83 actuales- explican una de las características de la población gallega: el envejecimiento. De hecho, los mayores de 65 años ya representan la cuarta parte de la población gallega. El índice de envejecimiento que mide la evolución de este colectivo en relación a cada 100 menores alerta de la sangría demográfica entre la población gallega.

Galicia, con un índice de 188, es la segunda comunidad más envejecida, solo por detrás de Asturias. Otro de los datos que demuestran lo envejecida que está la comunidad gallega y su difícil futuro demográfico es el número de centenarios. En Galicia hay 1.607 personas centenarias, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de julio de 2016, último mes del que hay cifras.

Son 161 centenarios más que el año pasado y 1.110 más respecto a hace una década. Desde 2006 la cifra de ciudadanos que superan los 100 años de vida casi llegó a triplicarse y sólo en el último año creció un 11%. Si se comparan las cifras con 2002 (primer año en el que empezaron a publicarse estas estadísticas) la cifra casi se multiplica por cuatro respecto a los apenas 422 personas que superaban esa edad en ese año.

Estudio de Centenarios en la comarca de Oporto (Portugal). Los estudios realizados a lo largo del trabajo



presentado en esta ponencia permitieron identificar e investigar a los portugueses centenarios de la comarca de Oporto. Validaron al portugués una versión de la Escala de Calidad de Vida, que luego fue muy útil para analizar aspectos importantes relacionados con el apego a la vida de los centenarios. El concepto de envejecimiento exitoso en una edad muy avanzada culminó en los siguientes hallazgos:

1. El envejecimiento exitoso no debe definirse meramente a través de criterios objetivos.
2. Un modelo multidimensional que comprende aspectos biológicos y sociológicos, cognitivos. La funcionalidad y el bienestar parecen ser adecuados para evaluar el envejecimiento exitoso.
3. Ciertas variables estructurales, así como recursos psicosociales, especialmente existenciales y creencias, contribuyen a la capacidad de adaptación de los centenarios y, por lo tanto, deben considerarse concomitante al envejecimiento exitoso.

Creemos que estudiar centenarios permite aprender algo sobre estos expertos sobrevivientes, pero también sobre los procesos de envejecimiento que se aplican a otros adultos también, esperamos que este trabajo pueda contribuir para una mayor base y aplicación de la investigación en el campo gerontológico.



DRA. ÁGUEDA ROJO PANTOJA

Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Neurociencias de los programas AEU, del Instituto de Altos Estudios Universitarios y la Universidad de Barcelona.

F.E.A. Psiquiatría, responsable de la Unidad de psicogeriatría del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Responsable de la unidad psicogeriatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Publicación: "El consenso sobre demencias." Participación en este consenso celebrado en Sitges. Publicación: "Síndromes psicopatológicos. Entrevista semiestructurada" y "La infección por VIH en los mayores". Organizado por la Secretaría del Plan Nacional del Sida, Ministerio de Sanidad. Colaboradora en el proyecto europeo de investigación Long Lasting Memories. Publicación: "Trastorno del sueño REM en el anciano". En Experiencia clínica en depresión: 183 casos con agomelatina. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Revisor del grupo de trabajo sobre "Documento de consenso sobre alteraciones psiquiátricas y psicológicas en la infección por el virus VIH", del grupo de estudio GESIDA, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Trastornos neurocognitivos y enfermedades neurodegenerativas, prevención y apoyo

La Geriatría y la Psicogeriatría se ocupan de la patología física y mental de los mayores, y estos en tanto que personas enfermas tienen un corolario de condicionamientos psicológicos, relacionales y sociales, que son indisociables. En general, entre los clínicos, es menos frecuente una aproximación al paciente orientada a mejorar la funcionalidad que a tratar la enfermedad, no así entre geriatras y psicogeriatras.

Conclusiones:

La evaluación psicogeriátrica comparte los mismos principios que la Geriatría: "una evaluación global, dirigida por un médico o equipo multidisciplinar, que considera claves los factores médicos, sociales, psicológicos y ambientales y presta especial atención a la función" (Reuben, 2003).

Nuestro objetivo en el tratamiento de los SPCD (como ejemplo) es la mejoría o mantenimiento del nivel de funcionamiento físico, psicológico y social.

La base de la evaluación diagnóstica de los pacientes mayores que sufren un padecimiento psiquiátrico es la entrevista diagnóstica. Por tanto, los síndromes psiquiátricos son más acertados que los trastornos psiquiátricos, como entidades diagnósticas en Psicogeriatría.



La ansiedad, problemas del sueño y síntomas depresivos son los síntomas psiquiátricos más prevalentes en los mayores. La depresión geriátrica puede no ser tan frecuente como en otras etapas de la vida pero es mucho mayor en enfermos deteriorados física y cognitivamente.

Se ha demostrado que el paciente geriátrico es más resiliente (Windle, Markland & Woods, 2008).

Usar únicamente criterios diagnósticos estrictos para TDM puede hacernos pasar por alto una proporción significativa de ancianos con DSS y alto riesgo para desarrollar un TDM o un trastorno de ansiedad de inicio tardío. El inicio de TB en la edad tardía suele asociarse con más enfermedades neurológicas y es preciso una evaluación neuropsicológica para precisar el Diagnóstico.

Los trastornos de ansiedad en la senectud son más frecuentes de lo que se pensaba pero muchos escapan al diagnóstico a menos que se utilicen estrategias específicas para detectarlos.

El DSM V ha elaborado unas recomendaciones para detectar mejor los trastornos de ansiedad en la senectud. Los síntomas neuropsiquiátricos pueden ser la forma de presentación de las demencias y constituyen un factor de riesgo de conversión de DCL a demencia.

Para finalizar, es crucial un trabajo multidisciplinar en la atención a nuestros mayores.



DRA. ROCÍO MALFEITO JIMÉNEZ

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Título de especialista en Geriatría en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde DEA por la Universidad de la Coruña.

Geriatra en el Servicio de Geriatría del Complejo Hospitalario Universitario de Lugo.

Colaborador docente de residentes de Geriatría. Tutora en Docencia Clínica de Geriatría del alumnado de la licenciatura de medicina en la Universidad de Santiago de Compostela.

Los equipos de atención especializada en la Galicia del s. XXI. Hospital de día de Geriatría. Implicación práctica en la coordinación sociosanitaria

En este proyecto se realizó una propuesta de integración asistencial del paciente institucionalizado entre cuatro Residencias y el servicio de Geriatría del HULA.

Durante estos 3 meses se llevó a cabo un seguimiento proactivo de los pacientes institucionalizados captados y seleccionados de la pirámide de estratificación SERGAS de las residencias y se realizó una valoración geriátrica integral, obteniendo una pirámide propia según criterios de fragilidad Siendo el Hospital de Día de Geriatría el eje regulador de la asistencia al paciente institucionalizado.

Medición de indicadores en el primer trimestre

Reducción de un 20% el número de ingresos, Reducción de un 30% la estancia media, Reducción del 50% del número de reingresos en el primer mes en el Servicio de Geriatría del HULA.

Otras medidas

Bajo impacto en la reducción del gasto farmacéutico.

En la 2ª Fase

Asistencias a urgencias con mejoría en la gestión del paciente. Necesidad de establecer planes de cuidado en pacientes con fragilidad avanzada. Mejorar los sistemas de comunicación entre los profesionales y los servicios especializados.



DÑA. NURIA GARATACHEA VALLEJO

Actualmente pertenece al grupo de investigación GENU (Growth, Exercise, Nutrition and Development) de la Universidad de Zaragoza y desarrolla sus tareas docentes como profesora Titular en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de esta misma universidad. Actualmente es la coordinadora del Mater Oficial en Evaluación y Entrenamiento Físico para la Salud. Desde 2014 hasta 2017 fue la Coordinadora del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de la Universidad de Zaragoza y la presidenta de la Comisión de Garantía de Calidad del Master en Evaluación y Entrenamiento Físico para la Salud.

A lo largo de estos últimos años ha ido adquiriendo mayor experiencia y reconocimiento a nivel nacional e internacional en el campo de respuestas y adaptaciones fisiológicas al ejercicio físico extenuante, en la actividad física y la salud y el envejecimiento. De hecho, durante los últimos 5 años ha publicado numerosos artículos que tratan sobre estas temáticas en revistas tan prestigiosas como International Journal of Cardiology, Journal of the American College of Cardiology, Exercise Immunology Reviews, Cancer Prevention Research, Mayo Clinical Proceeding, Aging Cell, European Heart Journal, Physiology, Ageing Research Reviews entre otras.

Ha participado en 27 proyectos de investigación y actualmente es la investigadora principal del consorcio Iberus Exer-Health sobre nuevas tecnologías, ejercicio físico y salud dentro del Campus Iberus. Como actividades de transferencia a firmado 12 contratos de investigación por medio de OTRIs con diferentes entidades tanto públicas como privadas.

Ha realizado estancias de investigación en Departamento di Biochimica “G. Moruzzi” en Bolonia (Italia), en la Faculta di Scienze Motore, Bolonia (Italia) y en el Harbor-°© UCLA Medical Center. Division of Respiratory Critical Care Physiology and Medicine (Torrance, Estados Unidos). Lleva varios años colaborando con el grupo del Profesor Alejandro Lucia en el Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (‘i+12’). Del mismo modo, también colabora con el Dr. Michael Joyner (Clínica Mayo, Rochester, Minnesota) en trabajos sobre los efectos del ejercicio extenuante sobre la salud. También ha establecido una colaboración sólida con el Dr. Enzo Emanuele (Universidad de Pavia, Italia) con el que he publicado diversos artículos sobre biomarcadores relacionados con la arterosclerosis y el envejecimiento entre otros. También he trabajado con el grupo del Profesor Javier González Gallego (IBIOMED, Universidad de León). Este grupo estudia la respuesta inflamatoria y oxidativa al ejercicio físico extenuante.

La actividad física, herramienta de prevención en los procesos neurodegenerativos y la longevidad

Para una buena calidad de vida en la tercera edad, es importante una vida física y psíquica sana y activa, afrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva, desarrollando una capacidad de control sobre los eventos externos para que reporten beneficios.

Este desempeño “positivo”, es posible si la persona mantiene una actividad física sistemática, al mismo tiempo



que interactúa con otras personas que le brindan apoyo social, todo lo cual unido a un sentido de vida mediante una espiritualidad, permitirá una óptima calidad de vida.

El hecho de que los ancianos puedan envejecer en un entorno activo y productivo tiene un condicionamiento socio histórico.

Declaración de la OMS

La actividad física juega un papel fundamental en el envejecimiento saludable y por tanto, en la calidad de vida de las personas. La actividad física puede aumentar la longevidad, demostrado por investigaciones recientes.

La autoestima de los ancianos se vincula a la autonomía funcional, principalmente a la posibilidad de desplazamiento autónomo, aspiración que aparece continuamente en los estudios consultados.

El bienestar físico ha demostrado ser el componente o dimensión más importante de la calidad de vida en los adultos mayores.

El concepto holístico de “envejecimiento activo” (OMS), muy relacionado con la práctica de actividad física, una vida activa e independiente, con adecuada integración social, incluido el disfrute de actividades culturales y de relaciones sociales.

Conclusiones

La actividad física posee un papel preponderante como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores. La actividad física se vincula a categorías tales como capacidad funcional, capacidad cognitiva, actividades productivas, autonomía funcional, independencia funcional, autoestima, salud física, salud mental, optimismo, participación social, inclusión social, vitalidad, envejecimiento activo, envejecimiento saludable, concentración mental.

Estos son conceptos implicados en cualquier definición conceptual de calidad de vida.

Todas las definiciones apuntan en la misma dirección: la vida plena y la felicidad del ser humano en cualquier



etapa de su vida.

DÑA. SARA RODRÍGUEZ PAZ

Máster Universitario de Telemedicina (Universitat Oberta de Catalunya). Executive MBA (IESIDE). Ingeniería Superior de Telecomunicación (Universidad de Vigo).

Product Manager Hogar Digital (Televés).

Comité Técnico de Normalización AEN/CTN 158. Servicios para la promoción de la autonomía personal (UNE). Technical Committee 79 "Alarm Systems". CLC/ TC 79 (CENELEC). Comisión Salud Digital (AMETIC). Technical Committee "Service Chain of Social Care Alarms". CEN/ TC431 (CEN).

Atención domiciliaria: nuevas herramientas

Son una prioridad para la salud pública

Desfase entre las necesidades de servicios de prevención, tratamiento y atención de la demencia y la prestación efectiva de esos servicios, infradiagnóstico en todo el mundo, vías de atención crónica para las personas con demencia fragmentarias, cuando no inexistentes (Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017).

Existe una gran preocupación entre los médicos por la cantidad de personas mayores que viven solas: proponen tener un censo de estas personas para extremar la alerta en las consultas.

La importancia del sueño

"Dormir menos de 7 horas está asociado con un mayor riesgo de caídas, deterioro cognitivo, alteraciones de la deambulación y en el equilibrio y con dificultades en el control de la medicación". "El sueño permite la recuperación funcional y energética del organismo, ayuda a consolidar la memoria y colabora en el almacenamiento de los neurotransmisores".

La importancia de una correcta alimentación

"La desnutrición es un síndrome geriátrico relacionado directamente con fragilidad, sarcopenia, inmovilidad, depresión, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, estreñimiento, dolor y disfagia orofaríngea". "La desnutrición en pacientes crónicos puede conllevar efectos secundarios en los tratamientos establecidos" (I Foro de Cronicidad SEGG-SEMG).



La importancia del ejercicio

“Es muy recomendable la realización de Ejercicio Físico en pacientes con deterioro cognitivo leve o pacientes con riesgo de padecerlo, pues mejora su calidad de vida”. “El ejercicio físico regular mejora el funcionamiento cognitivo, enlentece el deterioro cognitivo, favorece la formación de nuevas neuronas, y se atenúan en gran medida los problemas motores” (VI Congreso Internacional de Deporte Inclusivo: Salud, Desarrollo y Bienestar Personal).

Son necesarias aproximaciones creativas para actuar y la tecnología es una herramienta fundamental. Atención domiciliaria, elementos a tener en cuenta: Involucración de todos los actores de la cadena de valor, Estandarización e integración de servicios, Sostenibilidad, Validación y aceptación de los usuarios y Evolución de la solución.

Para llevar a cabo una buena Atención Domiciliaria es necesario: Conocer, predecir, prevenir. Aprender de un usuario: Perfil ¿Qué es normal?, Anomalías ¿Qué no es normal?, Tendencias ¿Qué está sucediendo?, Aprender de todos los usuarios, Patrón ¿Qué sucede normalmente?, Clasificación ¿Qué grupos hay?, Relaciones ¿Qué



acontecimientos están relacionados?

DÑA. PAULA RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

Psicóloga clínica. Unidade de Psicogeriatría. CHUVI. SERGAS.

La evaluación neuropsicológica (ENP) del anciano

Debe ser un proceso personalizado según el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual actual y previo.

Para realizar la Evaluación neuropsicológica se hará: un Examen amplio de funciones que pueden estar alteradas por el daño cerebral en las Áreas cognitiva, emocional y conductual. En este proceso a través del cual se responden preguntas de predominio del área cognitiva, existiendo mayor dificultad para medir otras áreas. Frecuentemente alterado en lesiones cerebrales. Las funciones son medibles y correlacionan con alteraciones anatómicas.

En el Área emocional y conductual existen: alteración de contenido y forma del pensamiento, ilusiones, alucinaciones, agresividad, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, hiperactividad motora, vocalizaciones repetidas, alteración del sueño, aumento/disminución del apetito.

