



# II CONGRESO NORBIENESTAR

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y DISCAPACIDAD**

**GIJÓN, 8 Y 9 DE NOVIEMBRE 2019**

**LIBRO DE ACTAS**

geriatria ·

psicología · neurolo

gía · enfermería · terapia

ocupacional · trabajo social · educa

ción social · fisioterapia · rehabilitación

· nuevas tecnologías · educación física · logopedia

· geriatria · psicología · neurología · enfermería · terapia

ocupacional · trabajo social · educación social · fisioterapia ·

rehabilitación · nuevas tecnologías · educación física · log

geriatria · psicología · neurología · enfermería · terapia ocupacio

social · educación social · fisioterapia · rehabilitación · nuevas tecnolog

logoped

geriatria · psicología · neurología · enfermería · terapia ocupacional ·

social · educación social · fisioterapia · rehabilitación · nuevas tecnologías · ed



Actas del II Congreso Norbienestar “Envejecimiento Activo y Discapacidad”, organizado por la Asociación De Empresas Sociosanitarias del Principado de Asturias, la Cámara de Comercio de Gijón, y la Facultad Padre Ossó, celebrado en Gijón el 8 y 9 de noviembre de 2019.

Coordinadora: Eva Rodríguez.

© Los autores, noviembre 2019.

ISBN: 978-84-09-16075-4

Diseño de portada: Juan B. Álvarez. Making Media

Maquetación y revisión: Eva Rodríguez. Facultad Padre Ossó.

Coordinadora: Eva Rodríguez. Facultad Padre Ossó

Organiza:

-  Facultad Padre Ossó.
-  Asociación de Empresas sociosanitarias del Principado de Asturias.
-  Cámara de Comercio de Gijón

## PRÓLOGO

Nos complace presentar el Libro de Actas del II Congreso Norbienestar “Envejecimiento Activo y Discapacidad”, organizado por la Asociación De Empresas Sociosanitarias del Principado de Asturias, la Cámara de Comercio de Gijón, y la Facultad Padre Ossó, celebrado en Gijón el 8 y 9 de noviembre de 2019. El principal objetivo del pasado Congreso fue servir de espacio de conocimiento, que favorezca el diálogo, las sinergias y las alianzas entre especialistas de diferentes ámbitos (empresarial, científico, académico, colegios profesionales...). Así, aspira a ser foro de referencia en Asturias entre el sector sociosanitario.

En este año 2019 el Congreso se centró en el Envejecimiento Activo y Discapacidad; enfocando la temática desde las áreas de especial interés en la región: la medicina, la enfermería, la terapia ocupacional, la fisioterapia, la sociología, el trabajo social, la psicología, la psiquiatría, la educación social...

Con una presencia récord de más de 80 personas que presentaron sus planteamientos en 20 comunicaciones, 15 talleres, 12 simposios, 2 mesas redondas y 1 ponencia inaugural, el II Congreso viene a consolidar una tendencia hacia la consolidación y la estabilidad, al crecimiento en el número de participantes, y a una mayor calidad de las aportaciones además de constituir una excelente ocasión de presentar resultados de investigaciones, debatir con los colegas, conocer nuevas propuestas y estrechar lazos.

No queremos dejar de agradecer el apoyo constante que el Comité Organizador del Congreso recibió de las entidades del comité técnico, y el gran trabajo realizado por el comité científico, así como la contribución económica de patrocinadores, colaboradores y sponsors para sacar adelante, no sin esfuerzo, este trabajo. Estamos muy orgullosos de la participación obtenida en el congreso, y esperamos que este libro, en el que se recogen un total de 21 ponencias, facilite el acceso de investigadores, profesionales y estudiantes a los trabajos presentados, contribuyendo a dar una mayor visibilidad a las investigaciones del sector.

## ÍNDICE

PRÓLOGO .....	2
COMITÉ ORGANIZADOR .....	5
COMITÉ TÉCNICO .....	5
COMITÉ CIENTÍFICO.....	6
MESA REDONDA “ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y NUEVOS ENFOQUES” .....	7
PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y TECNOLOGIA BASADA EN REALIDAD VIRTUAL7	
Ana Isabel Corregidor Sánchez.....	7
MESA DE CLAUSURA: “DISCAPACIDAD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO” .....	12
BUSQUEDA DE MARCADORES DE SARCOPENIA EN COHORTE ASTURIANA DE ANCIANOS INDEPENDIENTES CON FRACTURA DE CADERA (Cohorte HIPA). .....	12
Potes Ya1, Solano Jb1, Gutierrez Jb1, Bermudez Mb1, Arche JMb1, Vega-Naredo Ia1, Caballero Ba1, Coto-Montes Aa1. ....	12
RESUMENES DE PÓSTERES .....	22
UN CASO DE ÉXITO: INTRODUCCIÓN POR PROFESIONAL DEL DERECHO DE TÉCNICAS FACILITADORAS DE LA COMPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.....	22
Ana María Castro-Martínez.....	22
ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIONES ASISTIDAS CON PERRO EN EL ENVEJECIMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....	24
Beatriz Molina Rebollo, Elian Suárez Fernández, Ángela Herrería Díaz-Palacios, Asociación Entrecañes Asturias.....	24
DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS .....	27
David Quirós Nieto, Elena Nieto Viyella, Javier González González, Andrea Álvarez Méndez. .....	27
ENVEJECIMIENTO Y TEA EN APNABI: GENERANDO CONOCIMIENTO Y ACCIONES.....	32
Javier Gómez García.....	32
RESERVA COGNITIVA EN LA EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE. ....	37
Mar Burguet, Isabel García Marey, Belén Gil, Maria Jose Hermida, Saray Pérez. ....	37
SIMPOSIOS .....	42
“EL OVIEDO DE LAS PERSONAS”: ACCESIBILIDAD Y AMIGABILIDAD CON LAS PERSONAS MAYORES .....	42
Pilar Agüera Boves.....	42
EN EL DEPORTE... ¡ENCAJAMOS TODOS!.....	43
Marta Isabel Holguera Álvarez; Inés Rodríguez - Navia Oliva. ....	43

ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS. REDUCCIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS.....	49
Víctor Aragonés Fernández.....	49
ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: TRANSFORMACIÓN DE UNA UNIDAD DE DÍA HACIA LA ACP A TRAVÉS DE LA OCUPACIÓN CON SIGNIFICADO.....	51
M <sup>a</sup> del Carmen Martínez Sánchez.....	51
INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.....	52
Nuria Menéndez Álvarez, Arrate Barrenetxea Garro.....	52
COMUNICACIONES.....	53
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y DIVERTIDO. EL TEATRO COMO INSTRUMENTO.....	53
Marta Maria De La Fuente Mayo.....	53
ENVEJECIMIENTO Y MEMORIA: PROGRAMA ESTRATÉGICO-PSICOSOCIAL DE INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL.....	65
María Marlen García Flores.....	65
PROYECTO <i>MAYORES INCLUSIV@S</i> DE LA ASOCIACIÓN IN.XURGA (XURISTAS DE GALICIA POLA INCLUSIÓN).....	96
Ana María Castro-Martínez.....	96
DETECCIÓN PRECOZ DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN EN ASTURIAS.....	108
Ana Luque Camiña, M <sup>a</sup> Luisa Fernández Redondas.....	108
EL ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL.....	110
María García Fraile. Antonio León Aguado Díaz. Marta Badía Corbella.....	110
PROGRAMA ACÉRCATE.....	112
Olegario Martínez del Valle, Ana Luque Camiña, A. Llaca Ruisánchez, S. Sopeña Rodríguez, Eloy Ortíz Cachero.....	112
COMUNICACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: DIVERSIDAD, ETNICIDAD Y MARCOS DE INTERACCIÓN TRADICIONALES.....	116
Beatriz Vallina Acha, María Teresa Ferrando García.....	116
ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE AUTOGESTIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA, EN POBLACIÓN VULNERABLE EN EL CONTEXTO SOCIOSANITARIO EN CINCO PAÍSES EUROPEOS.....	122
Pisano González MM, Boone ALD, Vázquez Alvarez R, Peñacoba Maestre D, Hevia Fernández JR.....	122
INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA APOYADA EN EL DEPORTE PARA GRUPOS VULNERABLES: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PILATES PARA PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (PROYECTO EUROPEO LUCAS+).....	127
Victoria Ibars Guerrero.....	127

## COMITÉ ORGANIZADOR



D. Antonio Corripio, presidente de la Asociación de Empresas Sociosanitarias del Principado de Asturias



D. José Antonio Prieto Saborit, decano de la Facultad Padre Ossó



D. Félix Baragaño, presidente de la Cámara de Comercio de Gijón



## COMITÉ TÉCNICO



Asociación de Centros de Día de Asturias (ACEDIA)



Asociación de Centros Geriátricos del Principado de Asturias (ASCEGE)



Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y Ciencias de la Actividad Física y Deporte (COLEF)



Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias (COPPA)



Colegio Profesional de Educadoras y Educadores Sociales del Principado de Asturias (COPESPA)



Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (COPTOPA)



Universidad de Oviedo  
Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales "Jovellanos"

Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos. Universidad de Oviedo



Lares Asturias. Asociación de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores del Sector Solidario

## COMITÉ CIENTÍFICO

### PRESIDENTE:

Dr. Miguel Ángel Verdugo. Catedrático de Psicología de la Discapacidad de la Universidad de Salamanca. Director del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca y del Servicio de Información sobre Discapacidad (Junta de Castilla y León-Universidad de Salamanca).

### VOCALES:

- Dr. Fernando Alonso. Enfermero especialista en Logopedia. Doctor en Psicología. Decano de la Facultad de Enfermería de Gijón.
- Dra. Lourdes Bermejo. Diplomada en Gerontología Social. Doctora en Ciencias de la Educación. Experta universitaria en Intervención Social Integral. Vicepresidenta de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Cantabria.
- Dr. José Gutiérrez. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Geriatria en el Hospital Monte Naranco.
- Dra. Estíbaliz Jiménez. Terapeuta ocupacional. Doctora en Psicología. Profesora y coordinadora del Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad Padre Ossó, de la Universidad de Oviedo.
- Dra. M<sup>a</sup> Trinidad Pascual. Trabajadora Social. Socióloga. Doctora en Sociología. Profesora del Grado en Trabajo Social de la Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos, de la Universidad de Oviedo.
- Dra. M<sup>a</sup> Trinidad Pérez. Doctora en Biología. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.
- Dr. Iván Pidal. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria. Coordinador de equipos de Atención Primaria, en el área sanitaria V de Asturias.
- Dra. Marta Pisano. Enfermera y doctora en Psicología. Coordinadora de la Escuela de Pacientes de Asturias de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Investigadora principal de EFFICHRONIC.
- Dra. M<sup>a</sup> Luisa Ruiz. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Profesora de la Facultad Padre Ossó, de la Universidad de Oviedo.
- Dr. Juan José Solano. Doctor en Medicina. Especialista en Geriatria. Director del área de Gestión Clínica de Geriatria, área sanitaria IV, en el Hospital Monte Naranco. Profesor de la Facultad Padre Ossó, de la Universidad de Oviedo.
- D. José María Díaz. Enfermero especialista en Geriatria y vocal de la Comisión Nacional de la especialidad. Subdirector de Gestión de Cuidados y de Enfermería del área Sanitaria IV.