Después de analizados los resultados de la ENP, se deberá de diseñar Patrones de afrontamiento en el Área relacional, Apoyo familiar y Apoyo social. También se tendrán en cuenta el grado de conciencia de limitaciones y



el afrontamiento de dificultades.

DÑA. ANA FRANCISCO FERNÁNDEZ

Licenciada en Bellas Artes en la Facultad de Bellas Artes, Pontevedra. Diseño gráfico y comunicación publicitaria, en Deica IT, Vigo.

Ilustradora freelance para diversos libros infantiles. Asesora comercial Fotográfica en PC City Spain S.A.U. Cuidadora de Barrio, Plan de Empleo Municipal.

Profesora de dibujo y pintura en diversos Centros Sociales: CS. Calvario, Rivera Atienza, Coia, Teis y Moviocio, S.L. Profesora de pintura en el Colegio Andersen.

DÑA. ROCÍO ROMERO LÓPEZ

Técnico en Educación Infantil, CIFP Anxel Casal, A Coruña. Máster en Informática de Gestión. Licenciada en Psicología en la Universidad de Santiago de Compostela.

Psicóloga en la Residencia Sua Casa, Coruña. Orientadora familiar en la Fundación Preescolar Na Casa, Coruña. Psicóloga en el CIM. Ayuntamiento de Ferrol.

DÑA. SARA GABRIELA SILVA

Máster en Sociología de las Organizaciones de Trabajo en la Universidad de Minho. Licenciatura en Sociología, en la Universidad de Minho. Economía en la Escuela Secundaria de Máximos y Escuela Secundaria Alberto Sampaio.

Directora técnica en la Residencia Resisénior.

Formadora en Salvador Caetano Portugal, S.A. Asistente invitada en el Instituto Politécnico de Viana Castelo. Docente de la disciplina: "Complementos de Gestión de Recursos Humanos". Formadora en el Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Asistente invitada en el Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Docente de la disciplina: "People Management: Human Relations in Tourism"; Relaciones Interpersonales" y "Psicología de las Organizaciones".

DÑA. LAURA VILABOY ROMERO

Diplomada Educación Social. Universidad de Vigo. Postgrado Técnicas de Trabajo en Equipo. Universidad de A Coruña y Xunta de Galicia. 150 horas. Máster Prevención de Riesgos Laborales, especialidad de Ergonomía y Psicología Aplicada. Cifesaal. 600 horas.



Animadora sociocultural. Actividades lúdico-educativas. Xemade. Orientadora laboral. Forga. Educadora social. Programa de Educación Sexual. Asociación Acivros. Educadora social. Coordinadora y docente de proyectos socioeducativos. Atalaia Social. Educadora social. Federación de Asociaciones de Personas Sordas de Galicia.

Docente “Habilidades Sociales para el Trato con Persona Dependientes”. 20 horas. Docente “Auxiliar de Enfermería en Geriatría” y módulos transversales. Afalu. Docente “Monitor Sociocultural”. AFD-Ayuntamiento de Xermade. 300 horas. Docente “Taller de Empleabilidad”(30 horas), “Prevención de Riesgos Laborales”(30 horas), “Responsabilidad Social Empresarial” (15 horas). Programa Rede Xiana. Telemática S.L. Docente “Prevención de Riesgos Laborales”20 horas. Plan Emplea. Telemática S.L. Autónoma: Docente en AFD, certificados de profesionalidad, formación de la Fundae – sectores de la rama sociolaboral, socioeducativa y sociosanitaria.

DÑA. LAURA CARBALLA PÉREZ

Diplomada en Ciencias Empresariales por la Universidad de Vigo. Máster en Dependencia y Gestión de Servicios Sociales (Universidad de la Coruña). Máster en Gerontología Social (Fundación Española de Estudios Sociales). Técnico Superior en Animación Sociocultural en Residencias.

Técnico de Administración en la labor empresarial. Auditora de Subvenciones en el Ayuntamiento de Vigo. Responsable de Desarrollo Social de la Fundación Amigos de los Mayores en Vigo.

DÑA. EVA BOUZA SÁNCHEZ

Licenciatura Psicología en la UNED. Diplomatura en Enfermería en la Universidad de Santiago de Compostela.

Responsable del Área Asistencial do Complexo Residencial de Atención a Persoas Dependentes de Vigo. ATS/ DUE Residencia Persoas Maiores Meixoeiro, en Vigo. ATS/ DUE y Residencia Mixta de Maiores de Caranza. ATS/DUE Residencia de Válidos do Meixoeiro, en Vigo. ATS/ DUE Residencia de Discapacitados Psíquicos, en Redondela. ATS/ DUE Arquitecto Marcide, en Ferrol.

Miembro de Comisiones de Evaluación de la cualificación de atención sociosanitaria a personas dependientes en el domicilio. Miembro de Comisiones de Evaluación de cualificación y atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales.

Miembro de Comisión de Bioética.



Soledad percibida y soledad real. Soluciones y alternativas. Intervención y apoyo gerontológico en la comunidad, residencias y Centros de Día

En Galicia viven solas más de 120.000 personas mayores, aumentando esta cifra a casi dos millones en total en España.

El 59% de las personas mayores que viven solas han expresado tener sentimientos de soledad (IGE 2016 y Padrón Municipal de Vigo 2016). Estos sentimientos se traducen en una situación de soledad no deseada.

La soledad es la carencia de compañía. Dicha carencia puede ser voluntaria (cuando es una decisión personal) o involuntaria (cuando la persona se encuentra sola por distintas circunstancias de la vida).

Según la soledad sea buscada o sea obligada determinará muchas veces el malestar o la aceptación.

Soledad percibida

Esa soledad percibida está en la mente. Se siente cuando no se acepta la soledad y además no eres capaz de identificar experiencias de placer, no eres capaz de valorar los momentos de compañía y la propia persona contribuye a su aislamiento.

Soledad real

Es algo objetivo, se refiere realmente a la carencia de compañía. En las residencias suele darse en momentos puntuales y es poco habitual. No es lo mismo sufrir episodios de soledad en momentos concretos (recuerdo que aparece repentinamente o evocado por algo) que estar condenado a ella con carácter permanente. Algunos momentos más críticos en la residencia pueden ser: Cuando cesan las actividades o hay tiempos muertos pueden aparecer pensamientos negativos o sentimientos de soledad.

Otro momento crítico son los fines de semanas cuando suele haber menos actividades y menos personal técnico. Es importante cuidar o planificar esos momentos.

Amigos de los Mayores

ONG de voluntariado dedicada a acompañar a personas mayores que están y/o se sienten solas. En 2003 inició su actividad en Madrid, donde son acompañadas más de 600 personas mayores. En 2016 se comenzó en Vigo, con Amigos dos Maiores, donde ya se acompaña a 28 personas mayores.

Si que puede haber soledad en un centro de mayores. (Para medirla podemos usar la Escala de Soledad Social Este



II, un instrumento que permite analizar la experiencia subjetiva que tiene la persona ante los cambios sociales. Fue validada por la catedrática en Psicogerontología Social Ramona Rubio Herrera y dos investigadoras Mercedes Pinel y Laura Rubio).

El deterioro de las relaciones familiares (tener visitas muy esporádicas, sentir que los han abandonado muchas veces por las expectativas personales de cada persona sobre cómo debe o querría ser cuidada...).

El estado de salud de la persona. Muchas personas ingresan por problemas de salud y dependiendo del problema se aislará más o menos. (Por ejemplo la sordera es un factor que influye muchísimo en el aislamiento de las personas). Los recuerdos como las fechas especiales, momentos concretos del día, lugares de su vivienda. La depresión (muchos mayores sufren este trastorno que suele aislar). El aburrimiento si se permanece mucho tiempo en la residencia sin hacer nada. Está demostrado que aquellas personas que están entretenidas, distraídas o disfrutando no tienen tiempo para pensar en si están solos.

La noche y los miedos que la acompañan (a sufrir una enfermedad repentina, a morir solo, ...) En las noches en que resulta imposible conciliar el sueño se hace muy difícil hallar consuelo a la soledad. Así, la noche es el momento de máximo aislamiento familiar y social, que en las residencias se ven paliados de alguna manera por el personal en turno de noche.

¿Qué podemos hacer? Algunas estrategias de afrontamiento podrían ser:

Conseguir familiaridad en el centro

El sentirse como parte de una “pequeña familia” donde recibas cariño, amor, comprensión y ayuda será fuente de confort, seguridad y placer en la vida de la persona.

Mantener las costumbres de las personas

En la medida de lo posible conservar los gustos, las rutinas y objetos de apego de cada uno.

Fomentar el afrontamiento activo de la soledad

(Que la persona sea la que tome las riendas de las decisiones que le ayudarán a mitigar la soledad). Se trata de promover al máximo la autonomía, potenciando la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.

Mejorar la calidad de vida del residente

Todos los programas implementados en las residencias van encaminados a esto y transversalmente influirán en disminuir esos posibles momentos de soledad (entrenamiento de las AVD's; terapias de orientación a la realidad; psicoestimulación cognitiva; taller de memoria; grupos terapéuticos; taller de educación emocional y prevención de trastornos afectivos en el mayor; terapia de reminiscencia; grupos de habilidades sociales y de comunicación; grupos de conversación; programa de gerontogimnasia; programas de ocio y tiempo libre; biblioterapia y



musicoterapia; terapia con animales; programa de colaboración con las familias; etc...).

El Programa adopta un abuelo. (<https://adoptaunabuelo.org>).

Se desarrolla en algunas comunidades autónomas y consiste en que algún voluntario adopta el papel de nieto de una persona. Pone en relieve lo importante que es para las personas mayores sentirse válidos y ser referente especial para alguien.

Otras alternativas de intervención

Realizar intervenciones grupales, sin olvidar la asistencia individualizada. Romper con la idea de institucionalización – “fin da la vida”. Proporcionar experiencias nuevas y sentimientos de utilidad social. Potenciar la simbiosis perfecta entre profesionalidad y proximidad emocional.

Crear condiciones para el desarrollo de relaciones sociales placenteras y nuevas relaciones sociales (diversas naturalezas, vínculos, etc.). Promover medios de participación social. Conseguir que los individuos vivan a favor de sus propias decisiones. Fomentar la sensación de bienestar general (...).



SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA



SÁBADO 2 DE JUNIO



DRA. GIANINA SEDANO GÓMEZ

EOXI Lugo. SERGAS.

DR. JOSÉ MANUEL VEGA ANDIÓN

Licenciado en Medicina y Cirugía General por la Universidad de Santiago de Compostela.

Jefe de sección de la unidad de geriatría del CHUVI. Especialista vía MIR en geriatría y gerontología.

DÑA. MARÍA JESÚS LAGO VILABOA

Diploma Universitario en Trabajo Social por la Universidad de Santiago de Compostela. Experto universitario en Psicopatología y Salud. Universidad Nacional De Educación a Distancia (UNED) MADRID. Fundación Universidad-Empresa. Experto Universitario en Formación de Agentes de Desarrollo Local e inserción sociolaboral. UNED-VALENCIA. Máster en Emigración y Retorno en la Universidad de Vigo y la Diputación de Ourense. 2ª Promoción. Especialización en Cuidados Paliativos en la Universidad de la Coruña.

Trabajadora Social en el Concello de Vigo y en el de Redondela. Coordinadora de equipos de inserción sociolaboral en distintos programas de inserción da Unión Europea, iniciativas Horizon, Integra e Equal. Coordinadora de servicios sociales y formación de la Cruz Roja en Vigo. Secretaria General de Bienestar de la Xunta de Galicia.

EXPERTA DOCENTE EN EL "PROJET DE JUMELAGE" MA 07 AA 0T13, de colaboración entre la Unión Europea e Marruecos. Directora e profesora de cursos de ayuda a domicilio, cuidados paliativos, organizados por distintas entidades públicas e privadas. Colaboradora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Santiago de Compostela, Universidad de Vigo y UNED como responsable de Practicum a 12 alumnos y como conferenciante. Coordinadora del curso: Voluntariado y Servicios Sociales, en la Universidad de Vigo. Coordinadora del curso: Exclusión social y medidas de inserción sociolaboral, en la Universidad de Vigo. Coordinadora del curso: Trabajo con Familias desde el Ámbito de los Servicios Sociales, en la Universidad de Vigo. Coordinadora y redactora del I Plan Gallego de Inclusión Social de la Xunta de Galicia.



Eficiencia y calidad: unidades y equipos geriátricos

En Geriátrica contamos con diferentes niveles asistenciales para cubrir las necesidades de los pacientes según la fase de la enfermedad y el tipo de cuidado requerido: Unidad de agudos, UME, Equipos interconsultores (Ortogeriatría, Cirugía general), HADO y RRSS.

Unidad de Fragilidad

Evaluamos al paciente anciano de manera integral mediante el uso de diferentes escalas. Detectamos la presencia o no de fragilidad, no sólo deterioro funcional, y la estratificamos. Facilitando así la toma de decisiones en relación a la opción terapéutica más indicada. Recordar que la fragilidad es un estado de vulnerabilidad en la cual el anciano, ante un factor estresor, puede pasar de una situación de independencia a dependencia.

Unidad de Oncogeriatría

La población mundial envejece y por ende aumenta la prevalencia/incidencia de enfermedades asociadas a la edad como lo es el cáncer. En el año 2016: 18% >65 años; en el año 2050: 36% >65 años. El 50% de los casos nuevos diagnosticados ocurren en pacientes >65 años. El 70% de los pacientes que fallecen por cáncer son >65 años.

Objetivos de la Unidad de Oncogeriatría

Identificar los ancianos vulnerables con riesgo de sufrir complicaciones derivadas de los tratamientos, Reconocer la enfermedad comórbida reversible, Evaluar la función y cognición, importante en la toma de decisiones, además de otros dominios, Estimar riesgo de toxicidad, Predice tolerancia a tratamientos (escala CRASH), Realizar las intervenciones geriátricas que pueden mejorar la tolerabilidad y el cumplimiento terapéutico, Pronosticar la esperanza de vida.

Como conclusiones destacadas

El Cáncer es la principal causa de muerte en varones y mujeres de 60-79 años. Realizar escalas de cribado para detección del paciente frágil.

Fragilidad

Estado de vulnerabilidad ante factores estresantes. Reversible. Indicador de mal pronóstico. La Valoración Integral Geriátrica (VIG) es la única herramienta recomendada en las guías. No hay una escala mejor que otra, pero si existe unanimidad en cuanto a lo que la VIG debe recoger. Esta permite estimar la esperanza de vida y facilita la toma de decisiones.



Unidades de Ortogeriatría.

Las más importantes sociedades médicas recomiendan la creación de una Unidad de Ortogeriatría en todos los hospitales. Su finalidad es reducir la mortalidad y mejorar la funcionalidad del paciente con fractura de cadera, en definitiva, mejorar la calidad de vida.

Antes de que existiese la Unidad de Ortogeriatría, los pacientes esperaban más tiempo para operarse. Otra de las ventajas importantes es que se reduce su estancia media en el hospital.

La Unidad de Ortogeriatría es un equipo multidisciplinar integrado por cinco servicios: los traumatológicos, que operan la fractura de cadera; los geriatras, que se encargan de las enfermedades del anciano; los anestesistas, que son los que deciden si está en condiciones de ser operado; los médicos rehabilitadores, que trabajan en la recuperación posterior; y los trabajadores sociales, para planificar el alta.



D. ÓSCAR ARROYO RIAÑO

Director del Complejo residencial de Atención a Personas Dependientes de Vigo. Consellería de Política Social.

DR. JOSÉ PASCUAL BUENO

Licenciado en Medicina y Cirugía. Doctor en Medicina. Master en Envejecimiento y Salud. Máster en Gestión en Dirección y Gestión de Centros y Proyectos Socio-sanitarios.

Director de Residencia de Mayores. Medico de Residencia de Mayores. Ex – Coordinador de Formación Socio-sanitaria de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) – Consellería de Sanidad. Director Técnico del Programa No Sujetos de Dignitas Vitae.

Profesor de Formación Profesional Familia Sanidad. Profesor de la Universidad Católica de Valencia (Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería). Director Técnico del Programa No Sujetos.

D. JOSÉ RAMÓN GARCÍA PALACIOS

Responsable de la especialidad de Violencia de Género en la Fiscalía de Area de Vigo. Decano de la Sección Civil de la Fiscalía de Area de Vigo. Fiscal de la Adscripción Permanente de Vigo de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Pontevedra. Servicio de Menores Area de Protección en la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña.

Ponencia en Vigo en la sede de la Delegación Provincial del Servicio de Protección de Menores de la Xunta en las Jornadas formativas “Carabuña” sobre: “La Fiscalía en materia de protección. Relaciones con la Entidad Pública”. Participación como ponente en la escuela de verano de Mariñan en el curso “La Protección del menor. Problemas actuales”. Ponencia sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario ante la Asociación de Enfermedad Mental. Ponente en la actividad formativa : “La Enfermedad Mental: Aspectos Médicos, Jurídicos y Sociales” celebradas en el Colegio Médico de Pontevedra.

Medidas de contención, derecho y bioética en la asistencia geriátrica

La sujeción física es la limitación de la libertad de movimientos de una persona o del normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología indica que: ningún paciente en situación final de su vida (últimos días) en los que apareciera un cuadro de agitación y delirium debería fallecer con sujeciones mecánicas, ya que



existen medidas farmacológicas y vías de administración de las mismas que permiten que el paciente pueda morir tranquilo, sin sujeciones mecánicas, recurriendo a la sedación paliativa.

Las personas mayores en situación de dependencia las personas con discapacidad, las personas con enfermedad mental y los pacientes tienen derecho a vivir libres de sujeciones y a que las entidades en las que son atendidas les aseguren planes de cuidado sin sujeciones físicas ni farmacológicas.

Las entidades y organizaciones que atienden a personas mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental y pacientes, en los distintos niveles y sectores asistenciales de cuidado (residencias, viviendas colectivas, centros sociales, centros sociosanitarios, hospitales, atención primaria y atención domiciliaria), deberán de estar obligadas a ofrecer a las personas a quienes cuidan la posibilidad de optar a “planes de cuidado” libres de sujeciones físicas y farmacológicas.

Ante el excesivo uso de sujeciones físicas y químicas en las prácticas de cuidado que se desarrollan en los entornos sanitarios y sociales con las personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental y pacientes en España y la transgresión de sus derechos que ello supone, y considerando que se trata de un problema abordable mediante la formación a los profesionales de las organizaciones que se dedican al cuidado de las personas y la sensibilización de la sociedad, se creó la Plataforma Nacional Sin Sujeciones constituida como entidades promotoras, por varias sociedades científicas, ONG´s y fundaciones.



DÑA. JOSEFA PÉREZ MARTÍNEZ

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria. Master en Psicogeriatría por la Universidad autónoma de Barcelona. Master de Dirección de Empresas por el Instituto Europeo de Postgrado y el CEU de Madrid. Diferentes cursos de gestión de centros residenciales a cargo de DomusVi. Curso de Ética Asistencial , Catsby.

Diferentes sustituciones en Atención Primaria para el Sistema Cantabro de Salud. Medicina General Consultorio Magallanes, Madrid. Médico responsable Centro Sociosanitario DomusVi Terraferma. Directora de los centros Sociosanitarios Jaime Nadal y Terraferma. Directora Técnico Asistencial Grupo DomusVi.

Docente en el curso de Auxiliar de Geriatría en el Colegio María Inmaculada de Santander, Cantabria.

Comités de Ética Asistencial

Un Comité de Ética Asistencial es un grupo interdisciplinario de profesionales que se ocupa de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a aquellos dilemas éticos que surgen en la asistencia diaria. El CEA constituye así un espacio de reflexión que busca apoyar y orientar metódicamente a los profesionales en sus decisiones clínicas.

Objetivos del CEA

Proteger los derechos de las personas que cuidamos, Asesorar y formar a los profesionales en temas éticos (normativa, funcionamiento del comité, bioética), Facilitar el proceso de decisión en casos de conflicto ético.

Principios del CEA

Responsabilidad en el ejercicio de sus funciones, Independencia, Competencia, Confidencialidad, Comunicación, Rigor en el contenido de sus informes y resoluciones.

Conflictos Éticos más frecuentes en larga estancia

- Conflictos de convivencia: Conductas contrarias al Reglamento de Régimen Interno.
- Vacío existencial: deseo de morir, Negativa del usuario a recibir tratamiento o alimentación, Negativa de familiar al tratamiento sin DVA, Conflictos en la transmisión de información, Autonomía versus No maleficencia, Autonomía del paciente versus deseos de la familia, Retirada de sonda nasogástrica, Conductas sexuales inapropiadas, Casos de maltrato o agresividad física o verbal.



DR. JOSÉ ANTONIO LÓPEZ TRIGO

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga. Durante el período de licenciatura alumno interno en los Dptos. de Fisiología Humana, Oftalmología y Cirugía. Grado de Licenciatura por la Universidad de Málaga. Cursos doctorales y suficiencia investigadora, tumores de cabeza y cuello. Cátedra de Anatomía Patológica. Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Habilitación de la Unión Europea. Diplomado en Medicina Geriátrica. Diplomado en Gerontología Social. Médico especialista en Geriatria. Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Profesor de la Universidad de Málaga. Áreas de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Escuela Universitaria de Enfermería. Actualmente en excelencia. Director del Máster de "Desarrollo Profesional en Geriatria" (SEGG, Universidad Católica de Valencia). Profesor del Máster de Geriatria. Universidad de Málaga. Profesor del Máster de Gerontología. Universidad de Málaga. Profesor del Máster de Dirección de Centros Geriátricos y Gerontológicos de ARTEMA, UMA y Fundación Geriatria y Geontología. Profesor y director de los cursos de Formación en Geriatria del Consejo de Colegios de Médicos. Codirector del Curso "Geriatualidad", update en Geriatria (7 ediciones). Codirector de los cursos "Demencia en ppt". Profesor invitado de la Universidad Internacional Antonio Machado. Profesor invitado del Curso Nacional de Alzheimer. Múltiples intervenciones en cursos, simposios y congresos como ponente. Académico de Mérito de la Real Academia de Ciencias.

Médico Geriatria del Área de Accesibilidad Universal del Ayuntamiento de Málaga. Jefe del Servicio de Geriatria. Hospital Quirón. Geriatria consultor en los centros de mayores: Unidad de Estancias Diurnas de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, Centros Residenciales Sagrada Familia, Buifarán y Santa Clara. Ejercicio libre de la profesión.

Longevidad humana y cronicidad

Cronicidad, multimorbilidad y polifarmacia. Las personas mayores, suponen el 18,8% de la población y consumen el 40% de la prestación farmacéutica y el 70 % del gasto farmacéutico.

El 88,90% de las personas mayores de 65 años toma algún medicamento, elevándose al 93,40% en los mayores de 75 años. El 94% de las personas que padecen enfermedades crónicas están polimedicadas. El consumo medio de medicamentos por día, en los mayores en general, oscila entre 2-4, aumentando entre 4-6 cuando se considera la automedicación. El consumo medio de medicamentos por día, en los mayores institucionalizados es mayor, situándose entre 4 y 8.

El 52,30 de los mayores institucionalizados toma algún medicamento inadecuado (23% según criterios Beers, 54% según criterios STOPP y 48% según criterios START). Entre el 4,8% y el 17% de los ingresos hospitalarios en los mayores, son debidos a interacciones, reacciones adversas, medicamentos inadecuados, errores, etc., las cuales son proporcionales al número de medicamentos que toma. Más del 50% de estas reacciones adversas, interacciones, errores, etc., podrían prevenirse y evitarse con programas adecuados. Los pacientes mayores pluripatológicos tienen una mayor aparición de patologías interrelacionadas, una mayor tasa de frecuentación y consumo de servicios sanitarios, especialmente médicos, de atención primaria, de urgencias, hospitalarios y mayores costes.



CONCLUSIONES FINALES

Envejecer, llegar a ser longevo, es un fenómeno multifactorial.

Vivir más años, en muchos casos, comporta hacerlo a expensas de padecer procesos de múltiples etiologías que condicionan la calidad de vida. Muchos de estos procesos quedan crónicamente establecidos y, además, condicionan un incremento en la necesidad de cuidados y una pérdida de autonomía de quienes los padecen.

Hay una clara asincronía entre cómo están estructurados nuestros sistemas de atención a las personas en estas situaciones y lo que realmente precisan y mejoraría sus situaciones.



SOCIEDADE GALEGA DE
XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA



COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES



ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES DEL APARATO URINARIO EN EL CRAPD I VIGO

Autores: González Ruiz, B, Mosquera Losada, ME, Pérez Martín, J, Agras Suarez, M^a C, Vallejo Curto, MC

Palabras clave: ANCIANO, INFECCIÓN, APARATO URINARIO, RESIDENCIA DE ANCIANOS

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) es la más frecuente en ancianos institucionalizados (representa 30% de las infecciones residenciales) y su prevalencia es de 1,8-9,4/1.000 residentes/día¹. Por lo que estudios sobre una patología tan frecuente como la ITU, ayudará a prevenirla y, en su caso, diagnosticarla y tratarla de forma más eficaz.

Objetivo: Características ITU en la Residencia de Dependientes Vigo I en el año 2016. Conocer el perfil del paciente con infección urinaria.

Método: Este estudio es transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo y cuantitativo. Se estudió la presencia y características de la ITU en los pacientes ingresados en el año 2016 (396 usuarios) y se analizaron variables sociodemográficas, funcionales y médicas. Dentro de las características de las ITU (273) se estudiaron sus síntomas, gérmenes y tratamientos.

Resultados: 114 (28,79%) usuarios padecieron ITU, Se obtuvo una prevalencia del 1,4‰ por residente al año. En el grupo de usuarios con infección encontramos 10% más de mujeres, de usuarios con valoración G en el Katz, de incontinentes y de valoración <24 puntos en el MEC, un 5% más de diagnosticados por diabetes, son 2 años mayores y llevan 6 meses más de estancia que los usuarios sin ITU.

Conclusiones:

- Características de la ITU fue: diagnóstico por clínica de síntomas generales, síndrome miccional y/o fiebre además de urinotest positivo, la mayor frecuencia producida por un único germen (E. Coli) con antibiograma sin resistencias y tratado con Fosfomicina.
- El perfil del paciente con ITU fue una mujer de 85 años, que llevaba 3 años y 6 meses ingresada, con Katz G y Barthel <20, encamada, con incontinencia mixta, usaba pañal, con trastorno cognitivo y puntuación < 24 en el MEC.



ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: González Ruiz, B, Mosquera Losada, ME, Pérez Martín, J, Agras Suarez, M^a C, Vallejo Curto, MC

Palabras clave: aneurisma de aorta abdominal

Objetivo: Conocer e identificar la sospecha clínica de un aneurisma de aorta abdominal.

Método: Estudio descriptivo de un paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia venosa, diverticulosis. Presentaba dolor epigástrico que irradia a cuello de 2 horas de evolución, cortejo vegetativo, A la llegada del médico el paciente presenta auscultación cardiopulmonar normal, exploración abdominal con abdomen blando, depresible molestia a la presión epigastrica, se palpa una masa abdominal pulsátil con soplo. Constantes: PA 180/90 mmHg, FC 110 lpm, Glucemia 118 mg/dl, spO₂ 93% y ECG con RS a 110 lpm, PR a 165 ms, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización y con extrasístoles ventriculares aisladas. Tras valorar al paciente y dadas la cifra de PA se pauta Enalpril sublingual de 5 mg y se diagnostica epigastralgia compatible con reflujo gastroesofágica y posible aneurisma de aorta abdominal siendo derivado al hospital para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Resultados: En el hospital el paciente tras la realización de ECO abdominal detectan un aneurisma de aorta abdominal de 3,4 cm y diagnosticado también de reflujo gastroesofágico siendo tratado con omeprazol y ondansetron 1 amp/iv y es dado de alta a los 16 horas tras el ingreso.

Conclusiones: El aneurisma de aorta abdominal es generalmente un proceso asintomático y su diagnóstico suele ser causal durante exploraciones realizadas por otros motivos. - Es fundamental hacer el diagnóstico de sospecha en Atención Primaria o en la residencia sociosanitaria, mediante la historia clínica y la exploración del paciente, en los pacientes susceptibles (mayores de 60 años, aterosclerosis y/o otros factores de riesgo cardiovascular) así como la palpación y auscultación de la aorta abdominal -La ECO abdominal es la técnica de elección para la confirmación de sospecha diagnóstica, por su alta sensibilidad, especificidad y eficiencia (coste/beneficio) - No hay un tratamiento médico específico y la evolución natural es hacia la rotura por lo que resulta fundamental el diagnóstico previo, el seguimiento del paciente y según el tamaño y las características la cirugía programada ya que la cirugía de urgencia asocia una alta mortalidad.



COGNICIÓN, CONDUCTA, FUNCIÓN Y PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO AL INGRESO EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

Autores: González Ruiz, B, Mosquera Losada, ME, Pérez Martín, J, Agras Suarez, M^a C, Vallejo Curto, MC

Palabras clave: Demencia, Conductas exigentes, psicofármacos

Introducción: El tratamiento farmacológico de la demencia incluye medicamentos que ralenticen el declive cognitivo y funcional, asociados a fármacos que limitan la incidencia de conductas exigentes “challenging behaviors” pero evitando la presencia de efectos adversos como amnesia, sedación, postración o caídas.

Objetivo: Revisar la situación cognitiva, conductual y funcional, además de la asociación de medicamentos antidemencia y psicofármacos al ingreso en un centro gerontológico.

Método: Estudio descriptivo, observacional y transversal de pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo asociado a la edad (DCAE) o de demencia, tratados con psicofármacos, objetivando su estado cognitivo, conductual y funcional, institucionalizados entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2018.

La evaluación testológica se realizó empleando la Clinical Dementia Rating (CDR), la escala de Cornell de Depresión en Demencias (ECDD), el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), el índice de Barthel (IB) y la escala de Norton (EN) para valoración del riesgo de úlceras.

Resultados: N= 21, (14 mujeres/7 hombres). Edad media= 85.28 años (rango= 97-71). DCAE= 5. Demencia= 17. CDR= 1.73. ECDD= 9.80. NPI= 9.52. IB= 40.71. EN= 12.95. Número de medicamentos por subgrupo terapéutico simplificado: IACE= 1. Memantina= 1. IACE + memantina= 1. Neurolépticos atípicos (NLPAt)= 6. Neurolépticos clásicos (NLPCI)= 1. BZD= 9. Antidepresivos serotoninérgicos/noradrenérgicos (ADS/N)= 8. Antidepresivos tricíclicos (ATC)= 0. Trazodona= 5. Clometiazol= 4. Grupo IACE o memantina más NLPAt= 3. Grupo IACE o memantina más NLPCI= 0. Grupo IACE o memantina más BZD= 1. Grupo IACE o memantina más ADS/N= 1. Grupo IACE o memantina más trazodona= 1. Grupo IACE o memantina más clometiazol= 0. Pacientes sin medicamentos a estudio= 2.