## MESA REDONDA “ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y NUEVOS ENFOQUES”

### **PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y TECNOLOGIA BASADA EN REALIDAD VIRTUAL**

**Ana Isabel Corregidor Sánchez**

Profesora Facultad Ciencias de la Salud. Grado Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla la Mancha.

La población mundial mayor de 60 años se duplicará entre los años 2020 y 2050, alcanzando los 2000 millones de personas (1). Preservar la capacidad funcional de los adultos mayores es fundamental para que puedan disfrutar de una vida independiente y permanecer el máximo tiempo posible en la comunidad. Estudios recientes han demostrado que la práctica de ejercicio físico conjuntamente con otros factores como la alimentación o baja cotas de estrés son los mejores factores para un envejecimiento saludable (2). Por su parte, estilos de vida marcados por relaciones sociales satisfactorias y la realización de actividades que supongan retos cognitivos también han sido identificados como factores importantes para prevenir enfermedades neurológicas como la demencia (3).

Sin embargo, a pesar de la importancia reconocida por la población general de la práctica de ejercicio físico, se conoce que las personas mayores de 60 años no mantienen un hábito constante de actividad física (4), descendiendo su frecuencia en relación a otros grupos de edad. Entre los motivos que propician la falta de adherencia al ejercicio físico se han descrito barreras como la falta de disfrute con la actividad o la limitación de fuerza y movilidad (5). Parece necesaria la promoción de formas de ejercicio físico que resulten atractivas y que al mismo tiempo puedan adaptarse a las capacidades físico-funcionales y cognitivas de los adultos mayores.

Los avances tecnológicos aplicados a la salud pueden favorecer la práctica de ejercicio físico en formatos graduables y atractivos. El uso de la Realidad Virtual ha sido descrita como una tecnología accesible que puede ofrecer una alternativa a la práctica de ejercicio físico tradicional en personas adultas mayores sanas(6) que se caracteriza por utilizar simulaciones interactivas creadas con hardware y software que permite a los usuarios participar en entornos que parecen y se sienten similares a la vida real(7) .

El uso de realidad virtual a través de exergames o videojuegos activos ha experimentado un aumento considerable en las últimas décadas. La comercialización de consolas como Wii de Nintendo o el sensor Kinect de Xbox no solo han acercado la tecnología basada en realidad virtual a la población general, sino que han propiciado su uso con fines terapéuticos, como la mejora de la movilidad general en adultos mayores, la estimulación cognitiva o la prevención de caídas. El aumento de la producción científica al respecto ha generado múltiples revisiones sistemáticas sobre la efectividad de los exergames sobre la prevención de la discapacidad en el envejecimiento (8–10).

Uno de los principales déficit motores asociados al envejecimiento es la pérdida de movilidad y de control del equilibrio. Se estima que una de cada tres personas mayores de 65 años se cae una vez al año (11). El impacto de la caída no solo afecta al sistema motor, también tiene importantes repercusiones a nivel psicológico y social (12). El entrenamiento en la coordinación de varios segmentos corporales, en el reajuste corporal anticipatorio ante un acontecimiento inesperado (bordillo no percibido, escalón mas alto de lo esperado, etc.) y tareas duales pueden disminuir el riesgo de caídas (13,14). La versatilidad de los exergames basados en realidad ritual ofrece la posibilidad de diseñar actividades de tratamiento de entrenamiento físico ecológicas, que presenten desafíos similares a los presentes en la vida cotidiana.

El diseño de software de realidad virtual permite generar entornos reales (como un parque, una cocina o un supermercado) en los que pueden incorporarse actividades cotidianas que precisen de coordinación multisegmento y anticipación, capacidades necesarias para evitar accidentes y caídas. Neuman (15) encontró que el entrenamiento físico con ejercicios relacionados con las tareas diarias puede ayudar a mantener el estado físico y el estado de salud auto informado. Resultados similares fueron obtenidos en otros trabajos que utilizaron exergames comerciales en el entrenamiento de capacidades físicas con personas mayores (16–18).

En lo que se refiere a la esfera cognitiva, existen aplicaciones emergentes de realidad virtual que abordan el entrenamiento cognitivo centrándose principalmente en las habilidades de orientación espacial y en las funciones ejecutivas (19,20). Gamito (21)

encontró mejoría en la memoria visual, atención y flexibilidad cognitiva de los participantes en un programa entrenamiento virtual de actividades instrumentales de la vida diaria.

Estos beneficios, tanto físicos como cognitivos, apoyan la hipótesis de que programas de prevención basados en exergames de realidad virtual pueden contribuir a mejorar y/o mantener la situación física, funcional y cognitiva de adultos mayores promoviendo un envejecimiento saludable y activo.

## BIBLIOGRAFIA

1. OMS | Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. WHO. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
2. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29712712>
3. Prevention of Age-Related Cognitive Decline: Which Strategies, When, and for Whom? - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26401926>
4. Rivera - LOS HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS MA.pdf [Internet]. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: [http://oa.upm.es/4577/1/INVE\\_MEM\\_2008\\_61433.pdf](http://oa.upm.es/4577/1/INVE_MEM_2008_61433.pdf)
5. Sensory system function and postural stability in men aged 30–80 years: The Aging Male: Vol 13, No 3 [Internet]. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13685531003657826?journalCode=itam20>
6. Kamińska MS, Miller A, Rotter I, Szylińska A, Grochans E. The effectiveness of virtual reality training in reducing the risk of falls among elderly people [Internet]. Clinical Interventions in Aging. 2018 [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/the-effectiveness-of-virtual-reality-training-in-reducing-the-risk-of--peer-reviewed-article-CIA>
7. Weiss PL, Jessel AS. Virtual reality applications to work. Work. 1998;11(3):277-93.

8. Molina KI, Ricci NA, de Moraes SA, Perracini MR. Virtual reality using games for improving physical functioning in older adults: a systematic review. *J Neuroeng Rehabil.* 15 de noviembre de 2014;11:156.
9. Harris DM, Rantalainen T, Muthalib M, Johnson L, Teo W-P. Exergaming as a Viable Therapeutic Tool to Improve Static and Dynamic Balance among Older Adults and People with Idiopathic Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Aging Neurosci.* 2015;7:167.
10. Donath L, Rössler R, Faude O. Effects of Virtual Reality Training (Exergaming) Compared to Alternative Exercise Training and Passive Control on Standing Balance and Functional Mobility in Healthy Community-Dwelling Seniors: A Meta-Analytical Review. *Sports Med.* septiembre de 2016;46(9):1293-309.
11. Schoene D, Heller C, Aung YN, Sieber CC, Kemmler W, Freiberger E. <p>A systematic review on the influence of fear of falling on quality of life in older people: is there a role for falls?</p> [Internet]. *Clinical Interventions in Aging.* 2019 [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/a-systematic-review-on-the-influence-of-fear-of-falling-on-quality-of-peer-reviewed-article-CIA>
12. Laurence BD, Michel L. The Fall in Older Adults: Physical and Cognitive Problems. *Curr Aging Sci.* 2017;10(3):185-200.
13. Seidler RD, Bernard JA, Burutolu TB, Fling BW, Gordon MT, Gwin JT, et al. Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 16 de julio de 2019];34(5):721-33. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763409001596>
14. Stewart JC, Tran X, Cramer SC. Age-related variability in performance of a motor action selection task is related to differences in brain function and structure among older adults. *Neuroimage* [Internet]. 1 de febrero de 2014 [citado 16 de julio de 2019];86:326-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3896569/>
15. Neumann S, Meidert U, Barberà-Guillem R, Poveda-Puente R, Becker H. Effects of an Exergame Software for Older Adults on Fitness, Activities of Daily Living Performance, and Quality of Life. *Games for Health Journal* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 16 de julio de 2019];7(5):341-6. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/g4h.2017.0079>
16. Gomes GCV, Simões M do S, Lin SM, Bacha JMR, Viveiro LAP, Varise EM, et al. Feasibility, safety, acceptability, and functional outcomes of playing Nintendo Wii Fit Plus™ for frail older adults: A randomized feasibility clinical trial. *Maturitas.* diciembre de 2018;118:20-8.

17. Agmon M, Perry C, Phelan E, Demiris G, Nguyen H. A Pilot Study of Wii Fit Exergames to Improve Balance in Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* [Internet]. 1 de octubre de 2011 [citado 16 de julio de 2019];34(4):161-7. Disponible en: [insights.ovid.com](https://insights.ovid.com)
18. Heick J, Flewelling S, Blau R, Geller J, Lynskey J. Wii Fit and Balance: Does the Wii Fit Improve Balance in Community-Dwelling Older Adults? *Topics in Geriatric Rehabilitation* [Internet]. 1 de julio de 2012 [citado 16 de julio de 2019];28(3):217-22. Disponible en: [insights.ovid.com](https://insights.ovid.com)
19. Yeh S, Chen Y, Tsai C, Rizzo A. An innovative virtual reality system for mild cognitive impairment: Diagnosis and evaluation. En: 2012 IEEE-EMBS Conference on Biomedical Engineering and Sciences. 2012. p. 23-7.
20. JSG - Ecological Validity of Virtual Reality Daily Living Activities Screening for Early Dementia: Longitudinal Study | Tarnanas | *JMIR Serious Games* [Internet]. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <https://games.jmir.org/2013/1/e1/>
21. Gamito P, Oliveira J, Morais D, Coelho C, Santos N, Alves C, et al. Cognitive Stimulation of Elderly Individuals with Instrumental Virtual Reality-Based Activities of Daily Life: Pre-Post Treatment Study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. enero de 2019;22(1):69-75.

## MESA DE CLAUSURA: “DISCAPACIDAD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO”

### **BUSQUEDA DE MARCADORES DE SARCOPENIA EN COHORTE ASTURIANA DE ANCIANOS INDEPENDIENTES CON FRACTURA DE CADERA (Cohorte HIPA).**

**Potes Ya<sup>1</sup>, Solano JJB<sup>1</sup>, Gutierrez Jb<sup>1</sup>, Bermudez Mb<sup>1</sup>, Arche JMb<sup>1</sup>, Vega-Naredo Ia<sup>1</sup>, Caballero Ba<sup>1</sup>, Coto-Montes Aa<sup>1</sup>.**

<sup>a</sup>Departamento de Biología Celular y Morfología, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Av. Julián Clavería s / n, 33006, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup>Geriatric Service, Monte Naranco Hospital, Av. Dolores Fernández Vega 107, 33012, Oviedo, Asturias, Spain.

<sup>1</sup>Miembros del consorcio de investigación: cellular Response to Oxidative Stress (cROS)

**Palabras claves:** sarcopenia, fragilidad, autofagia, estrés del retículo, mitocondria

### **RESUMEN**

La sarcopenia es la pérdida gradual de la masa muscular esquelética, la fuerza y la calidad asociadas con el envejecimiento. Los cambios en la composición corporal, especialmente en el músculo esquelético y la masa grasa, son pasos cruciales en el desarrollo de dependencia. Estudiamos el efecto del sobrepeso en el tejido muscular esquelético en personas de edad avanzada sin alcanzar la obesidad para prevenir esta situación extrema, tratando de encontrar marcadores de fragilidad en el sobrepeso. Los resultados obtenidos mostraron que, en contra de lo que pudiera parecer, este sobrepeso ya es suficiente para disparar importantes daños a nivel muscular que sitúan a estas personas dentro del grupo de frágiles y predispuestas a alteraciones graves. Nuestros resultados mostraron un claro incremento del estrés oxidativo en las personas ancianas con sobrepeso debido a un desbalance de la defensa antioxidante que llevaría encadenado un incremento de la inflamación. Ambos procesos acabaron influyendo determinadamente en la síntesis de proteínas, aumentando la proporción de proteínas mal plegadas y provocando con ello un significativo desgaste muscular que no se vio reflejado a nivel sistémico. Nuestros datos apuntan, por tanto, a que los ancianos con sobrepeso, aun independientes, presentan muestras de sarcopenia incipiente.

### **INTRODUCCION**

El envejecimiento en la Unión europea es uno de los procesos más importantes que afecta a sus habitantes en términos sociales, sanitarios y económicos. La disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida transforman la forma de pirámide de edades de la UE aumentando la mediana de la edad. Este proceso puede llevar a un

incremento casi epidémico de las patologías asociadas al envejecimiento (osteoartrosis, demencia, fractura de cadera, enfermedad vascular...) que llevarán a la discapacidad y dependencia a un porcentaje altísimo de la población lo que conducirá a un gasto social y sanitario difícilmente asumibles para los gobiernos de los países avanzados. Sin embargo, esta predicción se basa en la creencia de que la morbilidad y el deterioro funcional son sucesos inevitables asociados al envejecimiento. Pero desde que James Fries desarrollo la hipótesis de la compresión de la morbilidad (Fries, 1980; Vita et al., 1998), la idea de que la dependencia y la ancianidad iban siempre de la mano comenzó a ser cuestionada. Por ello, la comprensión de la morbilidad o el retraso en el inicio de la discapacidad asociada, en este caso, al envejecimiento de la población, se han convertido en los objetivos más importantes de la geriatría, tanto a nivel clínico como de investigación.

Esta búsqueda del retraso de la capacidad nos ha permitido, en las últimas décadas, desarrollar el concepto de fragilidad (Fried, 1992) como una importante condición asociada al envejecimiento. La fragilidad se define como un síndrome biológico asociado a la edad, caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del declinar en múltiples sistemas fisiológicos que confieren al individuo una especial situación de riesgo frente a pequeñas agresiones siendo predictor de malos resultados (Walston y Fried, 1999). La base e importancia de la fragilidad es su capacidad de identificar sujetos frágiles, es decir con especial riesgo frente a posibles intervenciones ya que condiciona peor pronóstico.

Lamentablemente, es muy difícil la identificación de estos sujetos frágiles al ser múltiples los cambios fisiopatológicos que subyacen al desarrollo de la fragilidad. Así, alteraciones hormonales, inflamatorias, un aumento del estrés oxidativo, la enfermedad cardiovascular y la pérdida de masa muscular o sarcopenia han sido identificados como posibles mecanismos implicados en este síndrome.

La sarcopenia o pérdida de masa o calidad muscular (Butler, 1993) juega un papel central en el desarrollo de fragilidad ya que los mecanismos que favorecen el desarrollo de la sarcopenia se solapan con los mecanismos fisiopatológicos que disparan fragilidad (Roubenoff, 2000). La sarcopenia es un síndrome geriátrico que se define como la pérdida de masa, potencia y fuerza muscular que causa de forma gradativa en el anciano mayor dependencia funcional y discapacidad (Butler, 1993) incrementando el riesgo de caídas y/o fracturas, fundamentalmente fractura de cuello de fémur.

Si bien son muchos los estudios realizados a nivel sistémico sobre la situación inflamatoria y oxidativa que sufren los pacientes de sarcopenia y también abundantes los trabajos en animales modelo sobre los mecanismos envueltos en la patogénesis de la sarcopenia, muy escasos y deslavazados son los conocimientos a nivel local de los mecanismos envueltos en el desarrollo de sarcopenia en humanos.

En base a la problemática descrita, nuestro grupo ha estudiado en los últimos años cuales son los mecanismos moleculares y celulares que se alteran ante una situación de sarcopenia, con la intención de identificar parámetros que puedan informar previamente de la situación de riesgo y, por ello, de fragilidad, en la que se encuentre el paciente para poder actuar con antelación y retrasar el inicio de discapacidad y con ello de dependencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**3.1 Sujetos de estudio:** Desarrollamos la Cohorte HIPA (personas con fractura de cadera del Principado de Asturias) formada por 120 individuos, todos ellos mayores de 75 años, independientes, con baja comorbilidad, altamente independientes y no obesos. Ya que es conocido que pequeñas alteraciones provocan cambios importantes en las personas de esta franja poblacional, en dicha cohorte, decidimos estudiar comparativamente los cambios provocados por un sobrepeso en estos individuos aunque sin alcanzar nunca la obesidad con las personas que integraban dicha cohorte que presentaban normopeso.

A dichas personas que ingresaron en el Hospital Monte Naranco con fractura del cuello de fémur, una vez firmado el consentimiento informado, a estas personas, en el momento del ingreso se les recogió una muestra de sangre y se les realizó un extenso estudio epidemiológico. Durante la intervención quirúrgica, se les extrajo una muestra de 2 cm<sup>2</sup> del músculo *Vasto extenso* en la zona más alejada a la inflamación que se congeló inmediatamente a -80°C para llevar a cabo los estudios moleculares y celulares posteriormente.

### 3.2 Tratamiento de las muestras

Las muestras de sangre se obtuvieron mediante venopunción después de un ayuno nocturno y un descanso de 15 minutos por la mañana. Todas las muestras de sangre venosa se tomaron antes de las 10:00 am para excluir la variación circadiana. Las muestras de sangre se extrajeron en tubos Vacutainer que contenían EDTA para plasma (BD, NJ, EE. UU.). Después del procesamiento, el suero y el plasma se dividieron en partes alícuotas y se almacenaron a -80 ° C hasta un análisis adicional como se describió anteriormente (de Gonzalo-Calvo et al., 2012a; de Gonzalo-Calvo et al., 2012b; de Gonzalo-Calvo et al., 2012c).

Se homogeneizaron pequeñas piezas musculares (0,2 g) utilizando un homogeneizador Polytron a 4 ° C en 1 ml de tampón de lisis (tampón fosfato 50 mM (pH 7,5), NaF 1 mM, Na<sub>3</sub>VO<sub>4</sub> 1 mM, PMSF 1 mM, Triton-X al 0,1%). 100). Los homogeneizados de tejido se centrifugaron a 1500 g durante 6 minutos a 4°C y se recogieron los sobrenadantes.

La cantidad de proteína, tanto a nivel plasmático como muscular, se midió utilizando el método de Bradford (Bradford, 1976).

### 3.3. Estudios de estrés oxidativo a nivel muscular y sistémico

La actividad antioxidante total (TAA) se determinó utilizando el método del radical catiónico 2,2'-azino-bis (ácido 3-etilbenzotiazolina-6-sulfónico) (ABTS) [34,35]. Los resultados se expresan en equivalentes de mg equivalentes de Trolox / mg de proteína.

Las concentraciones de los productos finales de la cascada de peroxidación de lípidos, el aldehído malondialdehído reactivo (MDA) y 4-hidroxi-2- (E) -nonenal (4-HNE) se determinaron para medir el daño oxidativo de los lípidos (LPO). El contenido de MDA y 4-HNE en muestras de plasma y músculo se determinó utilizando un kit de ensayo LPO de Calbiochem (No. 437634, San Diego, CA, EE. UU.) basado en la condensación del cromógeno 1-metil-2-fenilindol con los MDA o 4-HNE (D. Gerard-Monnier, 1998) 1176-83. Los datos se expresan como nmol MDA + 4-HNE / g de proteína.

La actividad de la superóxido dismutasa (SOD; EC 1.15.1.1), basada en la inhibición de la autooxidación de hematoxilina en el compuesto coloreado hemateína, se midió en el homogeneizado de tejido muscular total de acuerdo con el método desarrollado por Martin y colaboradores (1987). Los datos se expresan en unidades SOD / mg de proteína. La actividad de la catalasa (CAT; EC 1.11.1.6) se ensayó en el músculo usando peroxidasa de hidrógeno (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) como sustrato de acuerdo con los métodos descritos previamente de Lubinsky y Bewley, que mide la descomposición de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, que se convierte en O<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>O (Lubinsky y Bewley, 1979) . Los resultados se expresan como  $\mu$ mol H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> / min mg de proteína.

### 3.4 Análisis bioquímicos

Todos los biomarcadores inflamatorios se midieron por duplicado utilizando Kit de ELISA (de Gonzalo-Calvo et al., 2012b). El promedio de las dos mediciones se utilizó en el análisis. Los niveles de interleucina-6 (IL-6) (Gen-Probe Diaclone SAS, Besancon Cedex, Francia) se analizaron en muestras de plasma y el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) (Invitrogen Corp., CA, EUA) fue medido en muestras de suero. Los datos se expresan como pg / g de proteína.