Conclusiones: La evaluación precisa y el tratamiento psicofarmacológico de la demencia constituye una oportunidad de coordinación entre las estructuras de atención primaria y los centros gerontológicos.

Referencias:

1. Jorge López-Álvarez et al. Efecto de los fármacos anticolinérgicos en el rendimiento cognitivo de las personas mayores. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2015; 8 (1): 35-43.
2. José Caamaño Ponte. "Influencia de los trastornos psicológicos y de conducta en la evolución cognitiva de una población con demencia tipo Alzheimer". Tesis Doctoral. Universidade da Coruña. 2003. ISBN – 978-84-692-8212-C.



CONTRIBUCIÓN DEL ANCIANO AL PERFIL DEL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITAL POVISA 2015

Autores: Porto Portomeñe, Sara*, Mosquera Losada, M^a Elena**, Enríquez de Salamanca Holzinger, Ignacio*** De la Fuente Aguado, Javier***, Agras Suarez, M^a Concepción**, Pérez Martín, Javier**, Vallejo Curto, M^a Carmen**

Palabras clave: Hospital, Medicina Interna, Anciano, Valoración Clínica, Coste sanitario

Introducción: Medicina interna es una de las especialidades con mayor número de camas hospitalarias, actualmente La mayor parte de sus pacientes son mayores de 65 años. El envejecimiento poblacional y el aumento de la longevidad determinan que Galicia sea una de las áreas más envejecidas del mundo. Conocer este grupo de población dentro del ámbito hospitalario puede ayudarnos a adecuar mejor los recursos y la asistencia que deben recibir.

Objetivo:

- Determinar el impacto socioeconómico del paciente, según su grupo etario.
- Conocer el perfil del paciente que ingresa en Medicina Interna del Hospital Povisa año 2015.
- Conocer la diferencia entre el perfil del anciano y el del resto de ingresos.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de tipo transversal sobre una cohorte retrospectiva de pacientes. Se analizan distintas variables sociodemográficas, económicas, clínicas y psicosociales de los pacientes ingresados en Povisa en el año 2015.

Resultados: 5.714 ingresos, de los cuales 71% eran >65 años, el 51,3% mujeres y 93,3% son ingresos vía Servicio de Urgencias. El 24,28% de los pacientes reingresan y de ellos un 60,41% lo hacen 1 vez más. Estancia media de 6.6 días. Tasa de mortalidad es del 6,98%. La suma de Unidades de Producción Hospitalaria generadas por >65 años fue de 6931,72, mientras que los <65 años fue de 2170,49.

Conclusiones:

- 7 de cada 10 pacientes son > 65 años. El Gasto sanitario fue 3,2 veces superior en los pacientes >65 años.
- El perfil del paciente que ingresa es: >65 años, vive en una zona urbana, ingresa de forma urgente, sufre riesgo de caída y el diagnóstico de ingreso es respiratorio (carácter infeccioso) o cardiovascular y permanece ingresado 7 días.
- El perfil del paciente <65 años es: hombre, diagnóstico de ingreso enfermedades del aparato respiratorio o digestivo. Disminuye a la mitad las posibilidades de reingresar y de riesgo de caída. Mortalidad 6 veces inferior.



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Referencias:

1. R. Barba Martín, J. Marco Martínez, J. Emilio Losa, J. Canora Lebrato, S. Plaza Canteli, A. Zapatero Gaviria. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Revista Clínica Española. Noviembre 2009. 209 (10). <http://www.revclinesp.es/es/analisis-2-anos-actividad-medicina/articulo/S001425650972630X/> (último acceso 09/05/2018).
2. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). Disponible en: <http://www.ine.es> [Última consulta 07-05-2018].



DÉFICIT SENSORIAL (VISUAL Y AUDITIVO) Y FUNCIÓN COGNITIVA EN MUJERES DE 75 Y MÁS AÑOS

Autores: María Covadonga Vázquez Sánchez, Luz María Gigirey Prieto, Carlos Pio del Oro Sáez, Antonio Piñeiro Ces

Palabras clave: Deterioro cognitivo, déficit visual, pérdida auditiva, mayores, envejecimiento

Introducción: Los problemas de visión, audición y cognición afectan a un elevado número de mayores. Aunque en Galicia el 61,2% de los sujetos con ≥ 75 años son mujeres, existen pocos datos sobre la presencia de déficit visual y auditivo en este grupo poblacional y su asociación con el deterioro cognitivo (DC).

Objetivo: 1) Analizar el estado visual y auditivo de mujeres ≥ 75 años. 2) Evidenciar la asociación visiónaudición-cognición en este grupo poblacional.

Método: Test MEC (versión 35 puntos), audiómetro Beltone Electronics modelo 110, optotipo E-Snellen escala 3.70m y programa informático SPSS (versión 24.0). Se evaluaron 256 mujeres ≥ 75 años. El cribado cognitivo consistió en la administración del test MEC. Para determinar la presencia de déficit visual se midió la agudeza visual (AV) con corrección habitual. El criterio utilizado para definir el déficit visual binocular fue una AV binocular $< 0,3$ (criterio OMS). La capacidad auditiva se midió con audiometría tonal liminar. La pérdida auditiva se definió según criterio de Ventry & Weinstein.

Resultados: El 46,1% de las mujeres examinadas tiene un único déficit sensorial (visual o auditivo) y el 11,7% presenta déficit dual (DSL). Existe asociación entre la presencia de déficit sensorial y DC ($p = 0.014$) y diferencias significativas en las puntuaciones promedio del test MEC entre las mujeres sin déficit sensorial dual y aquellas con un único déficit (ANOVA $p = 0.032$) y DSL (ANOVA, $p = 0.001$). El riesgo de DC aumenta en las mujeres con DSL (OR: 4,7; $p = 0.022$).

Conclusiones: Debemos ser cautos al generalizar nuestros resultados, la relación hallada entre estado sensorial y cognitivo de las mujeres examinadas pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando dicha asociación dado el cada vez mayor peso de este grupo poblacional y la importancia de las variables examinadas en el envejecimiento activo.



Referencias:

1. Hong T, Mitchell P, Burlutsky G, Liew G, Wang JJ. Visual Impairment, Hearing Loss and Cognitive Function in an Older Population: Longitudinal Findings from the Blue Mountain Eye Study. PLoS One 2016 January 25;11(1):e0147646.
2. Instituto Galego de Estadística [Internet]. Xunta de Galicia [acceso 29 de abril de 2018] Disponible en: <https://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>
3. Lin FR, Ferrucci L, Metter EJ, An Y, Zonderman AB, Resnick SM. Hearing loss and cognition in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. Neuropsychology 2011 November 01;25(6):763-770.
4. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienci Afines 1979; 7(3):189-202.
5. Tay T, Kifley A, Lindley R, Landau P, Ingham N, Mitchell P, et al. Are sensory and cognitive declines associated in older persons seeking aged care services? Findings from a pilot study. Ann Acad Med Singapore 2006 April 01;35(4):254-259.



ESTADO FÍSICO-COGNITIVO E INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN CIUDAD JUÁREZ, MÉXICO

Autores: Samuel Eduardo Martínez Roque, Marco Antonio Marco Erives, Eligio Valera González, Rosa Olimpia Castellanos Vargas

Palabras clave: Adulto mayor institucionalizado, estado cognitivo, estado físico, incontinencia urinaria

Objetivo: El objetivo fue caracterizar el estado físico-cognitivo de los adultos mayores institucionales en Centros de Servicio de Asistencia Social (CSAS) para identificar factores causales asociados a la incontinencia urinaria.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, comparativo y transversal, que incluye una muestra de 63 adultos mayores institucionalizados distribuidos en siete CSAS localizados en Ciudad Juárez, México.

Resultados: Se encontró que el 36.51% padece incontinencia urinaria diurna, el 6.35% sólo padece incontinencia urinaria nocturna, el 12.70% manifestó episodios de diuresis y el 44.44% pueden contener su micción, de los cuales el rango porcentual de adultos mayores que precisan asistencia para usar el sanitario está entre el 28.57% y 50%. De acuerdo con el Índice de Katz, la distribución porcentual del nivel de funcionalidad de quienes presentan incontinencia urinaria o diuresis, se asentúa en dependencia moderada y severa. Aquellos que pueden contener su micción, se distinguen por ser independientes o una dependencia leve. Respecto a la Escala de Tinatti, la distribución porcentual de los adultos mayores asociados a incontinencia urinaria y diuresis se asentúa en un riesgo alto de caídas, a diferencia del resto cuyo riesgo de caídas es moderado. Por otra parte, el Minimal State Examination determinó que el estado cognitivo de todos aquellos adultos mayores que padecen incontinencia urinaria y diuresis se encuentran en demencia, deterioro y sospecha patológica. El del resto, se distribuye en sospecha patológica y en uno adecuado.

Conclusiones: Los datos muestran diferencias significativas respecto a los adultos mayores institucionalizados que padecen incontinencia urinaria y diuresis con aquellos que tienen la capacidad de contener su micción. El nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas se asocia principalmente al estado físico caracterizado por una restricción en su movilidad. El estado cognitivo se ve permeado por la institucionalización, el cual promueve la pérdida de noción en espacialidad y temporalidad.



ESTIMACIÓN DEL DÉFICIT AUDITIVO EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES MEDIANTE EL TEST DEL SUSURRO

Autores: Luz María Gigirey Prieto, María Covadonga Vázquez Sánchez, Carlos Pío del Oro Sáez, Santiago Seoane Trigo

Palabras clave: Test del susurro, pérdida auditiva, mayores, residencias, envejecimiento

Introducción: La pérdida de audición (PA) es uno de los déficits sensoriales que afectan a la población senil residente y de los más fáciles de tratar si se realiza una detección precoz. Una falta de diagnóstico temprano de PA interfiere notablemente en la calidad de vida de los mayores. El número de plazas residenciales públicas en Galicia asciende a 20.285.

Objetivo: Emplear el test del susurro para estimar la presencia de PA en una muestra de población mayor residente con el objetivo de establecer su utilidad como herramienta de detección del déficit auditivo por parte de los clínicos en residencias de mayores.

Método: Otoscopio HEINE mini 2000, audiómetro Beltone Electronics modelo 110 y programa informático SPSS 24.0. Se examinaron 366 mayores institucionalizados (60-97 años). El protocolo auditivo incluyó: otoscopia, audiometría tonal liminar (ATL, vía aérea) y test del susurro (TS). Para establecer la presencia de PA se utilizó el criterio de Ventry & Westein. Se modificó la técnica del TS utilizando como material de cribado las cuestiones "¿Cuál es su nombre?" y "¿Cuántos años tiene?" en unos casos, debido a idiosincrasia cultural poblacional. En otros casos se recurrió a números y letras.

Resultados: Existe correlación entre los resultados del TS y la ATL en los sujetos examinados ($p=0.00$; OI: V Cramer=0,692, OD: V Cramer=0,666). El TS modificado para llevar a cabo la prueba, muestra una alta sensibilidad (88,2% OD y 89,1% OI) y especificidad (85,9% a 79,5%). El valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo del TS se sitúan por encima del 84% en los dos oídos.

Conclusiones: Los resultados indican que la modificación en la técnica del TS permite una buena estimación de la PA y puede ser utilizada como método rápido, económico y eficaz para identificar déficit auditivo en las residencias de mayores.



Referencias:

1. Abellán A, Aceituno MP, Ramiro D. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 18, 24 p. [Fecha de publicación: 15/02/2018]. <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2017.pdf>>
2. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011 May 01;66(5):582-590
3. Macphee GJ, Crowther JA, McAlpine CH. A simple screening test for hearing impairment in elderly patients. *Age Ageing* 1988 September 01;17(5):347-351
4. Swan IR, Browning GG. The whispered voice as a screening test for hearing impairment. *J R Coll Gen Pract* 1985 April 01;35(273):197



ESTUDIO CONSULTAS MEDICAS POR INSOMNIO EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES VIGO I

Autores: Mosquera Losada M^a Elena, Pérez Martín Javier, Agras Suarez M^a. Concepción, Vallejo Curto M^a del Carmen. Rodriguez Cal, Maríar

Palabras clave: Consultas medicas, Anciano, Insomnio, Valoración Geriátrica, Residencia de Mayores

Introducción: El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y con mayor trascendencia sanitaria y social¹². Presenta una alta prevalencia en los ancianos, aunque ésta, como otras características que lo definen varía mucho entre unos estudios y otros. Su incidencia para los mayores de 65 años puede alcanzar el 60% según diversos estudios.

Objetivo:

- Identificar la tasa de usuarios consultados por insomnio.
- Conocer la relación entre nº de consultas médicas por insomnio y la prescripción farmacológica para su tratamiento.
- Conocer el perfil del usuario que fue consultado por insomnio y sus diferencias con el que no fue consultado ni tiene tratamiento previo de insomnio.

Método: Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. Población: residentes del centro en 2017 ingresados de forma fija que fueron revisados en consulta por insomnio (167 usuarios (42,8% de la población)). Variables analizadas: sociodemográficas, antecedentes médicos, estado funcional, estado cognitivo y tratamientos farmacológicos.

Resultados: El nº de consultas por insomnio 390, revisaron a 167 usuarios que acudieron a 2,3 consultas de media. Se prescribió medicación a 94 (56,3%). Se prescribió 161 fármacos, 131 pautados (el más frecuente Trazodona 43 (32,8%)) y 30 de rescate (el más frecuente Clometiazol 12 (40%)). Características de la población a estudio: 117 (70,1%) mujeres, media de edad de 84 años, 64 (38,3%) viudas, institucionalización media de 51 meses, 146 (55,1%) con Ksz G, 179 (67,5%) con incontinencia mixta, 88 (52,7%) deambula en silla de ruedas y 111 (66,5%) con MEC < 24.



Conclusiones:

- 4 de cada 10 usuarios del centro fueron consultados por insomnio.
- A La mitad de los usuarios consultados se les prescribió medicación, siendo los fármacos más frecuentes el Trazodona el cómo medicamento pautado y el Clometiazol como fármaco de rescate.
- El perfil del anciano que acude a consulta por insomnio fue: mujer, 84 años, viuda, institucionalizada desde hace más de 4 años, Katz F, usa silla de ruedas y presenta incontinencia mixta, MEC de <24 puntos.
- El anciano que no fue consultado por insomnio, ni tiene tratamiento previo de insomnio, es más joven, lleva ingresado la mitad de tiempo, tiene la mitad de prevalencia de cardiopatía y menor dependencia física.

Referencias:

1. Carro García T. Alfaro Acha A. Boyano Sánchez I. Tratado de geriatría para residentes. Madrid Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). 2007 Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html> [Último acceso 08/05/2018]
2. Grupo de trabajo de la práctica clínica para el manejo de Pacientes con Insomnio en Atención primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención primaria. Madrid. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf [Último acceso 08/05/2018]
3. Instituto Nacional de Estadística. INE Instituto Nacional de Estadística [Disponible en: <http://www.ine.es> [Última consulta 09-05-2018].
4. Pardo Crego C. Gonzalez Peña C.M. Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. Gerokomos 2017; 28(3):121-126
5. Benetó A. Trastornos del Sueño en el anciano. Epidemiología. Neurología 2000; 30(6): 581-586



INTELIGENCIA EMOCIONAL AUTOPERCIBIDA POR EQUIPO DE ENFERMERIA CENTRO RESIDENCIAL ATENDION A DEPENDIENTE I VIGO I AÑO 2018

Autores: Mosquera Losada ME, Pérez Martín J. Agras Suarez M^a. C, Vallejo Curto M.C., García Pino MR.