### 3.5 Electrotransferencia

Los homogeneizados de tejido muscular (50-100  $\mu$ g de proteína por muestra) se mezclaron con tampón de muestra Laemmli (BioRad Laboratories, Inc., CA, EE. UU.) y se desnaturalizaron hirviendo a 100 ° C durante 5 min. Las muestras se fraccionaron utilizando SDS-PAGE a 100 V. Después de la separación, la proteína se transfirió a membranas de fluoruro de polivinilideno a 100 V (Immobilon TM-P; Millipore Corp., MA, EE. UU.). Se encontraron variaciones en los niveles de las proteínas habitualmente utilizadas como marcadores de carga (GAPDH,  $\beta$ -actina y  $\alpha$ -tubulina), por lo que se usó la tinción de Ponceau S para asegurar una carga igual. Las membranas se bloquearon durante 1 hora a temperatura ambiente en leche desnatada al 10% (p / v) disuelta en solución salina tamponada con Tris (TBS) (Tris / HCl 50 mM (pH 7,5) y NaCl 150 mM, pH 7,5). Posteriormente, las membranas se incubaron con los respectivos anticuerpos

primarios: ATF6 $\alpha$  (sc-22799, Santa Cruz Biotechnology, Texas, EE. UU.); IRE1 $\alpha$  (3294, Cell Signaling); anti-p-eIF2 $\alpha$  (3398, Cell Signaling). Todos los anticuerpos se diluyeron en tampón TBS que contenía leche desnatada al 2% (p / v) para alcanzar su concentración ideal. Después de tres lavados de 10 minutos en TBS-T (Tris / HCl 50 mM (pH 7,5), NaCl 150 mM y Tween-20 al 0,05%), las membranas se incubaron con el correspondiente anticuerpo secundario conjugado con peroxidasa de rábano (Sigma-Aldrich, Misuri, EE. UU.), que se diluyó en tampón de TBS que contenía leche desnatada al 2% (p / v), durante 1 hora a temperatura ambiente seguido de tres lavados de 10 minutos en TBS-T. Las membranas se revelaron utilizando un sustrato de peroxidasa de rábano quimioluminiscente (WBKLS0500, Millipore Corp., Darmstadt, Alemania) de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Los niveles de proteínas se analizaron cuantitativamente con el software Image Studio Lite 3.1.4 (LI-COR Biosciences, Nebraska, EE. UU.)

### 3.6 Análisis estadísticos

Para todos los análisis estadísticos se utilizó el paquete de software estadístico SPSS 20.0.0 para Macintosh (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). Los datos se expresan como la media y el error estándar de la media (SEM). La normalidad de los datos se analizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Dependiendo de la normalidad, las variables se compararon entre los grupos mediante una prueba T o una prueba U de Mann-Whitney para las variables continuas. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ya que, siguiendo la definición de fragilidad, es conocido que pequeñas alteraciones provocan cambios importantes en las personas mayores de 75 años, incluso siendo aparentemente independientes, en la cohorte HIPA, decidimos estudiar comparativamente los cambios provocados por el sobrepeso presente en algunos de estos individuos, aunque sin alcanzar nunca la obesidad, con las personas que integraban dicha cohorte que presentaban normopeso.

### 4.1 Estrés oxidativo e inflamación

Nuestros resultados mostraron, primeramente, una clara alteración en la actividad de los principales enzimas antioxidantes, con un significativo incremento de SOD ( $p < 0,05$ ), al tiempo que la CAT se mantenía estable (Tabla 1). Así, fue evidente la alteración en el balance de actividad de dichos enzimas, hasta el punto de que su pérdida de la actividad balanceada acabó induciendo un daño oxidativo patente en el estudio de la lipoperoxidación lipídica que mostraba un incremento significativo del daño muscular en las personas con sobrepeso en comparación con las de normopeso ( $p < 0,05$ ) (Tabla 1). El balance en la actividad entre los enzimas SOD y CAT debe mantenerse estable si

queremos que la actividad antioxidante sea eficiente (Tomas-Zapico et al., 2002). Si, como es nuestro caso, se incrementa la actividad del primero de ellos sin que vaya acompañado de un incremento equivalente del segundo, este desequilibrio conduce inexorablemente a una sobreproducción del radical hidroxilo disociado del peróxido de hidrógeno, producto de la SOD y que la CAT no ha sido capaz de neutralizar. Este radical hidroxilo actuará, por lo tanto, incrementando la peroxidación lipídica en las fibras musculares. En general, nuestros resultados sugieren que las fibras musculares de personas con sobrepeso están expuestas crónicamente a lesiones oxidativas.

Esta afectación oxidativa observada a nivel muscular no se vio, sin embargo, reflejada a nivel sistémico, ya que el estudio de la AAT reflejó un incremento significativo de la misma en individuos con sobrepeso ( $p < 0,05$ ) que fue suficiente para neutralizar el posible incremento de especies reactivas de oxígeno al no observarse ningún daño oxidativo en el plasma de los individuos estudiados a nivel de LPO (Tabla 1). Estos datos nos indican, ya primeramente, que el estudio a nivel sistémico solo mostraría alteraciones muy importantes musculares lo que privaría del descubrimiento de las fases previas de disparo de la afectación local, las cuales son esenciales, sobre todo, a la hora de buscar marcadores predictivos que deban ser identificados de forma temprana (Tosato et al., 2017).

#### **4.2 Estrés del Retículo**

Los resultados inflamatorios siguieron el camino iniciado por el estrés oxidativo mostrando un estado inflamatorio mayor en pacientes con sobrepeso. Así, se detectaron niveles significativamente mayores de la citoquina IL-6 en el músculo de pacientes con sobrepeso ( $p < 0,01$ ), mientras que para TNF- $\alpha$  los valores se mantuvieron estables en ambos grupos de estudio (Tabla 2). Estos datos apoyan los previamente publicados por nuestro grupo en el que demostrábamos que la IL-6 es un óptimo marcador de procesos agudos en personas mayores, mientras que TNF- $\alpha$  se mantiene a lo largo del envejecimiento, como si de un proceso crónico se tratase (de Gonzalo-Calvo et al., 2012).

Debido a que un desequilibrio del estrés oxidativo puede promover la descomposición de las proteínas y la generación de proteínas mal plegadas, se realizaron análisis adicionales para determinar si la respuesta a proteínas mal plegadas se activó en pacientes con sobrepeso. Por lo tanto, se realizaron estudios de electrotransferencia para estudiar las proteínas principales involucradas en las tres vías de estrés del retículo endoplásmico. Aunque no se detectaron alteraciones significativas en la vía de fosforilación de eIF2 $\alpha$  (p-eIF2 $\alpha$ ) (Tabla 3), sí que se pusieron de manifiesto incrementos en los niveles tanto de IRE1 $\alpha$  como de ATF6 $\alpha$  ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  respectivamente; Tabla 3). Cada vía de señalización de respuesta de proteína desplegada informa sobre diferentes respuestas celulares a proteínas mal plegadas; por lo tanto, estas respuestas divergentes observadas aquí deben considerarse cuidadosamente para comprender el impacto del sobrepeso en el mantenimiento de un entorno productivo de plegamiento de proteínas del retículo endoplasmático (ER).

Varios estudios han asociado el estrés oxidativo y las alteraciones de las citoquinas con alteraciones en la síntesis y degradación de proteínas, y han considerado el estrés ER como una de las vías principales implicadas en la degradación de proteínas durante el desgaste muscular relacionado con la edad (Deldicque, 2013; Isaac et al., 2015). En consecuencia, encontramos que los pacientes ancianos con sobrepeso presentaban altos niveles de peroxidación lipídica y respuestas inflamatorias que probablemente fueron los inductores de un estrés del RE que dificultó la correcta síntesis de proteínas. Este grupo de personas de edad activó, por ello, fundamentalmente dos vías de respuesta a proteínas mal plegadas: IRE1 y ATF6 $\alpha$ . Estas vías se inician principalmente para aumentar la expresión de los genes de citoquinas proinflamatorias y la respuesta de degradación de proteínas, como es el caso de IRE1, y los genes de biosíntesis de antioxidantes, lípidos y chaperonas, que es el caso de ATF6  $\alpha$  (Cnop et al., 2012; Mei et al., 2013). Si bien se acepta que la vía mediada por la fosforilación de eIF2 $\alpha$  implica una activación de los factores de transcripción implicados en la respuesta antioxidante, esta respuesta podría ser aliviada por los altos niveles de ATF6  $\alpha$ .

Nuestros hallazgos mejoran la comprensión de las alteraciones relacionadas con el sobrepeso a nivel celular y sus efectos en el rendimiento del músculo esquelético en la población de edad avanzada. Por lo tanto, el sobrepeso induce, en el músculo esquelético de personas de edad avanzada, una situación de ER y estrés oxidativo que conduce a una acumulación de proteínas mal plegadas. Esto nos lleva a pensar que en estos individuos se cumplen las características necesarias que les definen como personas frágiles, las cuales, aun cuando son completamente independientes y aparentemente sanas, una pequeña alteración, como es el sobrepeso, induce una serie de cambios a nivel celular que les sitúa en una sarcopenia incipiente. Esta situación puede ser fácilmente revertida con tratamientos sencillos como dietas y ejercicios, retrasando e principio de la dependencia en dichos individuos. Para ello, estudios como el realizado que nos indican los mecanismos afectados, son esenciales en la búsqueda de marcadores como pueden ser el estrés oxidativo y las rutas de respuesta a proteínas mal plegadas.

## BIBLIOGRAFIA

Bradford M.M. (1976) A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding, *Analytical biochemistry* 72, pp. 248-254.

Cnop M., Foufelle F., Velloso L.A. (2012) Endoplasmic reticulum stress, obesity and diabetes, *Trends in molecular medicine* 18(1), pp. 59-68.

Butler RN. (1993) Did you say 'sarcopenia'? *Geriatrics*. ,48(2), pp.11-12.

de Gonzalo-Calvo D., de Luxan-Delgado B., Martinez-Cambolor P., Rodriguez-Gonzalez S., Garcia-Macia M., Suarez F.M., Solano J.J., Rodriguez-Colunga M.J., Coto-Montes A.

(2012a) Chronic inflammation as predictor of 1-year hospitalization and mortality in elderly population, *European journal of clinical investigation* 42(10), pp. 1037-1046.

de Gonzalo-Calvo D., de Luxan-Delgado B., Rodriguez-Gonzalez S., Garcia-Macia M., Suarez F.M., Solano J.J., Rodriguez-Colunga M.J., Coto-Montes A. (2012b) Interleukin 6, soluble tumor necrosis factor receptor I and red blood cell distribution width as biological markers of functional dependence in an elderly population: a translational approach, *Cytokine* 58(2), pp. 193-198.

de Gonzalo-Calvo D., de Luxan-Delgado B., Rodriguez-Gonzalez S., Garcia-Macia M., Suarez F.M., Solano J.J., Rodriguez-Colunga M.J., Coto-Montes A. (2012c) Oxidative protein damage is associated with severe functional dependence among the elderly population: a principal component analysis approach, *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 67(6), pp. 663-670.

Deldicque L. (2013) Endoplasmic reticulum stress in human skeletal muscle: any contribution to sarcopenia?, *Frontiers in physiology* 4, pp. 236.

Fried LP. (1992) Conference on the physiologic basis of frailty. April 28, 1992, Baltimore, Maryland, U.S.A. Introduction. *Aging (Milano)*, 4(3), pp. 251-252

Fries JF. (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med.* , 303(3), pp.130-135.

Gerard-Monnier D., Erdelmeier I., Regnard K., Moze-Henry N., Yadan J.C., Chaudiere J. (1998) Reactions of 1-methyl-2-phenylindole with malondialdehyde and 4-hydroxyalkenals. Analytical applications to a colorimetric assay of lipid peroxidation, *Chemical research in toxicology* 11(10), pp.1176-1183.

Isaac S.T., Tan T.C., Polly P. (2015) Endoplasmic Reticulum Stress, Calcium Dysregulation and Altered Protein Translation: Intersection of Processes that Contribute to Cancer Cachexia Induced Skeletal Muscle Wasting, *Current drug targets* 17(10), pp.1140-1146

Lubinsky S., Bewley G.C. (1979) Genetics of Catalase in DROSOPHILA MELANOGASTER: Rates of Synthesis and Degradation of the Enzyme in Flies Aneuploid and Euploid for the Structural Gene, *Genetics* 91(4), pp. 723-742.

Martin J.P.Jr., Dailey M., Sugarman E. (1987) Negative and positive assays of superoxide dismutase based on hematoxylin autoxidation, *Archives of biochemistry and biophysics* 255(2), pp. 329-336.

Mei Y., Thompson M.D., Cohen R.A., Tong X. (2013) Endoplasmic Reticulum Stress and Related Pathological Processes, *Journal of pharmacological & biomedical analysis* 1(2), pp. 1000107.

Tomás-Zapico C, Martínez-Fraga J, Rodríguez-Colunga MJ, Tolivia D, Hardeland R, Coto-Montes A. (2002) Melatonin protects against delta-aminolevulinic acid-induced oxidative damage in male Syrian hamster Harderian glands. *Int J Biochem Cell Biol.* 34(5), pp.544-553

Tosato M, Marzetti E, Cesari M, Saveria G, Miller RR, Bernabei R, Landi F, Calvani R. (2017) Measurement of muscle mass in sarcopenia: from imaging to biochemical markers. *Aging Clin Exp Res.* 29, pp.19-27.

Roubenoff R. (2000) Sarcopenia: a major modifiable cause of frailty in the elderly. *J Nutr Health Aging.* , 4(3), pp.140-142.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. (1998) Aging, health risks, and cumulative disability. *N Engl J Med.*, 338(15), pp.1035-1041.

Walston J, Fried LP. (1999) Frailty and the older man. *Med Clin North Am.*, 83(5), pp.1173-1194.

## FIGURAS Y TABLAS

**Tabla 1**

	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Valor de p</b>	<b>Significación</b>
<b>AAT en plasma</b>	2.5 ± 0.2	3.5 ± 0.3	0.7906	ns
<b>LPO en plasma</b>	207.1 ± 7.7	224.1 ± 1.7	0.317	ns
<b>SOD (U/grs. prot.) en músculo</b>	160.4 ± 10.1	197.2 ± 12.5	0.0265	*
<b>CAT (µmoles H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>/mg prot*min) en músculo</b>	0.7 ± 0.05	0.6 ± 0.06	0.6104	ns
<b>LPO (nmol MDA + 4-HNE/g prot) en músculo</b>	13214.3 ± 926.6	17146.1 ± 1236.0	0.0137	*

**Tabla 1:** Estrés oxidativo a nivel sistémico y muscular. Cada fila muestra la media y desviación típica obtenida para ancianos con normopeso vs ancianos con sobrepeso. Las abreviaturas de cada columna indican AAT: Actividad antioxidante total; LPO: Lipoperoxidación; SOD: Superóxido Dismutasa; CAT: Catalasa, indicándose en cada

caso sus unidades respectivas. La significación estadística se presenta con asteriscos siendo \*:  $p < 0.05$ , \*\*:  $p < 0.01$ ; \*\*\*:  $p < 0.001$ .

**Tabla 2**

	Normal	Sobrepeso	Valor de p	Significación
<b>TNF-<math>\alpha</math></b> (pg/mg prot)	22.6 $\pm$ 1.1	24.2 $\pm$ 1.5	0.4025	ns
<b>IL-6</b> (pg/mg prot)	10.0 $\pm$ 1.1	16.7 $\pm$ 1.6	0.0016	**

**Tabla 1:** *Inflamación muscular. Cada fila muestra la media y desviación típica obtenida para ancianos con normopeso vs ancianos con sobrepeso. Las abreviaturas de cada columna indican TNF- $\alpha$ : Factor de Necrosis Tumoral  $\alpha$ ; IL-6: Interleuquina 6, indicándose en cada caso sus unidades respectivas. La significación estadística se presenta con asteriscos siendo \*:  $p < 0.05$ , \*\*:  $p < 0.01$ ; \*\*\*:  $p < 0.001$ .*

**Tabla 3**

	Normal	Sobrepeso	Valor de p	Significación
<b>p-eIF2</b> (O.D. arbitrary units)	62.6 $\pm$ 5.5	67.0 $\pm$ 6.2	0.6067	ns
<b>IRE1</b> (O.D. arbitrary units)	475.2 $\pm$ 54.5	691.2 $\pm$ 70.6	0.0235	*
<b>ATF6</b> (O.D. arbitrary units)	32.3 $\pm$ 3.7	57.8 $\pm$ 4.8	0.0002	***

**Tabla 3:** *Respuesta al Estrés del Retículo. Cada fila muestra la media y desviación típica obtenida para ancianos con normopeso vs ancianos con sobrepeso. Las abreviaturas de cada columna indican p-eIF2 $\alpha$ : factor de iniciación eucariota 2 $\alpha$  fosforilado; IRE1: inositol-requiring protein 1 $\alpha$ ; ATF6: Factor de transcripción activador 6, indicándose en cada caso sus unidades respectivas. La significación estadística se presenta con asteriscos siendo \*:  $p < 0.05$ , \*\*:  $p < 0.01$ ; \*\*\*:  $p < 0.001$ .*

## RESUMENES DE PÓSTERES

---

### **UN CASO DE ÉXITO: INTRODUCCIÓN POR PROFESIONAL DEL DERECHO DE TÉCNICAS FACILITADORAS DE LA COMPRENSIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS**

**Ana María Castro-Martínez**

Doctoranda UNED.

#### **Palabras Clave/Keywords**

Persona facilitadora, lectura fácil, lenguaje sencillo, apoyos, toma de decisiones

#### **RESUMEN/ ABSTRACT**

Objetivo Analizar la introducción en el ámbito jurídico, desde un despacho de abogad@s, de distintas técnicas facilitadoras de la comprensión de textos/procedimientos para personas > 65 años.

Metodología Se desarrolla con 20 personas >65 en 2018, voluntario, documento de protección de datos, son clientes de un despacho de abogad@s de Pontevedra, saben leer y escribir, con deterioro cognitivo leve/moderado, necesitan apoyos por dificultad del lenguaje jurídico, complejidad de procedimientos administrativos/judiciales o por su deterioro cognitivo.

Se utilizaron las técnicas: explicativo de viva voz individual, adaptación de textos a lenguaje sencillo, adaptación a lectura fácil, persona facilitadora, sesiones conjuntas explicativas. Se aplicaron para alcanzar el entendimiento del procedimiento jurídico, con pleno conocimiento en la toma de decisiones. Se eligieron las técnicas dependiendo del nivel cognitivo apreciado.

En cuestionario se recogió la valoración de satisfacción personal: autoestima, toma de decisiones en libertad/pleno conocimiento, independencia, comprensión.

#### **Resultados**

16 mejoraron su autoestima 80%, 12 consideran que la toma de decisiones se realiza en libertad/pleno conocimiento 60%, 14 que actúan con independencia 70%, 18 entienden el texto/procedimiento 90%

## CONCLUSIONES

Se deduce que si introducimos técnicas facilitadoras en el ámbito jurídico para > 65 años con deterioro cognitivo leve/moderado, las dificultades de comprensión decrecen siendo estos apoyos necesarios para la toma de decisiones.

Con deterioro cognitivo, las dificultades de entendimiento aumentan (barreras) por lo que deben aplicarse técnicas para ayudarles. La mayoría consideran que toman las decisiones con mayor libertad, pleno conocimiento e independencia al comprender el procedimiento. Casi la totalidad han entendido el texto tras aplicar distintas técnicas.

Se infiere que la satisfacción es mayor cuanto mayor es la carencia cognitiva, por tanto, cuanto más elevado es el deterioro cognitivo más necesidad de emplear estas técnicas que aumentan la calidad de vida.

Se constata que es una buena práctica por los beneficios que reporta.

## BIBLIOGRAFÍA

- García Muñoz, Ó. (2012). Lectura fácil: métodos de redacción y evaluación. Real Patronato sobre Discapacidad; Retrieved from Riberdis <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4146>.
- Ocampo González, Aldo (2015). Lectura para todos. El aporte de la lectura fácil como vía para la equiparación de oportunidades. Chile. Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva y Asociación Española de Comprensión Lectora.
- Pazmiño Granizo, Ernesto (2011). Las 100 Reglas de Brasilia. Quito. Defensoría Pública. ISBN 9789942110688
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

## ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIONES ASISTIDAS CON PERRO EN EL ENVEJECIMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Beatriz Molina Rebollo, Elian Suárez Fernández, Ángela Herrería Díaz-Palacios, Asociación Entrecanés Asturias.

**Palabras clave:** perros, discapacidad intelectual, IAA, EAA

### INTRODUCCIÓN

Se han desarrollado 24 sesiones semanales y grupales de 45 minutos, con un usuario de 69 años con discapacidad intelectual, residente en un centro de personas con discapacidad. Manifiesta sintomatología derivada del proceso de envejecimiento, fundamentalmente discurso vacío y alteraciones conductuales.

Dentro de las Intervenciones Asistidas con Animales este proyecto pertenece a Educación Asistida con Animales, definida como una intervención con objetivos educativos, planificada y estructurada, desempeñada por un profesional educativo. (IAHIO, 2013). Bosard (1940) (citado en Fine, 2000), y Beck y Katcher (1983) sugirieron que los animales podían promover la salud física y mental, ofrecer compañía e incluso proporcionar terapia. Edney (2003) afirmaba que los perros pueden ser un estímulo que ayuda a personas con discapacidad.

### MÉTODO

Como se indica en la figura 1 las sesiones se estructuran en base a la metodología de IAA denominada de cuatro puntas.



Figura 1: Metodología de las cuatro puntas

Se ha realizado un cuestionario elaborado ad hoc, compuesto de ítems cuantitativos (conductas desadaptativas, interacciones espontáneas con el perro) y cualitativos (alteraciones conductuales, interacciones y participación).

## RESULTADOS

Los datos del gráfico 1 indican un 89% de participación espontánea, además se ha registrado solamente una sesión con conductas disruptivas.



Gráfico 1: Índice de discurso vacío reconducible y no reconducible

En base a los datos del gráfico 2 junto con un 60% de interacciones espontáneas con el perro y una sesión con conductas disruptivas se observa alto nivel de motivación por la intervención, aspecto que influye positivamente en la intervención.