Palabras clave: INTELIGENCIA EMOCIONAL, EQUIPO DE ENFERMERIA, RESIDENCIA DE ANCIANOS, MTTTS-24

Introducción: La Inteligencia emocional es la habilidad para manejar sentimientos y emociones, y dirigir los propios pensamientos y acciones (Saloyer y Mayer 1990)¹ puede ser adquirida y mejorada. Dichas habilidades son necesarias para el cuidado eficaz de los demás (Jean Watson (2007) y de uno mismo.

Objetivo:

- Determinar la valoración auto percibida de inteligencia emocional en sus 3 dimensiones
- Conocer el perfil de la población a estudio
- Determinar las variables sociodemográficas y laborales que se relacionan con la inteligencia emocional.

Método: Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. Se analizó una muestra de 103 individuos (62.8% de la población) del total de Auxiliares de Enfermería y enfermeras del CRAPD I 164. (se excluyeron profesionales que llevarán menos de 1 mes en el centro). Se estudiaron: Variables sociodemográficas y laborales, y se pasó la escala TMMS-24.

Resultados: 99 (96,1%) mujeres, edad media 48 años, media 16 años de experienciay 87 (84,5%), casada 59 (57,3%), con descendencia 75 (72,8%)con turno rotatorio M/T/N. Inteligencia emocional:49 (47,6%) adecuada atención de las emociones, 1 (0,97%) debe mejorar comprensión de emociones y 54 (52,42%) debe mejorar en la regulación emocional.

Conclusiones:

- El personal del equipo de enfermería se valora con una adecuada percepción de las emociones, una excelente comprensión de las mismas, pero señala que debe mejorar en la regulación emocional.
- El perfil de personal del equipo de enfermería fue: mujer de 48 años, casada, con 1 hijo, 16 años de experiencia laboral (11 en el CRAPD I)
- No existe relacione ente IE percibida sexo, edad, tiempo de experiencia laboral, lo que coincide.



MAYORES RESIDENTES CON DETERIORO COGNITIVO: SU ESTADO VISUAL Y AUDITIVO

Autores: María Covadonga Vázquez Sánchez, Luz María Gigirey Prieto, Carlos Pío del Oro Sáez, Antonio Piñeiro Ces

Palabras clave: Déficit visual, pérdida auditiva, pérdida sensorial dual, deterioro cognitivo, residencias, mayores

Introducción: En las residencias de mayores la prevalencia del déficit visual y auditivo aumenta respecto a la población no residente. Asimismo, el deterioro cognitivo (DC) es una de las causas de su ingreso. Sin embargo, la literatura que analiza el estado sensorial de los mayores residentes con DC es escasa.

Objetivo:

- Analizar el estado visual y auditivo de una muestra de mayores residentes con DC.
- Comparar el estado sensorial de estos sujetos con el de residentes con cognición normal.

Método: Test MEC (versión 35 puntos), audiómetro Beltone Electronics modelo 110, optotipo ESnellen escala 3.70m y programa informático SPSS (versión 24.0). 375 residentes gallegos fueron sometidos a un cribado cognitivo, visual y auditivo. El cribado cognitivo se realizó con el test MEC. Se midió la agudeza visual (AV) lejana estableciendo la presencia de déficit visual binocular en una AV binocular habitual $< 0,3$. La presencia de pérdida auditiva se determinó mediante audiometría tonal liminar (criterio Ventry & Weinstein).

Resultados: El 17,5 % de los residentes presenta deterioro cognitivo (DC). La mayor parte (63,1%) tiene DC leve. La presencia de déficit sensorial aumenta en los mayores con DC respecto a aquellos con cognición normal. El 47,7% de los sujetos con DC tiene solo pérdida auditiva, un 4,6% presenta únicamente déficit visual binocular y en el 15,4% conviven ambas deficiencias. Hemos encontrado correlación entre los valores de AV binocular y la puntuación del test MEC ($p = 0,003$), así como entre el nivel de audición de los sujetos y los scores cognitivos ($p < 0,00$).

Conclusiones: Es necesario seguir investigando el estado sensorial de la población residente con DC y la asociación visión-audición-cognición. Ello puede contribuir enormemente al cuidado y atención de estos sujetos y al diseño de programas de intervención eficaces que puedan mejorar su calidad de vida.



Referencias:

1. Garahan MB, Waller JA, Houghton M, Tisdale WA, Runge CF. Hearing loss prevalence and management in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1992 February 01;40(2):130-134.
2. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienci Afines* 1979; 7(3):189-202.
3. Owsley C, McGwin G, Scilley K, Meek GC, Dyer A, Seker D. The visual status of older persons residing in nursing homes. *Arch Ophthalmol* 2007 July 01;125(7):925-930.
4. Yamada Y, Vlachova M, Richter T, Finne-Soveri H, Gindin J, van der Roest H, et al. Prevalence and correlates of hearing and visual impairments in European nursing homes: Results from the SHELTER Study. *J Am Med Dir Assoc* 2014 October 01;15(10):738-743.
5. Yamada Y, Denking MD, Onder G, Henrard JC, van der Roest HG, Finne-Soveri H, et al. Dual Sensory Impairment and Cognitive Decline: The Results From the Shelter Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2016 January 01;71(1):116-123.



PERFIL DEL ANCIANO CON TRASTORNO COGNITIVO (TC) EN EL COMPLEJO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES (CRAPD) II DE VIGO AÑO 2017

Autores: Mosquera Losada ME., Pérez Martín J. Agras Suarez MC, Vallejo Curto MC. Comesaña Malvido S.

Palabras clave: Anciano, Diagnóstico, Trastorno Cognitivo, Dependencia, Residencia.

Introducción: Los Trastorno Cognitivos (TC), causan una gran repercusión negativa física, funcional, social y mental. Tienen una alta prevalencia e incidencia en un grupo de población (los ancianos) numeroso¹, y que está en aumento², sobre todo en Galicia (una de las regiones más envejecidas a nivel mundial, con una tasa de envejecimiento 24,6%)³. TC han sido recientemente redefinidos y reclasificados, emergiendo un nuevo término los Trastornos Neurocognitivos (TNC) que son el grupo con mayor incidencia de los TC.

Objetivo:

- Conocer el perfil del anciano con TC
- Conocer la diferencia de perfil del anciano con TC y el que no lo tiene.
- Identificar las variables estudiadas que se correlacionan con la presencia de TC.

Método: Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. La población del estudio (101 usuarios) son las personas ingresadas de forma fija durante 2017 en el centro. Se seleccionaron variables sociodemográficas, antecedentes médicos, estado funcional y estado cognitivo.

Resultados: La tasa de TC es del 55,4% (56), de los cuales un 78,6% (44) era TNC: 35 (79,5%) Mayor y 9 (16,1%) leve; y un 21,4% (12) un TC provocado por otras causas (psiquiátricas). La causa más frecuente de TNC fue el Alzheimer 21(47,7%), seguida de D. Vascular 10(22.7%).

Conclusiones:

- El perfil del anciano con TC es: mujer, 85 años, viuda, TNC Mayor tipo Alzheimer, institucionalizada desde hace más de 4 años, con Barthel < a 20 puntos, Katz G, que usa andador y con incontinencia mixta. Puntuación en la escala MEC <24.
- El perfil del anciano con que no padecía TC: es más joven, estado civil soltero, con Katz B y continente.
- Existe correlación entre el diagnóstico de TC y la edad, el sexo, el estado civil, el estado funcional, la incontinencia, la deambulación y la valoración MEC.



Referencias:

1. Lopez R, Lopez J.A. Castrodeza F.J, Tamames S, León T, Grupo de trabajo de atención Sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatria Gerontologia. 2009; 44 (1): 5-11
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Numero de referencia OMS: WHO/FWC/ALC/15.01. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
3. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [consulta 15-04-2017]. Disponible en: <http://www.ine.es>
4. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.



PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIDEMENCIA ASOCIADOS A PSICOFÁRMACOS EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

Autores: Caamaño Ponte, J. Mouriz Corbelle, R. Pérez López, N. Farelo Arias, M. Mazoy López, S. López Rodríguez, L. Dosil Díaz, C.

Palabras clave: IACE, Anticolinérgica, Neuroléptico, Benzodicepina

Introducción: El abordaje farmacoterapéutico de las demencias consiste en la prescripción de medicamentos que ralentizan el declive cognitivo y funcional, inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) o memantina, asociados a medicamentos que controlando la incidencia de síntomas conductuales y psicológicos (SCPD) tengan actividad anticolinérgica poco significativa a nivel del sistema nervioso central (SNC). Este “antagonismo farmacológico” constituye una interacción farmacodinámica a evitar (criterio de prescripción inapropiada STOPP).

Objetivo: Revisar la asociación de medicamentos antidemencia, psicofármacos con actividad anticolinérgica y medicamentos hipnóticos en un intento de optimizar el abordaje farmacoterapéutico de la demencia en una muestra de pacientes institucionalizados.

Método: Estudio descriptivo, observacional transversal de residentes con diagnóstico de demencia, tratados con IACE y/o memantina, medicamentos hipnóticos (BZD, análogos de BZD y clometiazol) y otros psicofármacos con potencial actividad anticolinérgica. La función cognitiva y la presencia de SCPD se evaluó empleando una batería de instrumentos integrada por la Clinical Dementia Rating (CDR), la escala de Cornell de Depresión en Demencias (ECDD), el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) y el Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI).

Resultados: Sexo= 105 mujeres/29 hombres. Edad media= 87.08 años (rango= 102-66 años). CDR= 2.37. ECDD= 11.61. NPI= 18.17. CMAI= 17.82. Número de medicamentos por subgrupo terapéutico simplificado: IACE= 23. Memantina= 6. IACE + memantina= 9. Neurolépticos atípicos (NLPAt)= 59. Neurolépticos clásicos (NLPCI)= 20. BZD= 55. Antidepresivos serotoninérgicos/noradrenérgicos (ADS/N)= 48. Antidepresivos tricíclicos (ATC): 0. Trazodona= 18. Clometiazol=14. Grupo IACE o memantina más NLPAt= 21. Grupo IACE o memantina más NLPCI= 2. Grupo IACE o memantina más BZD= 19. Grupo IACE o memantina más ADS/N= 20. Grupo IACE o memantina más trazodona= 4. Grupo IACE o memantina más clometiazol= 6.



Conclusiones: La optimización del tratamiento farmacológico de la demencia es un área de mejora para los centros gerontológicos.

Referencias:

1. Kymberley Ruxton, Richard J. Woodman & Arduino A. Mangoni. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2015; 80: 2. 2019-220.
2. Jorge López-Álvarez et al. Efecto de los fármacos anticolinérgicos en el rendimiento cognitivo de las personas mayores. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2015; 8 (1): 35-43.
3. José Caamaño Ponte. "Influencia de los trastornos psicológicos y de conducta en la evolución cognitiva de una población con demencia tipo Alzheimer". Tesis Doctoral. Universidade da Coruña. 2003. ISBN – 978-84-692-8212-C.
4. José Caamaño, M^a Dolores Amarelle, Laura Donis, María Teresa Castro, Delfina Pérez, Ricardo Fra. "Abordaje de los Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia. ¿Podemos hablar de calidad y no calidad?" *AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Año 6. n^o 2. Julio 2006. Pags 4-14.
5. Riesgo de los fármacos anticolinérgicos en personas de edad avanzada. *Butlletí Groc* 2015; 28: 1.
6. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015; 50:89-96.



PROYECTO ACTIVAGE: INTERNET DE LAS COSAS PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

Autores: Rodríguez Paz, S.M., Lorenzo Otero, T., Somoza Concheiro, L., Quiles del Rí, J., Ochoa Mendoza, E., Palau Salvador, C.E., Arroyo Hernández, A. I.

Palabras clave: Envejecimiento activo y saludable, Nuevas tecnologías, Internet of Things, Nuevos modelos de atención

Introducción: El proyecto piloto a gran escala ACTIVAGE contextualiza el Internet de las Cosas (IoT, en inglés) dentro del campo del envejecimiento activo y saludable (AHA, en inglés) como elemento estratégico para la creación de ecosistemas dinámicos que respondan a los nuevos retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios y de asistencia social.

Objetivo: Uno de los principales objetivos del proyecto es crear el primer ecosistema europeo interoperable y abierto, reutilizando las plataformas, tecnologías y normas de IoT existentes que permitan desarrollar servicios y soluciones de IoT a gran escala para personas usuarias del área AHA: personas mayores, personas cuidadoras, profesionales y proveedores de atención sanitaria y social, principalmente.

Método: Este proyecto de dos años y medio de duración se está ejecutando en 9 regiones europeas diferentes con la participación de 7.200 personas usuarias y más de 43.000 dispositivos de IoT. Galicia es una de estas regiones donde se desarrollan varios escenarios (monitorización, pulsador de emergencia, video-atención...) que ponen la tecnología IoT al servicio de las personas mayores. Se evaluarán, entre otras, las necesidades, preferencias y percepciones con respecto a la aceptación, confianza, confidencialidad, privacidad, protección de datos y seguridad de las personas usuarias. Resultados: El trabajo en colaboración dará como resultado, en un foro internacional, el planteamiento e identificación de los aspectos legales, bioéticos y sociales del IoT en el proceso de envejecimiento y la longevidad.

Conclusiones: Se espera incrementar el conocimiento sobre el impacto socioeconómico y los beneficios de los entornos de vida inteligentes, basados en el IoT, en la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores, así como sobre nuevos modelos de sostenibilidad de los sistemas sanitarios y de asistencia social



TRASPLANTE RENAL A LOS 80 AÑOS: REALIDAD O FICCIÓN

Autores: Vanessa Álvarez Vidal, Rocío Malfeito Jiménez, Margarita López Vázquez, Lourdes González Tabarés, Beatriz Millán Díaz, Jose Ramón Martínez Calvo, Jesús Calviño Varela

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, anciano, diálisis, trasplante, ética

Introducción: A pesar de los avances en el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC), su incidencia continúa en aumento. Esto es debido tanto a una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como al incremento de la esperanza de vida. El tratamiento de la ERC terminal se basa en la diálisis o el trasplante (Tx), aunque la toma de decisiones a edades avanzadas, puede suponer un importante conflicto ético y clínico. Frente a la ventaja del tratamiento sustitutivo, la morbimortalidad asociada a dicho tratamiento cuestiona la actitud a seguir en un paciente con una esperanza de vida limitada.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una paciente en hemodiálisis (HD) que recibió un Tx renal a los 80 años. Con 76 años, había iniciado diálisis peritoneal electiva que perdió eficacia tras un año de tratamiento. Debido a su edad, no se había considerado como candidata a Tx. Obligada a renunciar a la técnica domiciliaria, se incluyó en programa de HD presentando múltiples complicaciones en relación con fístulas, catéteres, fatiga, hipotensión y mala calidad de vida. A pesar de su edad, no existía ninguna contraindicación absoluta para recibir un Tx renal, y siguiendo un escenario de decisiones compartidas, se le incluyó en lista de espera (acordándose un período máximo de 2 años). En 2018, recibe un Tx renal sin complicaciones quirúrgicas y con buena función (Creatinina 1.1mg/dL). La recuperación fue satisfactoria con independencia funcional. Sus complicaciones más relevantes fueron infecciosas (orina, micosis oral y citomegalovirus) evolucionando favorablemente con tratamiento específico y ajuste de la inmunosupresión.

Conclusiones: El presente caso ilustra la importancia del abordaje compartido de decisiones complejas e individuales en el paciente anciano. Frente al riesgo de caer en un nihilismo terapéutico, el adecuado razonamiento clínico y ético es fundamental para el tratamiento del paciente anciano frágil.

Referencias:

1. Thorsteinsdottir B, Swetz KM, Albright RC. The Ethics of Chronic Dialysis for the Older Patient: Time to Reevaluate the Norms. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2015; 10:2094-9.
2. Segall L, Nistor I, Pascual J, Mucsi I, Guirado L, Higgins R, et al. Criteria for and Appropriateness of Renal Transplantation in Elderly Patients With End-Stage Renal Disease: A Literature Review and Position Statement on Behalf of the European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Descartes Working Group and European Renal Best Practice. *Transplantation*, 2016;100:e55-65.



VALORACIÓN DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS, POR PARTE DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Autores: Maria Olga González Seijas, Concepción Lourés Castiñeira, Rocio Malfeito Jiménez

Palabras clave: Oncogeriatría, fragilidad

Introducción: El factor de riesgo que más se asocia al desarrollo de cáncer es la edad. En la actualidad existe evidencia científica que apoya la necesidad de que el paciente anciano con cáncer que vaya a recibir un tratamiento oncoespecífico debe ser evaluado mediante una valoración geriátrica integral.

Objetivos:

- Detectar los síndromes geriátricos en pacientes oncológicos derivados a la consulta de valoración de fragilidad.
- Prevención y tratamiento presentes en dichos pacientes.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes derivados a la consulta de Oncogeriatría desde el 28 de marzo del 2017 al 30 de Enero del 2018. debiendo cumplir como criterios, edad mayor o igual a 70 años y con riesgo de fragilidad, realizando como cribado las escalas G8 y TRST. Se recogieron datos antropométricos y se realizaron escalas de valoración funcional (Barthel, Katz, Lawton) cognitivas (Pfeifer, MMT de Lobo), nutricional (MNA), escala de depresión (GDS) y revisamos la medicación del paciente.

Resultados: De los 64 pacientes un 62,5% fueron varones, con una edad media de 81,4 años, el 72% procedían del Servicio de Oncología. Un 76,6% no presentaba deterioro cognitivo y del 23,4% restante deterioro cognitivo leve (17,2%), moderado 1,6%) y grave (4,7%). El 75% no presentaron depresión; el 51,6% eran independientes para las ABVD; se detectó polifarmacia en un 65,6%. Se detectaron problemas susceptibles de intervención en un 62,5%, siendo más frecuentes deterioro cognitivo, malnutrición, dolor, depresión y estreñimiento por orden de frecuencia.

Conclusiones: Nuestra consulta estratifica los pacientes según su fragilidad e interviene sobre éstos, mejorando la tolerancia a los tratamientos oncológicos y previniendo los síndromes geriátricos (vida activa y saludable, aumentando la ingesta de hídricos con una dieta adecuada, entre otros) siendo nuestro papel relevante para la interpretación final de la valoración.



Referencias:

1. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017; 52(3):119-127.
2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982; 17(1): 37-49.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12(3):189-198.



AUTOATRIBUCIONES Y HETEROATRIBUCIONES EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD

Autores: Dapía M, Failde JM, Vazquez, MA, Ruiz, L. Y Bernardez, A.

Palabras clave: Edaismo, estereotipos, envejecimiento

Introducción: La sociedad española disfruta de una esperanza de vida que ha alcanzado cifras históricas. Las provincias de Lugo y Ourense, con un 30% de población mayor (Instituto Nacional de Estadística, 2017), se encuentran entre las siete regiones más envejecidas de Europa. Asimismo, sabemos que las atribuciones negativas están en relación con los prejuicios pudiendo derivarse conductas discriminatorias o ageístas.

Objetivos: Evaluar las auto y heteo-atribuciones que presentan diferentes grupos etarios, en el contexto sociocultural de Galicia, con particular atención a las personas mayores.

Método: Como instrumento de recogida de datos hemos empleado el Cuestionario titulado El uso del tiempo, "MTS" (CIRES, 1996) que nos permite obtener la opinión acerca de cuánto tiempo semanalmente estiman que dedica una persona a diferentes actividades (15) tanto si pertenece a esa edad como a otros grupos etarios. Los datos se han analizado empleando el paquete estadístico SPSS y recurriendo a estadísticos de tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas) y contrastes mediante análisis de varianza (ANOVA), tomando para los análisis a posteriori el método de Tukey.

Los participantes fueron un total de 455 sujetos adultos y residentes en diferentes municipios seleccionados mediante un procedimiento de selección multietápico estratificado por provincia, municipio, género y grupo etario, agrupados por edad en Jóvenes, 18-35, de Mediana edad, 36-64- personas mayores, de 65 o más años.

Resultados: El análisis de las autoatribuciones sobre la cantidad de horas que cada persona dedica a diferentes actividades de uso habitual, revela diferencias significativas en 12 de 15 presentadas. Las personas mayores se autoatribuyen fundamentalmente dormir la siesta, descansar-sin hacer nada-, ver la televisión o la radio y prácticas religiosas. En heteroatribuciones, las personas mayores son el grupo que atribuye a sujetos de diferente edad a la suya un mayor número de horas para descansar, tomar copas, ir al cine o al teatro, oír música, bailar o hacer deporte.



Conclusiones: Los hallazgos encontrados ponen de manifiesto el fenómeno de autoestereotipia al revelar cómo los estereotipos sobre el envejecimiento o creencias sobre la vejez o los efectos sobre la edad en las personas mayores se interiorizan progresivamente y cómo los individuos terminan por aplicárselos a sí mismos al alcanzar la edad del grupo objeto. Estas atribuciones negativas pudieran derivar en conductas discriminatorias hacia este colectivo, que con frecuencia, manifestamos en las propias expresiones lingüísticas.

Referencias:

1. CIRES (1996). Estudio 9209601. El uso del tiempo. Recuperado de http://www.jdsurvey.net/jds/jdsurveyAnalysis.jsp?ES_COL=129&Idioma=E&SeccionCol=04&ESID=389
2. Cuadrado Guirado, I. (2013). Análisis psicosocial del prejuicio. En E. Gaviria Stewart, M. López Sáez & I. Cuadrado Guirado (Coord.), *Introducción a la Psicología Social*. 2ª Edición (pp. 451-486). Madrid, España: Sanz y Torres.
3. Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid, España: Pirámide. Instituto Nacional de Estadística (2017). Indicadores de estructura de población. Índice de envejecimiento por provincia. Extraído de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489>
4. Ng, R., Allore, H. G., Trentalange, M., Monin J. K., & Levy, B. R. (2015). Increasing Negativity of Age Stereotypes across 200 Years: Evidence from a Database of 400 Million Words. *PLoS ONE*, 10(2). doi:10.1371/journal.pone.0117086



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS DE CENTROS GERONTOLÓGICOS

Autores: Carballo Bouzas, J.A. Faílde Garrido, J.M., Vázquez Vázquez, M.A., Ruiz Soriano, L.

Palabras clave: Calidad de Vida, Burnout, Personalidad Resistente, variables sociodemográficas y laborales

Introducción: La CVRS de los profesionales de la geriatría y gerontología está estrechamente relacionado con su salud física y mental, pudiendo con ello afectar directa o indirectamente la seguridad y la calidad de los servicios que prestan (Garre, Hernández, Lozano, Vilalta et al. , 2000). Existe evidencia de que la Personalidad Resistente se relaciona positivamente con la CVRS (Peñacoba y Moreno, 1998). Por el contrario, estudios realizados con muestras integradas por profesionales sanitarios han demostrado que el estrés laboral y el Burnout parecen afectarla negativamente (Wu, et. al, 2011), aspecto que también ha sido confirmado en cuidadores formales de personas mayores (Garre, Hernández, Lozano, Vilalta, Turón, Cruz, Camps y López, 2000).

Objetivos: Analizar la relación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) con el Burnout, la Personalidad Resistente y con las variables sociodemográficas y laborales con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en una muestra de cuidadores formales de personas mayores de centros gerontológicos.

Método: Tras solicitar su participación voluntaria y anónima, se les administró una entrevista diseñada ad hoc que recogía datos sociodemográficas y laborales, así como los siguientes cuestionarios: el MBIHSS, el CPR, la escala visual analógica del EQ-5D y el MOS SF-36.

Mediante un muestreo multietápico aleatorio fueron seleccionados un total de 356 profesionales sociosanitarios que trabajaban en centros gerontológicas Galicia (España). El 88,48% del área sanitaria y el 11,52% de ámbito psicosocial. La edad media fue de 35.42 años (Sx=9.06), con un rango de 19 a 61 años. La antigüedad media en el trabajo fue de 6.58 años (Sx=6.14).



Resultados: La CVRS mostró correlaciones significativas con la Personalidad Resistente, el Burnout, el Estado Actual de Salud, así como con ciertas variables sociodemográficas y laborales. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios y los del ámbito psicosocial en las dimensiones del MOS SF-36 Función Social ($F=4,81$, $p=,029$), Rol Emocional ($F=9,51$, $p=,002$), Salud Mental ($F=6,62$, $p=,010$) y en el Índice Sumario Mental ($F=8,72$, $p=,003$).

Los análisis de regresión identificaron como predictores confiables de la CVRS el Estado de Salud Actual, las dimensiones Agotamiento Emocional y Realización Personal de Burnout y las dimensiones Implicación y Control de Personalidad Resistente; además de un conjunto de variables sociodemográficas y laborales.

Conclusiones: Estos resultados ponen en evidencia la importante relación entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud con la Personalidad Resistente, el Burnout y el Estado de Salud Actual con la CVRS de cuidadores formales de personas mayores.



DIFERENCIAS INTERGÉNERO EN LA TENDENCIA ACTITUDINAL ANTE EL ENVEJECIMIENTO

Autores: Failde JM, Dapía M, Vazquez, MA, Ruiz, L. y Bernárdez, A.

Palabras clave: Edaismo, eactitudes, envejecimiento, género

Introducción: Actualmente asistimos a un fenómeno de transición demográfica que supone cambios importantes en la demografía y que se traduce en un incremento significativo del del número de personas mayores. La esperanza de vida al nacer de la población española se ha duplicado en apenas cuatro generaciones. Estos 40 años son el doble de la vida media de una persona hace un siglo. El avance ha sido mayor en el grupo de las mujeres (que creció 42,6 años hasta los 84,5) que en el de los hombres (38,8 hasta los 78,4). Este cambio acarrea una serie de retos y necesidades desde el punto de vista económico, social, político... Es por consiguiente importante evaluar las representaciones sociales y actitudes ante el envejecimiento en contextos altamente envejecidos.

Objetivos: Analizar las actitudes y los conocimientos gerontológicos en función del género en tres grupos etarios (jóvenes, mediana edad y personas mayores).

Método: A todos ellos les fueron administrados una batería integrada de instrumentos: Subescala del Philadelphia Geriatric Scale (levy et al., 2002), Facts on Aging Quiz (Palmore, 1998), el Cuestionario de Características Negativas de la vejez (AN-PP; Castellano y de Miguel, 2010) y una entrevista de datos sociodemográficos diseñada ad hoc. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v20.

La muestra estuvo integrada por 455 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: jóvenes (18-35 años), adultos (36-64) y adultos mayores (>65).

Resultados: En el grupo de jóvenes se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en el AN-PP, constatando que las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en las subescalas AN-PP positiva ($F=12.31$; $p=.001$) y en AN-PP negativa ($F=8.16$; $p=.005$). Asimismo, las mujeres jóvenes presentes mayor sesgo positivo ($F=4.69$; $p=.032$) y una tendencia actitudinal neta menos negativa ($F 4.38$; $p=.038$). En el grupo de personas mayores, los varones presentan un sesgo actitudinal positivo ($F=5.18$; $p=.024$) más elevado y una tendencia actitudinal neta menos negativa que las mujeres ($F=5.92$, $p=.016$).

Conclusiones: En el grupo de jóvenes se manifiestan una tendencia actitudinal hacia el envejecimiento más positiva en las jóvenes; esta tendencia se invierte en el colectivo de personas mayores siendo los varones quienes presentan una actitud más favorable hacia el envejecimiento.



EL MODELO DE TEATRO PEDAGÓGICO CULTURAL “CPT” APLICADO EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES SOCIALES Y SANITARIOS

Autores: Imma Miralles Garcia, Joan Sala Casanovas, Jose Llorca Sánchez

Palabras clave: Metodología pedagógica, teatro interactivo, formación en buenas prácticas, capacitación profesional, profesionales socio sanitarios, atención a personas en situación de dependencia

Introducción: FORO TÉCNICO DE FORMACIÓN (FTF), desarrollando formación desde el 2000 para el sector socio sanitario, conocemos, en nuestro proyecto ERASMUS+ CAPWIN dirigido a la reincorporación al recorrido educativo a jóvenes provenientes del abandono escolar, las herramientas del Teatro Pedagógico Cultural (CPT), dicha metodología creada por TP-THEATRE (TPT), cuenta con 15 años de implantación en Suecia a través del Interactive Form Theatre “IFT”.

Objetivos: Aplicación de esta metodología pedagógica en la formación de los profesionales socio sanitarios para mejorar su capacitación en buenas prácticas en la atención a personas en situación de dependencia.

Método: Videos de los diferentes cursos y de la aplicación de la metodología en clase.

Ambas organizaciones, presentamos un proyecto de movilidad ERASMUS +, que se aprobó y calificó como buena práctica EU, debido a la calidad de la implementación y el impacto. En dicho proyecto se desarrolló un curso de capacitación para profesores de FTF en el CPT, donde profesionales de TPT nos habilitaron en el uso del método de teatro interactivo y sus elementos pedagógicos que luego serán utilizados en clase con los estudiantes y trabajamos en la creación de guiones relacionados con las buenas prácticas en el cuidado de las personas dependientes. Al final del curso tras el proceso de tutoría de TPT a través de una práctica realizada con otros docentes de FTF, tras la validación y reconocimiento de los resultados del aprendizaje, obtuvimos la acreditación EUROPASS.

Resultados: TPT ha estandarizado y redefinido el curso y sus profesores han adquirido experiencia en la formación de docentes de salud social, dicho curso ha vuelto a realizarse en 2 nuevos proyectos ERASMUS+ en 5 países (adjuntamos promoción). Los docentes de FTF ya usan la metodología CPT en las sesiones de formación y aquellos que han recibido la formación de 2º nivel para formar docentes, extenderán la formación en esta metodología.

Conclusiones: Los docentes de FTF valoran muy positivamente la metodología y el impacto en la satisfacción de los alumnos en las sesiones formativas donde se utiliza es muy alto.



ENVEJECIMIENTO: CONOCIMIENTOS, ESTEREOTIPOS Y ATRIBUCIONES

Autores: Ruiz, Soriano, L.; Faílde Garrido, J.M., Vázquez Vázquez, M.A., Lameiras Fernández, M.; Rodríguez Castro, Y; Bernardez, A

Palabras clave: Conocimientos, estereotipos, atribuciones, envejecimiento

Introducción: El estudio de las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento es un tema de capital importancia, teniendo en cuenta que los estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores tienen repercusiones negativas tanto en su salud física como psicológica.

Objetivos: Evaluar los conocimientos, estereotipos y atribuciones hacia las personas mayores en tres grupos etarios: jóvenes, adultos y adultos mayores.