Gráfico 2: Tipo de participación

## REFERENCIAS

- Aguado Díaz, A. L. y Alcedo Rodríguez, M. A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1192>

- Bechk, A. M., Seraydarian, L. y Hunter, G. F. (1986). "The use of animals in therehabilitation of psychiatricinpatients". *PsychologicalReports*, 8, 63-66.
- Fine, A. H. (2000). *Animals and therapists: Incorporatinganimals in outpatientpsychotherapy*. En
- A.H. Fine (Ed.), *Handbookon animal-assistedtherapy: Theoreticalfoundations and guidelinesforpractice* (pp. 179-211). San Diego, CA, US: AcademicPress
- IAHAIO. (2019). *White Paperon Animal-AssistedInterventions / IAHAIO*. [online] Recuperado det: <http://iahaio.org/best-practice/white-paper-on-animal-assisted-interventions/>
- Katcher, A. H., Friedmann, E., Beck, A. M., y Lynch, J. J. (1983). Looking, talking and bloodpressure: Thephysiologicalconsequences of interactionwiththe living environment. *New perspectivesonourliveswithcompanionanimals*, 351-359
- Schencke, C. yFarkas, C. (2012). Estudio de la vinculación que tienen los niños y niñas escolares con sus perros y los efectos socioemocionales de este vínculo. *The bond between school-age children and their dogs, and the socioemotional effects of this bond*. *Summa Psicológica UST*, 9 (1), 23-32.
- Serpell, J. A. (1996). Evidenceforanassociationbetweenpetbehavior and ownerattachmentlevels. *Applied Animal BehaviourScience*, 47(1-2), 49-60. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/618785190?accountid=14777>
- Vanfleet, R. yFaa-Thompson, T. (2010). The case for using animal assisted play therapy. *Bri. J. Play Therapy*, 6, 4-18.

## **DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS**

**David Quirós Nieto, Elena Nieto Viyella, Javier González González, Andrea Álvarez Méndez.**

**Palabras clave:** desnutrición, envejecimiento, conducta alimentaria, salud del anciano no institucionalizado.

### **INTRODUCCIÓN**

La desnutrición es el estado patológico que resulta del consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales. Se manifiesta clínicamente por pruebas bioquímicas de laboratorio y antropométricas.

Considerando que los factores psicosociales son de vital importancia en la alimentación del anciano, éste es uno de los principales grupos de riesgo que pueden desarrollar problemas nutricionales.

La población anciana es el sector de mayor crecimiento en el mundo desarrollado. Los objetivos de esta investigación son conocer la prevalencia y la tipología de la malnutrición en este grupo de población, detectar qué factores influyen en su malnutrición y valorar si los factores psicosociales son predominantes en la malnutrición de los ancianos.

Constituyen un colectivo con diferentes situaciones de riesgo nutricional: fisiológicos, propios del proceso de envejecimiento, estado socio-económico y familiar, y patologías con la consecuente polimedicación. Todo ello contribuye a que sea un grupo poblacional con un especial riesgo de desnutrición.

### **OBJETIVOS**

- Detectar los factores que afectan a la nutrición en los ancianos.
- Concienciar a nivel de Atención Primaria para el establecimiento de tareas preventivas hacia la malnutrición del anciano.
- Detectar qué factores influyen en la malnutrición de los ancianos.
- Conocer la prevalencia y la tipología de la malnutrición en ancianos.
- Detectar qué factores influyen en la malnutrición de los ancianos.

- Detectar si los factores psicosociales son predominantes en la malnutrición de los ancianos.

## MÉTODO

La recogida de la información se llevó a cabo utilizando un cuestionario específico que fue aplicado al paciente por personal de enfermería y que consta de tres partes:

- Un formulario que recoge datos personales: edad, sexo, talla, peso, nivel de instrucción, estado civil, si habita solo o acompañado y enfermedades que presenta.
- Un método de screening nutricional validado que se utiliza para determinar el riesgo de malnutrición. Consta de nueve preguntas, a cada una de las cuales se le asigna una puntuación. Si la respuesta es afirmativa se marca con un aspa y la suma de todas las respuestas señaladas da lugar a la puntuación total del test. Los valores obtenidos permiten identificar a los sujetos malnutridos (resultado  $\geq 17$  puntos), a los individuos con un riesgo probable de malnutrición (entre 7 y 16 puntos) y a los que no presentan riesgo de malnutrición (puntuación total entre 0 y 6 puntos). Este test tiene un valor predictivo positivo del 95% y negativo del 81%.
- Se realizará una encuesta a todos los pacientes mayores de 65 años en el centro correspondiente para determinar el estado nutricional. Se utilizará el MNA (Mini Nutritional Assessment) ya que se ha mostrado más apropiado (frente al NSI utilizado en ancianos sanos) en ancianos ingresados en hospitales y residencias o simplemente en ancianos frágiles; además de tener en cuenta el ítem pérdida de apetito. Es un test validado para detectar distintos grados de riesgo de desnutrición y que está formado por 18 preguntas que valoran parámetros antropométricos, médicos, dietéticos y de autopercepción de salud y nutrición. La puntuación máxima es de 30 puntos; las puntuaciones  $\geq 24$  determinan un buen estado nutricional; entre 17 y 23,5 indican riesgo de desnutrición y valores  $< 17$  determinan desnutrición. Para la cumplimentación de la encuesta se estará con el paciente para el posible surgimiento de dudas y evitar así un sesgo. Además de la encuesta, se tomarán algunas medidas antropométricas más, con un calibrador Holtain (precisión  $\pm 0,2$  mm), que serán el pliegue tricípital y el perímetro

abdominal. A partir de estas dos, hallaremos el área muscular del brazo y el perímetro magro.

Asimismo, se recogerán datos sobre el estado marital, ingresos, nivel de educación, situación familiar, historia de enfermedades actuales, medición de la autonomía del paciente para realizar las AIVD y ABVD, alteraciones sensoriales, incapacidad para la adquisición y preparación de alimentos, vivir solo, tipo de vivienda, alteraciones psicológicas (trastornos de ansiedad y síndromes depresivos), con quién convive y consumo actual y pasado de tabaco y alcohol. Se realizará un cuestionario que se validará posteriormente para la recogida de datos de los factores psicosociales. La posibilidad de realizar extracciones sanguíneas es una puerta que dejamos abierta a futuros trabajos, debido a la no clara relación de la mayoría de los parámetros analíticos con la desnutrición específicamente en ancianos. La concentración sérica de prealbúmina como la de proteína ligada al retinol han demostrado ser los parámetros más sensibles en el diagnóstico de desnutrición proteico-energética; sin embargo, su determinación no se realiza en la práctica habitual. Al no realizarse en la práctica habitual, su determinación supondría un elevado gasto, ya que se pretendía recoger estos datos de la historia clínica. Además, la correcta medida de la ingesta proteico-energética permite detectar tempranamente a personas con riesgo de desnutrición.

## **RESULTADOS**

De las 50 personas incluidas en el estudio, 27 (54%) son mujeres y 23 (46%) varones. Tienen una edad media  $\pm$  desviación estándar de  $76,9 \pm 0,94$ , un índice de masa corporal (IMC) de  $24,22 \text{ Kg/m}^2 \pm 0,52$  y presentan un buen nivel de autonomía.

El 12% de los encuestados vive solo en su domicilio, el 60% habitan acompañados del cónyuge, el 26% de otros familiares, y sólo el 2% convive con personas que no son familiares.

Respecto al estado civil, están casados el 68%, viudos el 30%, separados el 2%, no encontrándose ninguno soltero.

En relación al nivel de educación, cursaron estudios de primaria el 54%; estudios primarios incompletos el 28%; poseen el grado de bachiller el 8%; no leen ni escriben el 6%, y son universitarios el 4%.

Entre las enfermedades asociadas al envejecimiento se observa una mayor prevalencia en la hipertensión arterial en un 48% de la población considerada, seguida de la cardiopatía 34%, hipercolesterolemia 30%, diabetes mellitus 24%, y alteraciones neurológicas 24%. Las patologías menos prevalentes son la EPOC y la nefropatía, ambas con un 12%.

Refiriéndose, por último, al test realizado a cada anciano para detectar el riesgo de desnutrición, se aprecia que el 66% de los sujetos considerados en el estudio presenta bajo riesgo de desnutrición, el 24% presenta riesgo probable de desnutrición, y el 10% está desnutrido.

## CONCLUSIONES

- La malnutrición-desnutrición es un trastorno nutricional que está presente en la población anciana estudiada.
- Es importante detectar de forma fácil y rápida tanto el riesgo como la presencia de desnutrición para poder establecer las medidas oportunas.
- Se pone de manifiesto una vez más el papel que la educación nutricional puede desempeñar en este tipo de población que cada vez es más numerosa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo-Fernández, J. et al. (1998). Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC 1998; 1: 43-52.
- Audibert, L. et al. (1988). Nutrición y envejecimiento. Tiempos Médicos/Nutrición en Geriátría 1988; Sept: 6-12.
- Bolibar, I. et al. (1996). Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el "Mini Nutritional Assesment" (MNA). Rev. Gerontol., 1996;6:3 19-28.

- Casimiro Peytaví, C. et al. (2001). Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. *Nutr Hosp.* 2001;XVI(3): 97-103.
- Chacón, B. et al. (1992). Importancia de la encuesta dietética en la detección temprana de desnutrición en el anciano. *Med. Clín.*, 1992;98(7):250-253.
- Delgado Porres, I. et al. (2006). ¿Están nuestros ancianos desnutridos? Valoración del estado nutricional. *Rev Rol-Enf* 2006;29(1):28-36.
- Fernández, X. Et al. (2008). Pérdida de apetito en ancianos no institucionalizados y su relación con su capacidad funcional. *Medicina Clínica*, 2008;130(14):5 3-31.
- García Peris, P. et al. (2000). Valoración nutricional en el anciano: aspectos prácticos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 2000;35 S4:2-8.
- García-Talavera, N. et al. (2006). Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Nutr Hosp* 2006;21(6): 6 6-50.
- Muñoz Cobos, F. et al. (2005). Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria. *Aten. Prim.*, 2005; 35(9):4 5-60.
- Muñoz, E. et al. (2001). Dificultad de las personas mayores de 65 años que viven solas para abastecerse de alimentos. *Enfermería Clínica*, 2001; 7(2):9-80.
- Nogués, R. (1995). Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica*, 1995; XV/79(2): 39-44.
- Pinyol Martínez, M. et al. (2004). Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2004;34(5):238-43.

## **ENVEJECIMIENTO Y TEA EN APNABI: GENERANDO CONOCIMIENTO Y ACCIONES.**

**Javier Gómez García.**

APNABI.

### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, desde APNABI venimos observando cómo algunos usuarios de servicios sufren cambios a nivel físico y cognitivo que no podemos explicar con exactitud, y que son valorados como una regresión en sus competencias y habilidades, sin que se produzcan hechos externos que expliquen estos cambios. Existe un denominador común en estas situaciones, y es que todas las personas se encuentran en una franja de edad comprendida entre los 40 - 50 años.