Método: A todos ellos les fueron administrados una batería integrada de instrumentos: Cuestionario Actor-observador, Cuestionario de Usos del tiempo, The Facts on Aging Quiz, el Cuestionario de Características Negativas de la vejez y una entrevista de datos sociodemográficos. Los datos fueron analizados con programa estadístico SPSS v20.

La muestra estuvo integrada por 340 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: jóvenes (18-35 años), adultos (36-64) y adultos mayores (>65).

Resultados: A pesar de que se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos sobre el envejecimiento que tienen las personas mayores frente a los demás grupos ($F=7.18$, $p=.001$), esto son deficientes en los tres grupos; no obstante, ellos perciben que sus conocimientos son medio-altos. Asimismo, todos presentan sesgos actitudinales, especialmente de componente negativo. Los análisis detectaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la tendencia actitudinal ($F=4.14$, $p=0.17$); los contrastes post hoc indicaron que las diferencias se producían entre el grupo de mayores y los demás grupos ($p<.050$; $p<.050$) y entre el grupo de jóvenes y los mediana edad ($p<.050$).

Conclusiones: Los resultados evidencian que el nivel de conocimientos de la población es muy deficiente, y que estos derivan en sesgos actitudinales negativos, lo que puede traducirse en prejuicios y conductas discriminatorias hacia las personas mayores. Este estudio, tiene implicaciones de cara a diseñar estrategias para mejorar las actitudes hacia este colectivo.



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Referencias:

1. Bryant, C., Koder, D. (2015). Why psychologists do not want to work with older adults - and why they should. *International Psychogeriatrics*, 27 (3), 351-354.



EVOLUCIÓN DE LA AUTONOMÍA FUNCIONAL EN LAS CAPACIDADES FÍSICAS BÁSICAS MEDIANTE UN PROGRAMA DE A.F.A. EN MAYORES DE CTX A VEIGA (2018)

Autores: Diego Sánchez Pardo

Palabras clave: Actividad Física Adaptada, Autonomía, Capacidad Funcional, Impacto, Residenciales

Introducción: La Actividad Física Adaptada (AFA) es una herramienta de intervención efectiva en personas mayores frágiles, consiguiendo prevenir las situaciones de dependencia a través del refuerzo de las condiciones de físicas, psicosociales y de salud. En nuestro contexto, se han desarrollado pocas intervenciones sistemáticas de AFA, y aún menos investigaciones empíricas para concretar sus efectos. A partir de la metodología HAPPIER (REFERENCIA), se desarrollaron intervenciones específicas para población mayor gallega institucionalizada con los objetivos de Evaluar la mejora en la capacidad funcional después de un programa de AFA.

Objetivos: Demostrar y comprobar la eficacia de un programa longitudinal intensivo sobre el impacto en la capacidad funcional de mayores residenciales.

Método: Programa de Prevención de Caídas y Gimnasia en Silla.

Se estudió a un total de 18 mayores residentes CTX A Veiga (Lugo), de los cuales 14 completaron regularmente el programa y las mediciones. Todos ellos participaron de las actividades habituales del centro y además, 3 días a la semana en programas estructurados Siel Bleu de AFA (Prevención de Caídas y Gimnasia en Silla).

Desde el punto de vista funcional se evaluó la velocidad de desplazamiento (Up&Go), la potencia funcional para el cambio de plano (Up&Down), el equilibrio monopodal (SPPB), la flexibilidad de la cintura escapular (ROM) así como la resistencia aeróbica.

Resultados: Después de 5 meses de programa de Actividad Física Saludable “Prevención de Caídas” y “Gimnasia en Silla” hemos apreciado una notable evolución en aspectos de Capacidades Físicas Básicas, con importante aplicación en ABVD’s.

En un primer término de mejora, se encuentran evoluciones positivas significativas en la resistencia aeróbica. Con una gran transferencia en tareas de la vida diaria relacionadas con la autonomía, la toma de decisiones y la dignidad, la media del grupo mejora en más de 4 repeticiones en Resistencia Aeróbica (tabla 4).



En un segundo orden, el tiempo de desplazamiento (tabla 1) evoluciona en una media de casi 4 segundos en la prueba de 3 metros. No solamente mejoran su calidad de desplazamiento con mayor equilibrio, si no que también son más eficientes y seguros.

Cabe mencionar mejoras en la potencia funcional (tabla 2) que les permite mantener durante mayor tiempo la eficiencia del cambio de plano, siendo uno de los movimientos durante los que se registra mayor índice de caídas.

Una vez entrenados con los programas avalados de A.F.A. los participantes necesitan menos ayuda externa y ejecutan con un menor número de apoyos fuera de la línea de desplazamiento, gracias a un mejor equilibrio monopodal (tabla 3).

Conclusiones: Se verifica el efecto de programas de AFA en capacidad funcional. Se aprecian mejoras en la autonomía funcional para el desplazamiento, teniendo un mayor equilibrio, con menor ayuda externa y una importante mejoría en la resistencia aeróbica. Por otro lado los participantes del programa muestran mayor potencia funcional para el cambio de plano, esencial en las ABVD's.

Referencias:

1. Jacobson y Truax, 1991 – CAMBIOS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS
2. Referencia HAPPIER



FUNCIONARTE

Autores: L. Miguel Giménez Gendre, Alejandra Fragueiro Vilanova

Palabras clave: FUNCIONARTE, DOMUSVI, ARTES, ESCENICAS, SOCIAL

Introducción: Las artes escénicas como instrumento de mejora de la calidad de vida y las habilidades sociales en los centros residenciales de mayores. Los procesos de envejecimiento implican cambios sustanciales en las personas que los sufren; a nivel físico, mental y emocional. Debemos conocernos en estas áreas, para vivir la transición a la senectud de la forma más orgánica posible, siendo ésta menos traumática y minimizando los procesos de deterioro cognitivo (demencia) que en muchos casos van asociados a la vejez.

Objetivos: Pretendemos investigar los posibles beneficios en la mejora de la calidad de vida del colectivo de mayores en centros residenciales, mediante la aplicación de herramientas de teatro y danza.

- Mejora de la capacidad comunicativa grupal
- Gestión emocional y del duelo
- Aumento de la movilidad y propiocepción
- Retraso del deterioro psico-físico

Material/ Método:

- 1 sala amplia de trabajo

Interesa resaltar que las nuevas estrategias educativas y las nuevas tendencias en el estudio de la educación integral; sitúan a las artes escénicas como un valor seguro. El uso de pedagogías alternativas en la educación informal es cada vez más frecuente. Trabajo con historias de vida, recuerdos y reforzadores.

Resultados: Hemos tenido en cuenta los datos de participación general en actividades de ocio de diversos grupos (en función de sus capacidades cognitivas) de la residencia "Domus Vi Ourense Centro".

Conclusiones: Es por ello que a través del presente proyecto de intervención educativa, pretendemos investigar los posibles beneficios en la mejora de la calidad de vida del colectivo de mayores en centros residenciales, mediante la aplicación de herramientas de teatro y danza.



LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Autores: Roberto Martín Aranda

Palabras clave: Calidad de vida, ejercicio, salud del anciano, estado de salud, bienestar social, promoción de salud

Introducción: La población mundial mayor de 60 años, crece de manera notable. Este crecimiento poblacional impone, sin lugar a dudas, desafíos a las ciencias sociales, entre ellos el estudio de la Calidad de Vida.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, y reviste una gran importancia con vistas a mejorar los niveles de salud de este segmento de la población. Uno de los factores invocados como determinantes de la calidad de vida en los ancianos es la práctica de actividades físicas.

Objetivos: Realizar una revisión narrativa sobre el tema de la actividad física como determinante de la calidad de vida en adultos mayores.

Material/ Método: Para evidenciar esta determinación se revisaron las bases de datos Google Scholar y Dialnet, analizando publicaciones de los últimos 4 años. Los descriptores empleados fueron: Calidad de vida en la tercera edad, ejercicio físico en la tercera edad, actividad física en la tercera edad. Se conservaron para ser analizados aquellos trabajos, teóricos o aplicados, que versaran sobre la actividad física como determinante de la calidad de vida en el adulto mayor. Se excluyeron los relacionados con enfermedades crónicas, demencias o desnutrición, o con cuidadores. Fueron un total de 14 los artículos analizados.

Resultados: La revisión, siguiendo los criterios de inclusión establecidos, evidenció que la actividad física posee un papel preponderante como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores. Los artículos revisados han identificado claramente la vinculación entre actividad física y categorías tales como capacidad funcional, capacidad cognitiva, actividades productivas, autonomía funcional, independencia funcional, autoestima, salud física, salud mental, optimismo, participación social, inclusión social, vitalidad, envejecimiento activo, envejecimiento saludable, concentración mental.

Conclusiones: Todos estos conceptos están implicados de una forma u otra en cualquier definición conceptual de calidad de vida que, aunque se trata de un concepto que posee una gran dispersión, todas las definiciones apuntan en la misma dirección: la vida plena y la felicidad del ser humano en cualquier etapa de su vida.



Referencias:

1. Victoria García-Viniegras C R. Calidad de Vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008.
2. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000; 55 (1): 34.
3. Fernández Ballesteros R, Caprara M, Schettini R, Bustillos A, Mendoza- Núñez V, Orosa T et al. Effects of university programs for older adults: changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 2013; 39 (2): 119-131.
4. Gómez J A. La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Cuadernos de Investigación Urbanística*, 2004, 42: 35-47.
5. Fernández López J A; Fernández Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la 13 Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 2010; 84 (2): 169-184.
6. De Alba González M. Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. *Estudios demográficos y urbanos*, 2017; 32 (1): 9-36.
7. Organización Mundial de la Salud. Agregar salud a los años. En: Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015. ISBN 978 92 4 069487 3. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.
8. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment. Report, 1995.
9. Solís C L B, Arrijoja S G, Manzano A O. Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 2005; 4 (1-2), 81-5.
10. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda, 2003: 6.
11. Organización Mundial de la Salud. Active Ageing: A policy Framework. Ginebra, 2012.
12. Aponte Daza V. Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 2015; 13 (2): 152-182.
13. De la Villa Moral Jiménez M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychologica*, 2017; 16 (1): 157-175.
14. De Juanas Oliva A, Limón Mendizábal M R; Navarro Asencio E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 2013; (22): 153-168.
15. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, 2010. Suiza.
16. Almeida O P, Khan K M, Hankey G J, Yeap B B, Colledge J, Flicker L. 150 minutes of vigorous physical activity per week predicts survival and successful ageing: A population-based 11-year longitudinal study of 12.20114 older Australian men. *British Journal of Sports Medicine* 2014; 48 (3): 220- 225.
17. Guerrero Martelo M, Galván G, Lázaro G, Morales D. Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, 2015; 18 (34): 303-310.
18. Fernández Ballesteros R. Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología. Madrid: Pirámide; 2009.
19. Rodríguez Díaz M T. Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: Propuesta de un programa de intervención. Tesis doctoral, 2017. Universidad de Granada, España.



20. Stein A C. Relación entre actividad física, salud percibida, bienestar subjetivo, depresión y enfermedades crónicas en personas mayores. Tesis doctoral, 2016. Universidad de León.
21. Mezdari T, Grillo L, Lacerda L, Caleffi F, Felipe M. Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad con apoyo de la Estrategia de Salud Familiar en Itajaí, SC, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2016; 21 (1): 45-54.
22. Merellano Navarro E. Condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos. Tesis doctoral, 2017. Universidad de Extremadura. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10662/6116>
23. Landínez Parra N S, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012; 38 (4): 562-580.
24. Certo A, Galvão A M, Baptista G. La conexión de ejercicio físico y la calidad de vida de las personas mayores. II Encuentro de Investigadores "Investigación y Envejecimiento: respuestas para dar calidad a la vida". Instituto Politécnico de Braganca. Escuela Superior de Salud, 2015. Brasil.
25. Fernández Campoy J M, Aguilar Parra J M, Padilla Góngora D. La actividad física y deportiva como medio para la reducción de los niveles de deterioro cognitivo en las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2016; 1 (2):465-474. 15
26. Huatatocha M Y. Actividad física y su incidencia en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. Tesis doctoral, 2016. Universidad de Loja. Ecuador
27. Parra Rizo M A. Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años. Tesis Doctoral, 2017. Universidad Miguel Hernández de Elche.
28. Chacón I A, Macías I C, Morales S T, Moreno R E, López N L. Actividad física en el anciano frágil: repercusiones en las actividades de la vida diaria. Revisión bibliográfica. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 2016; 13 (23): 15-34.
29. Fernández Rodríguez E J, Gómez Sánchez C. Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 2014; 11 (20): 2-16.
30. Bravo Ponce H L. Influencia de un programa de actividad física sobre los procesos cognitivos de las personas mayores de 60 años. Tesis Doctoral, 2015. Universidad de Granada.
31. Beleza C M, Figueiredo M D, Monteiro C F, Moura M E, Guimarães D B, Aguiar V C. La calidad de vida de los ancianos: revisión de literatura. *Cultura de los cuidados*, 2013; 36 (2): 89-95.



LA GERONTOLOGÍA, UN AMBITO PROFESIONAL PARA LOS Y LAS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL

Autores: Dapía M, Failde JM, Fernández MR y Vazquez, MA.

Palabras clave: Educación Social, Trabajo Social, personas mayores, gerontología, profesionalización

Introducción: Los títulos universitarios de educación social y trabajo social recogen en sus directrices el colectivo de las personas mayores como uno de los ámbitos de intervención de estos profesionales. Por otra parte, las circunstancias demográficas actuales caracterizan la sociedad actual en un claro proceso de envejecimiento, particularmente en Galicia y en Ourense.

Objetivos: En este contexto, nos hemos planteado identificar los intereses profesionales de los estudiantes de educación social y trabajo social respecto al colectivo de las personas mayores, atendiendo a su evolución, desde el inicio del grado hasta el último año y valorando si existen diferencias entre ambas titulaciones.

Material/ Método: Para dar respuesta a los objetivos propuestos, hemos planteado un estudio no experimental, descriptivo y transversal. La información fue recogida mediante un cuestionario diseñado ad hoc.

La muestra estuvo integrada por un total de 175 participantes, estudiantes de 1º y 4º curso de los grados de Educación Social y Trabajo Social de la Facultad de Ciencias de la Educación (Universidad de Vigo, campus de Ourense), correspondiendo el 43.4 a la primera titulación y el 56.6% a la segunda. El perfil viene definido por una mujer (86.3% de mujeres frente a 13.7% de varones), con una media de edad de 21.32 (S=3.63), que procede mayoritariamente de bachiller (75.9%).

Resultados: Globalmente, hemos constatado un escaso interés de los estudiantes de Educación Social y Trabajo Social por el colectivo de las personas mayores; solamente el 23.4% lo señala como grupo de edad en el que le gustaría trabajar y el 22.3% afirma que entre sus expectativas laborales lo colocan como primera opción de trabajo.

El porcentaje de estudiantes que manifestaban preferencias por las personas mayores no difería significamente por titulación, aunque sí por curso, manifestandose mayor preferencia en 4º curso que en primero tanto respecto al grupo con el que le gustaría trabajar ($X^2=5.44$; $p<.017$) como a la primera elección laboral ($X^2=11.567$; $p<.001$). Cuando se segmentaron los datos por titulación, las diferencias por cursos solamente se dan en el Grado de Trabajo Social ($X^2=5.331$; $p<.020$; $X^2=7.993$; $p<.005$, respectivamente para cada una de las variables estudiadas).



Conclusiones: Los resultados ponen de relieve un bajo interés de los estudiantes por dedicarse profesionalmente a la gerontología, aunque aumenta ligeramente según los años de estudio. Resulta de interés continuar el estudio para identificar las causas que motivan este escaso interés por las personas mayores: escaso reconocimiento profesional en el ámbito, desconocimiento de las posibilidades, rechazo al colectivo... u otros, que ayuden a modificarlos.