En 2017, iniciamos un Grupo de Trabajo con varios objetivos: generar y transmitir conocimiento al equipo de atención directa sobre estudios y artículos relacionados con el tema, crear herramientas prácticas que de búsqueda de indicadores de Envejecimiento, realizar un estudio de necesidades de personas con TEA y sus familias en procesos de Envejecimiento, y posteriormente a ese estudio de necesidades, generar los protocolos y procedimientos internos para responder a dichas necesidades con la mayor calidad posible. A continuación, detallo un pequeño avance de los resultados obtenidos (sobre las necesidades e indicadores sobre personas con TEA, por profesionales y familias) hasta la fecha.

“Estudio: Necesidades percibidas por profesionales y familias en relación al envejecimiento de las personas con TEA (avance de resultados)”

A. En APNABI somos: 1.111 personas socias:

- -Edad media: 19,1 años
- -74 personas mayores de 40 años (6,60% del total).

## **METODOLOGÍA.**

Cuestionarios enviados a profesionales de atención directa y a familias con familiares con 40 años o más. Participan 47 profesionales y 40 personas con TEA. También participan 16 familias.

## **RESULTADOS**

Cuestionario Necesidades percibidas por profesionales en relación al Envejecimiento de personas residentes en Hogares y Centros Atención Diurna:

- 40 personas con TEA, edad media 43,25 años. De los cuales, son mayores de 40 años: 24.
  - 57,5% no presentan indicadores de Envejecimiento.
  - Media de edad de las personas que presentan indicadores de Envejecimiento: 43,5 años.
- 
- Indicadores de envejecimiento físico más observados: Sensación de cansancio, Aumento de peso - obesidad, Pérdida de movilidad/equilibrio/estabilidad, y Dificultades para conciliar el sueño.
  - Indicadores de envejecimiento cognitivo y mental más observados: Preocupación por la pérdida de familiares/dificultades entender el duelo, Ansiedad/estrés, Soledad/depresión/desamparo/tendencia a aislarse, y Alteraciones de memoria.

Los profesionales valoran que:

1. Se percibe el Cuidado de la Salud, prevención y cuidados médicos como la necesidad más importante a abordar desde el punto de vista de la Salud, seguida de Vida saludable (actividad física, alimentación, ...) y de Mejor Atención Primaria y de Especialistas.
2. En relación a la Participación, en general, las personas participan con frecuencia (1 o 2 actividades) semanalmente en actividades en la comunidad (valorado por el 53% de los profesionales), en cambio desciende algo el número de participación semanal en actividades adaptadas a su gusto y necesidades concretas (38,2%).

3. En relación a la Seguridad, los profesionales valoran como mayores necesidades: Ausencia de una persona familiar que vaya a sustituir en el futuro la figura de los padres como máximo referente familiar, seguida de Desconocimiento por parte de familias y profesionales de las cuestiones relativas al futuro, legales y de Incertidumbre a no poder mantener el actual recurso de Vivienda y Centro de día especializado donde residen cuando cumplan 65 años.

4. Necesidades percibidas por los profesionales como prioritarias en relación al Envejecimiento:

- -Diseñar Planificaciones Centradas en la persona, desde todas las áreas de apoyo a la persona con TEA, teniendo en cuenta el Envejecimiento Activo en la misma
- -Diseñar servicios bajo la perspectiva del envejecimiento y sus necesidades concretas
- -Formación específica sobre envejecimiento, aspectos, geriátricos, ...por parte del equipo de atención directa.
- Cuestionario Necesidades percibidas por familias en relación al Envejecimiento de personas residentes en Hogares y Centros Atención Diurna:
  - -Edad media de familiares: 75,6 años.
  - -Solo 3 familias valoran que sus hijos presentan indicadores de Envejecimiento.

A nivel de Salud:

- -El 93% de las familias valoran que la atención médica Primaria y especialistas, es adecuada.
- -El 68% valoran que su familiar no necesita más seguimiento de salud en los últimos años.
- -La demanda más expresada por las familias, a nivel de salud, es que se faciliten pruebas específicas motivadas por la poca capacidad de expresar dolencias concretas de sus familiares.

A nivel de Seguridad:

- -Al 68% no le preocupa el futuro de su familiar cuando el o ella no esté. (existen en la mayoría de esos casos una persona que asumirá su rol con su familiar con TEA, hermanos)
- -Al 75% le preocupa que su familiar no pueda acceder a un recurso específico de vivienda o de Centro de Día cuando cumplan 65 años.

Necesidades percibidas en el núcleo familiar:

- -En la mitad de las familias, solo hay un cuidador principal. En las familias en las que existe más de un cuidador, normalmente siempre es el cónyuge o hermanos de las personas con TEA.
- -3 familias reciben un apoyo externo para el apoyo de su familiar, aunque 10 de ellas dicen que no lo necesitan, y 3 de ellas lo necesitarían de forma puntual.
- -El 68% piensan que los ingresos del núcleo familiar (incluida la pensión de su familiar), es suficiente para cubrir sus gastos.
- -El 68% de las familias valoran que su salud física (y la de su cónyuge) se ha visto resentida en los últimos años por el cuidado de su familiar con TEA.
- -El 81% de las familias se siente más sobrecargada/estresada/insegura ante el futuro de su familiar con TEA, de su futuro cuando ellos no estén.
- -El 62% siente que su capacidad para apoyar a su familiar en el domicilio, se ha visto mermada.

Las familias (con hijos mayores de 40 años) valoran que:

1. Al 80% de las encuestas las preocupa que su hijo no pueda acceder a un recurso especializado de Hogar y Centro de Día cuando cumpla 65 años.
2. El 73% piensa que su salud se ha visto resentida en los últimos años por el cuidado de su familiar con TEA.
3. El 86% se siente más sobrecargada y estresada sobre cómo abordar el futuro y apoyo de su familiar cuando ellos no estén.

4. El 66% piensa que su capacidad para cuidar a su hijo con TEA, se ha visto mermada en los últimos años.

- Servicio de Vivienda.
- Formación sobre cómo apoyar mejor a su familiar para usted y su familia.
- Información sobre aspectos legales para usted y su familia.
- Apoyo económico extra para los gastos de su familiar.

## **RESERVA COGNITIVA EN LA EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE.**

**Mar Burguet, Isabel García Marey, Belén Gil, Maria Jose Hermida, Saray Pérez.**

### **INTRODUCCIÓN**

El deterioro leve o muy leve que presentan las personas mayores en un centro residencial, no siempre evoluciona de la misma manera, con el paso del tiempo ese deterioro progresa hacia un mayor declive en sus capacidades, mientras que en otras se mantiene estable ese proceso. Esto hace pensar en la importancia del concepto de Reserva Cognitiva. Se define como la capacidad del cerebro para tolerar mejor los efectos del deterioro cognitivo.

Por lo que se trataría de un factor que contribuye a retrasar la posible disminución cognitiva, promoviendo una red neuronal más resistente que permite a la persona seguir funcionando tras el daño cerebral.

Una vez empiezan a desarrollar enfermedades neurodegenerativas, las personas con una alta reserva cognitiva tardan más en mostrar síntomas que aquellas con una reserva menor.

### **METODOLOGÍA**

A través de un estudio longitudinal con una muestra de 49 personas con edades superiores a 60 años (N=49), analizamos su evolución a nivel cognitivo a través del GDS, la evolución de personas con un GDS 2, 3 y 4, correlacionándolas con los resultados actuales en el Cuestionario de Reserva Cognitiva-CRC.

Durante un período de 5 años (desde enero del 2014 a diciembre del 2018) se realiza una comparación de los niveles de reserva cognitiva en personas con diferente evolución del deterioro cognitivo (Escala Global de Deterioro -GDS).

## RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se analizan los porcentajes de los resultados del GDS en el año 2014, comparando esa misma muestra en el año 2018.

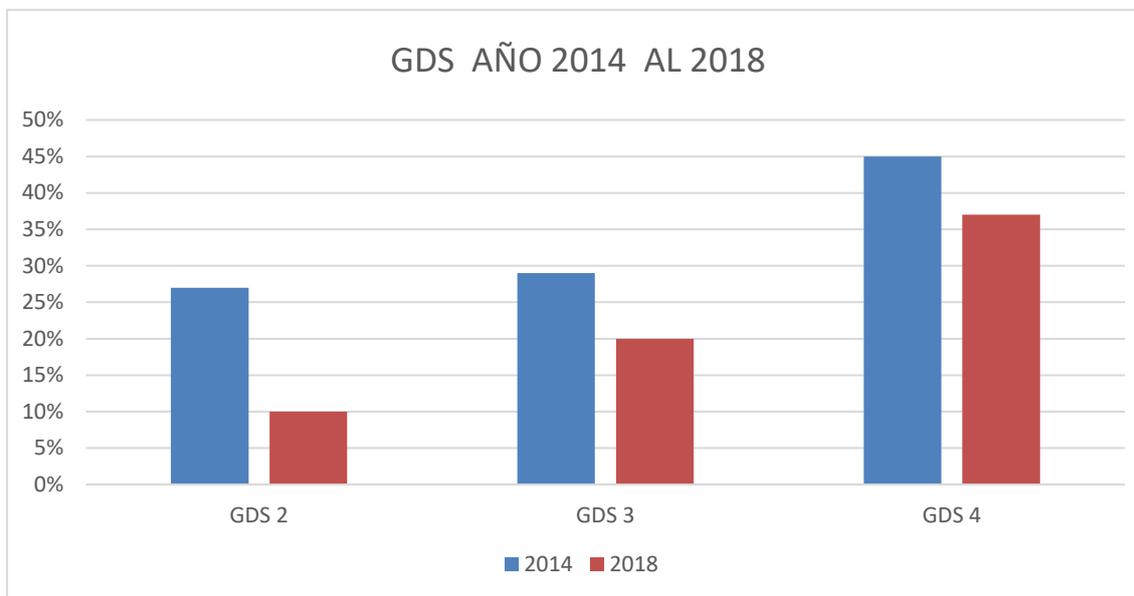


Gráfico 1 GDS comparado años 2014 al 2018

En el año 2019, se realiza el cuestionario de Reserva Cognitiva CRC con la muestra del estudio. El 49% de la muestra mantendrían estable la puntuación del GDS, obteniendo los siguientes resultados en cada una de las variables del cuestionario CRC.