Referencias:

1. ANECA (2005). Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
2. ANECA (2004). Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.



O EDUCADOR SOCIAL NA INTERVENÇÃO SOCIOEDUCATIVA COM PESSOAS IDOSAS – QUE BENEFÍCIOS?

Autores: Susana Fonseca, Lia Araújo e Maria João Amante

Palabras clave: Intervenção socioeducativa, educador social, pessoas idosas

Introducción: Atualmente, um dos maiores desafios da sociedade é o envelhecimento da população, nomeadamente a definição de estratégias para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e a criação de respostas adequadas e adaptadas às características dos novos “velhos”. O educador social, poderá ser parte da resposta profissional a dar a este desafio, na medida em que procura apoiar, formar e educar o indivíduo ao longo do seu percurso de vida e do seu desenvolvimento, através duma intervenção socioeducativa.

Objetivos: O objetivo principal desta intervenção é o desenvolvimento global do indivíduo ao nível das suas atitudes, do seu comportamento, das suas relações, e a melhoria das suas competências pessoais e sociais.

Material/ Método: Os dados foram recolhidos através de um questionário constituído por um conjunto de questões de caracterização sociodemográfica e uma escala de avaliação da intervenção socioeducativa para pessoas idosas.

Este estudo procura analisar a perceção de benefícios da intervenção socioeducativa, realizada por estagiários do curso de licenciatura em Educação Social, em contexto comunitário e institucional com pessoas idosas. Participaram no estudo 60 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 53 e os 84 anos (M=73,1, DP=7,96).

Resultados: Os resultados revelaram para as sete dimensões (Integração Social, Integração Familiar, Capacidades Pessoais, Autoconceito, Adaptação Social, Hábitos Saudáveis e Mudança Cognitiva) uma perceção positiva dos benefícios da participação nas atividades socioeducativas, sendo os valores mais elevados nas dimensões Capacidades Pessoais, Hábitos Saudáveis e Mudanças Cognitivas (M= 4,4) e o valor mais baixo na Adaptação Social (M=3,7).

El porcentaje de estudiantes que manifestaban preferencias por las personas mayores no difería significativamente por titulación, aunque sí por curso, manifestandose mayor preferencia en 4º curso que en primero tanto respecto al grupo con el que le gustaría trabajar ($X^2=5.44$; $p<.017$) como a la primera elección laboral ($X^2=11.567$; $p<.001$). Cuando se segmentaron los datos por titulación, las diferencias por cursos solamente se dan en el Grado de Trabajo Social ($X^2=5.331$; $p<.020$; $X^2=7.993$; $p<.005$, respectivamente para cada una de las variables estudiadas).



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Conclusiones: Os resultados apontam, desta forma, que as pessoas idosas percebem de forma muito positiva os benefícios da intervenção socioeducativa, o que reforça a necessidade de existirem mais (e mais diversificadas) respostas comunitárias e institucionais, onde a ação socioeducativa que caracteriza a intervenção do educador social seja cada vez mais valorizada.



PROCESO FINAL ¿HOSPITAL O RESIDENCIA?

Autores: Barreiro Glez, A., Iglesias Eirín, S., Lorenzo Miguez, N., Vázquez Vieitez, R., Silva Caride, P., Campero Ojea, A., Estevez Fdez, N.

Palabras clave: Proceso final, residente crónico, acompañamiento, cuidados paliativos, situación terminal, medidas de confort

Introducción: Los importantes cambios producidos en los últimos años en la población de nuestra residencia han inducido al equipo técnico de la residencia Domusvi Barreiro a replantearse el protocolo de actuación en los procesos de final de vida de nuestros residentes. En nuestra realidad actual tenemos dos vertientes de residentes de alta complejidad, por un lado residentes crónicos complejos o avanzados y cuya situación hace imposible el cuidado en sus domicilios y por otro lado residentes que llevan tiempo en el centro y evolucionan hacia el proceso final de sus patologías. Esta situación nos ha enfrentado a activar protocolos de actuación del residente terminal tanto a nivel médico como con la familia, con apoyo e información personal permanente y escuchando los deseos de cada residente y de su familia.

Objetivos: Creación de una unidad operativa de acompañamiento y confort en el centro y cuya finalidad será la atención integral del residente en cuidados paliativos y situación terminal conjuntamente con apoyo y facilidades a su familia durante el proceso final hasta el fallecimiento.

Material/ Método:

- Análisis de los datos de fallecimientos desde el año 2015 hasta la actualidad en nuestro centro que requirieron cuidados de confort y acompañamiento familiar en situación terminal.
- Datos obtenidos de una encuesta realizada a residentes y de otra a familiares acerca de las preferencias de cara al proceso final de la vida.

Resultados: De los datos revisados vemos que la mayoría de residentes y familiares prefieren que el proceso final de la vida se desarrolle en el centro.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos se llega a la conclusión de la necesidad de crear un área de mayor acogimiento del residente y su familia con la misma operatividad asistencial pero en un entorno más íntimo y cercano a la familia priorizando las mejores medidas de confort.



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Referencias:

1. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales. Gómez-Batiste X. (y otros)
2. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo. Montes Santiago J. (y otros)



PROGRAMA XUNTOS NOS COIDADOS “JUNTOS EN LOS CUIDADOS”

Autores: Juan Carlos Rodríguez Bernárdez, Javier Hermida Porto

Palabras clave: Envejecimiento, Demencia, Neurodegenerativo, Formación, Familiar

Introducción: En Galicia residen aproximadamente 100.000 personas con demencia o deterioro cognitivo. En el campo de atención a las personas con demencia, los datos demográficos son de gran importancia, en primer lugar porque la edad es el principal factor para la aparición de una demencia y en segundo lugar porque las características de las demencias implican recursos de proximidad e implicación familiar.

Objetivos:

Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras en situación de dependencia afectadas por el alzhéimer y otras demencias.

Objetivos específicos:

- Acercar el concepto de demencia así como los recursos y servicios disponibles a aquellas áreas donde los recursos de proximidad no son los adecuados.
- Realizar cursos de formación para cuidadores no profesionales de personas con dependencia afectadas de alzhéimer y otras demencias.
- Llevar a cabo talleres de aplicación de los cuidados en el domicilio.

Material/ Método:

El programa “Xuntos Nos Coidados” fue llevado a cabo desde el año 2011 hasta el año 2017 (a excepción del año 2014). Con el fin de que la participación se mantuviese se elaboró y diseñó el material adaptándolo a las necesidades de cada localidad teniendo en cuenta características como: rural/urbano, población, recursos y servicios de proximidad... Para todas las acciones se contó con profesionales especializados en alzhéimer y otras demencias trabajadores de las asociaciones de familiares de personas con demencia de Galicia.

Resultados:

- Número de acciones formativas realizadas: 97
- Participantes de las acciones formativas: 1.408
- Valoración: 4,7 sobre 5



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Conclusiones: Gracias a la realización de este tipo de actuaciones, se crearon grupos de familiares de personas con demencia donde posteriormente, se desarrollaron servicios de apoyo y atención a personas con demencia y a sus familiares, llevados a cabo por las asociaciones de referencia.



ROMPIENDO ESTEREOTIPOS TELEVISIVOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO FEMENINO Y LA SEXUALIDAD: EL CASO DE “GRACE Y FRANKIE”

Autores: Lucía Gloria Vázquez Rodríguez, Miguel Ángel Vázquez Vázquez

Palabras clave: Sexualidad y vejez, estereotipos sobre la vejez, feminismo y mayores, cine y vejez, positive aging

Introducción: A partir de una perspectiva multidisciplinar que combina los estudios de género y envejecimiento con el análisis textual de la serie Grace & Frankie, esta investigación aborda la construcción y difusión de imágenes positivas de las mujeres mayores, su sexualidad y sus cuerpos a fin de mostrar que existen modelos alternativos a los estereotipos sobre la vejez predominantes en los medios occidentales.

Para ello se ha partido de una concepción de la vejez como una construcción histórica y social conforme alerta Delbert (2012); es decir, entendiéndola no como un estado biológico, sino una categoría producida discursivamente cuyos atributos asociados (inactividad, senilidad, asexualidad) pueden y deben cuestionarse también desde los medios de comunicación. En la sociedad occidental, que valora la juventud y la productividad por encima de todas las cosas, el cuerpo considerado ideal es un cuerpo joven, delgado, atlético y bronceado, de modo que el cuerpo anciano, invisibilizado y marginado, se convierte en un campo de batalla definido en gran medida por el edadismo y las expectativas heteronormativas de “deseabilidad”. A pesar de que se ha producido un aumento en el número de personajes mayores en los medios en las últimas décadas, las mujeres mayores continúan en gran medida invisibilizadas (Vernon et al., 1990), puesto que sus cuerpos, exhortados a parecer eternamente jóvenes y bellos, sufren en mayor medida esta presión social (por mujeres y por mayores), de modo que el potencial de Grace & Frankie a la hora de crear nuevos imaginarios no puede ser infravalorado.

Objetivos: Dado que los estereotipos difundidos por las industrias culturales determinan en gran medida las percepciones compartidas y el lugar que un grupo de personas puede ocupar en una sociedad (Lippman, 1922), resulta necesario construir y difundir estereotipos positivos sobre el envejecimiento. La televisión ocupa un lugar estratégico en las dinámicas de la cultura cotidiana de las mayorías, en la transformación de las sensibilidades y en los modos de construir imaginarios e identidades - de hecho, las imágenes mediáticas sobre el envejecimiento no sólo tienen un impacto negativo en las auto-percepciones de las personas mayores, sino que además pueden afectar negativamente a su salud (Milner et al., 2011). Así pues, el objetivo de esta investigación es doble:

1. Analizar de qué forma la serie contribuye a la reflexión social sobre la vejez y al cuestionamiento de las imágenes y estereotipos asociados, sobre todo en relación con la sexualidad y el cuerpo de las mujeres mayores.



2. Cuestionar los modelos de vejez que se han implantado en las sociedades occidentales, proponiendo una visión del envejecimiento como “performativo” - es decir, como un proceso, no como un estado biológico con atributos inamovibles asociados.

Material/ Método: La exitosa serie de televisión distribuida a través de la plataforma Netflix y coproducida y protagonizada por las actrices Jane Fonda y Lily Tomlin constituye el objeto de este estudio al considerarse un ejemplo particularmente relevante de la subversión de los estereotipos convencionales sobre la mujer mayor urbana y occidental. La serie coloca en primer plano a dos mujeres de alrededor de 70 años que se ven obligadas a reconstruir su vida tras separarse de sus respectivos maridos, que mantienen una relación homosexual entre ellos, y que cuestionan con sus comportamientos cualquier idea preconcebida sobre la vejez, negándose a ser “irrelevantes” o “asexuadas” (por ejemplo, montan una empresa de juguetes sexuales para mujeres mayores, o consumen sustancias recreativas de manera constante). Con este gancho, Grace & Frankie reúne la perspectiva y los anhelos de la generación de Woodstock, a la cual pertenecen sus protagonistas, con los de las familias multirraciales de la era Obama y los derechos LGTB, y rompe con un tabú mediático tan prevalente como es el de hablar abiertamente de la sexualidad de la mujer mayor.

Como procedimiento metodológico hemos partido de una revisión bibliográfica de todas las investigaciones relevantes a fin de examinar los mitos comunes, estereotipos y prejuicios más comunes con respecto a la expresión de la sexualidad en la vejez y enfrentarlos a las imágenes difundidas por la serie. Asimismo, se ha optado por el Análisis de Contenido de las tres temporadas de la serie, buscando las construcciones de sentido presentes en relación con el cuerpo de las mujeres mayores, combinado con el Análisis del Discurso, que se ha utilizado para identificar los valores ideológicos que subyacen al retrato de la vejez en Grace & Frankie.

Resultados: Uno de los principales resultados de la investigación fue la definición del envejecimiento performativo como algo representado en la serie, que se relaciona a las modalidades de envejecimiento asociadas a la sociedad contemporánea (un envejecimiento activo y hedonista); a las palabras de Simone de Beauvoir, que afirmaba que la mujer no nace, sino que se hace, añadiremos que la mujer mayor también se construye a sí misma sin estar predeterminada a adoptar comportamientos o actitudes asumidos como “biológicos”.

Conclusiones: La serie Grace & Frankie puede contribuir de manera clave al nacimiento de nuevas formas de entender el envejecimiento que pasan por reivindicar el papel del cuerpo, de los afectos, de las relaciones interpersonales y de la sexualidad en la tercera edad. Los retratos televisivos de adultos mayores son cada vez más multidimensionales y ricos en matices; los personajes de Grace y Frankie, aunque siguen cayendo en ciertos estereotipos (el de la “hippie” y la “pija”) y convenciones (como el no mostrar nunca el cuerpo mayor totalmente desnudo o el hecho de que Grace sólo pueda mantener relaciones sexuales a oscuras) invitan a los espectadores a cuestionar ideas convencionales sobre el género, la sexualidad y, sobre todo, percepciones edadistas, por lo que organizar visionados de esta serie en espacios e instituciones gerontológicas podría tener consecuencias muy positivas.



Referencias:

1. BARBOSA, K. G. (2017). "Afetos e velhice feminina em Grace and Frankie". *Estudos Feministas*, 25(3), 1437-1447.
2. CHEVERE, C., EVANS, A., OLBINGER, I. I., CAMPBELL, E., & SCHULTZ, M. S. (2017). Poster: "Grace and Frankie—Myths, Perceptions, and Stigma".
3. DEBERT, G. G. (2012). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
4. FREITAS, V. S. D. (2018). "Grace and Frankie: uma análise dos sentidos do corpo das mulheres velhas".
5. GUERCIO, N. H. C. (2018). "GRACE AND FRANKIE" E A SEXUALIDADE FEMININA NA
6. VELHICE. *Anais do Interprogramas Secomunica*, 2.
7. LUSVARGHI, L., & DANTAS, S. (2016): "A invisibilidade das mulheres idosas: a série Grace and Frankie na Netflix", XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação (Sao Paulo, Septiembre de 2016).
8. LIPPMAN, W. (1922). "Stereotypes". *Public Opinion and the Press*. Nueva York: Mcmillan Publishing Co.
9. MILNER, C., VAN NORMAN, K. & MILNER, J. (2011). "The media's portrayal of ageing", en J.R.
10. BEARD, S. BIGGS y D.E. BLOOM (eds), *Global Population Ageing: Peril or promise*. Ginebra: Wolrd Economic Forum.
11. ORÓ-PIQUERAS, M., & WOHLMANN, A. (Eds.). (2015). *Serializing Age: Aging and Old Age in TV Series (Vol. 7)*. transcript Verlag.
12. TORTAJADA, I., DHAENENS, F., & WILLEM, C. (2018). "Gendered ageing bodies in popular media culture". *Feminist Media Studies* 18(1), 1-6.
13. VERNON, J.A., WILLIAMS JR., J.A., PHILLIPS, T. & WILSON, J. (1990). "Media stereotyping: A comparison of the way elderly women and men are portrayed on prime time television." *Journal of Women and Aging* 2(4), 55-68.
14. WALTZ, M., & GRAN, B. K. (2016). "2 Portrayal of older adults in popular television shows". *Diverse Perspectives on Aging in a Changing World*, 14, 24.



XXX CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA



SOCIEDADE **G**ALEGA DE **X**ERONTOLOXÍA E **X**ERIATRÍA

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