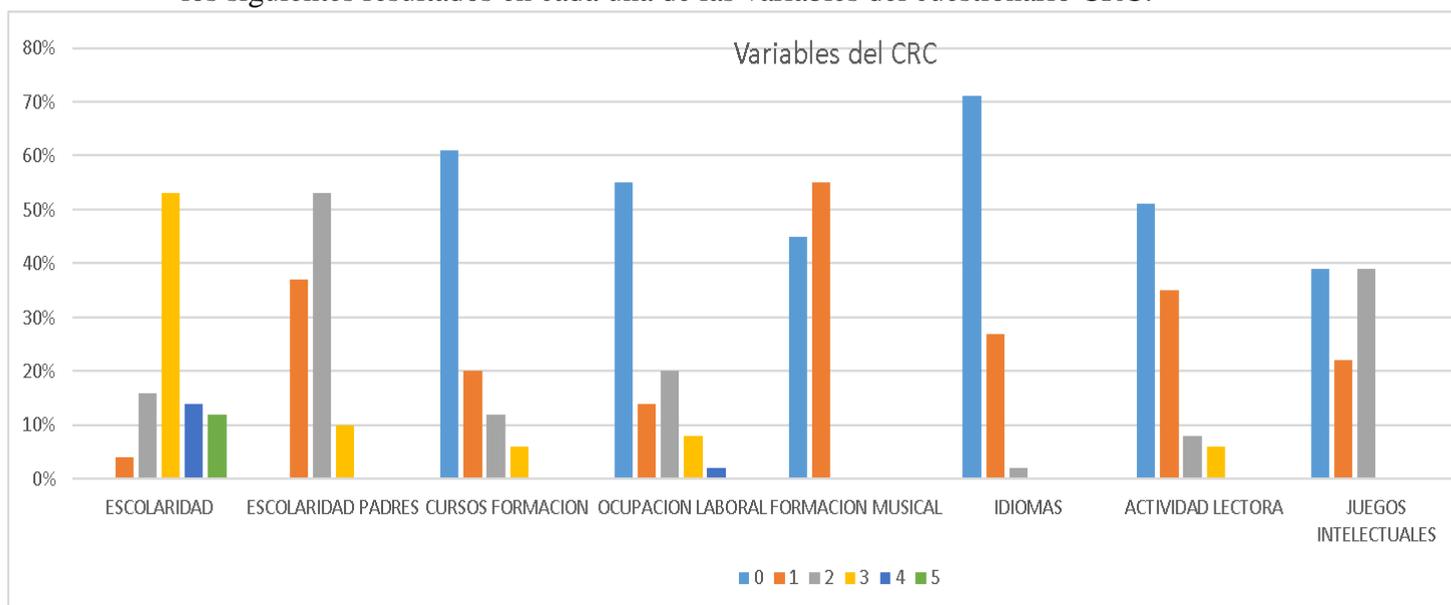


Gráfico 2 Variables del CRD

## RESULTADOS DEL CRC

El 8% obtuvieron una puntuación mayor o igual a 15 en el CRC, lo que indica una reserva cognitiva situada en la categoría superior.

El 16% obtuvo una puntuación entre el rango 10 y 14 en el CRC, lo que indica una reserva cognitiva media-alta.

El 33% de la muestra obtuvo una puntuación entre el rango 7 y 9 en el CRC, lo que indica una reserva cognitiva media-baja.

El 43% se situó en el rango inferior de la reserva cognitiva, con una puntuación en el CRC  $\leq 6$ .

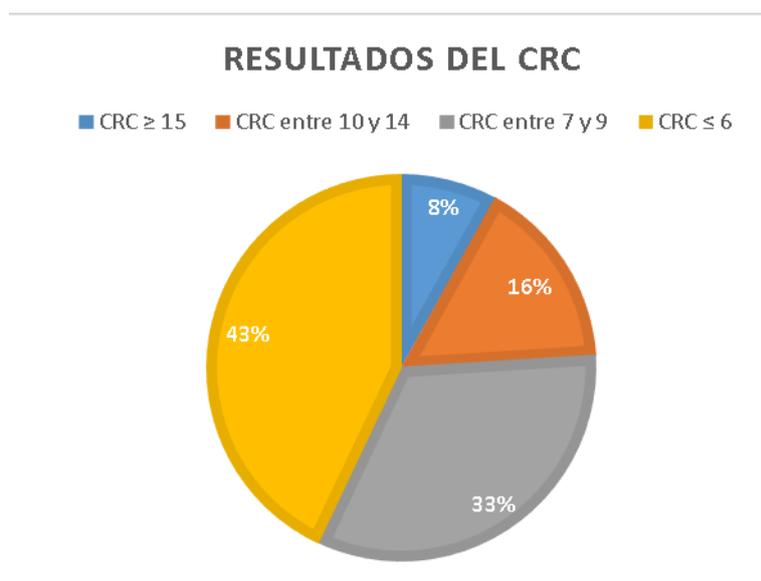


Gráfico 3 Resultados del CRD

En función del resultado obtenido en el Cuestionario de Reserva Cognitiva se obtuvieron 4 grupos con sus correspondientes porcentajes (gráfico anterior).

Teniendo en cuenta estos porcentajes se observó la evolución del resultado en la escala GDS en diferentes secuencias temporales (a los 2 años, 3 años y 4 años)

	GDS aumenta a los 2 años	GDS aumenta a los 3 años	GDS se mantiene 4 años
<b>CRC ≥ 15</b> 8%	25%	50%	25%
<b>CRC entre 10 y 14</b> 16%	50%	0%	50%
<b>CRC entre 7 y 9</b> 33%	63%	19%	25%
<b>CRC ≤ 6</b> 43%	33%	14%	52%

**Tabla n° 1** Evolución del resultado

Una vez obtenidas las puntuaciones en las diferentes series temporales, se realizó el siguiente gráfico:

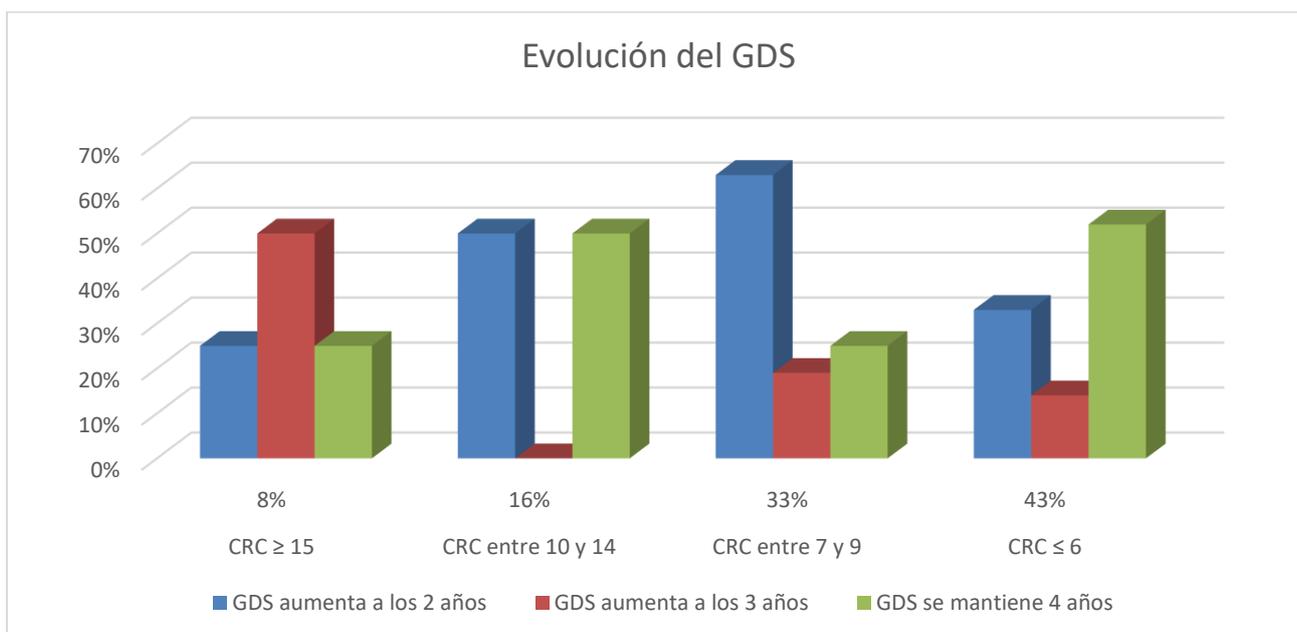


Grafico 4 Evolución del GDS

## CONCLUSIONES

A pesar de que la hipótesis inicial pretendía demostrar que aquellas personas con un GDS comprendido entre 2-4 y con una alta reserva cognitiva presentan una evolución de los síntomas más tardía que aquellas con una reserva menor, podemos concluir que, solamente el 8% de la muestra presenta un CRC mayor o igual a 15 y muestran un enlentecimiento en el progreso del deterioro cognitivo.

Podemos deducir también que los participantes que alcanzaban una puntuación entre 10 y 14 en el CRC (16% de la muestra), mostraron también el mismo proceso de enlentecimiento de los síntomas que los anteriores.

Por lo tanto, en el estudio longitudinal realizado, se observa que no existe una influencia significativa teniendo en cuenta el resultado global del cuestionario de Reserva Cognitiva en la evolución del deterioro cognitivo, ya que el 51% de la muestra presenta un aumento en el resultado del GDS.

Sin embargo, sí podemos determinar que variables como los juegos intelectuales (psicoestimulación), formación musical y actividad lectora influyen positivamente en el retraso de la aparición de los síntomas del deterioro cognitivo.

## SIMPOSIOS

---

### **“EL OVIEDO DE LAS PERSONAS”: ACCESIBILIDAD Y AMIGABILIDAD CON LAS PERSONAS MAYORES**

**Pilar Agüera Boves**

Ayuntamiento de Oviedo, Concejalía de Atención a las Personas e Igualdad, Principado de Asturias

#### **RESUMEN**

El Ayuntamiento de Oviedo, a través de las demandas recogidas de su población, elabora una estrategia con 39 medidas para lograr una ciudad más accesible a todas las personas, con especial atención a las personas con mayor dificultad en la participación.

Este plan tiene el objetivo de servir de estrategia para crear un modelo de ciudad abierta, atendiendo las necesidades de las personas con diversidad funcional, personas mayores y personas que visiten la ciudad.

El plan está organizado en 8 líneas transversales, con unas medidas concretas.

Puesto que es un plan vivo, se encuentra en constante “intervención-evaluación-revisión” se ha detectado la necesidad de incluir en la línea 7, una nueva medida: adhiriéndose en el mes de enero a la red de ciudades amigables con las personas mayores, entendiendo que no es posible implementar un plan de Atención a las Personas sin tener en cuenta que el 30 % de la población de Oviedo es mayor de 55 años.

Muchas de las medidas que se están acometiendo están siendo “repensadas” y con una visión ampliada, realizando intervenciones concretas, visibles y prácticas, que se expondrán en el II Congreso Norbienestar.

## **EN EL DEPORTE... ¡ENCAJAMOS TODOS!**

**Marta Isabel Holguera Álvarez; Inés Rodríguez - Navia Oliva.**

Departamento de Diversidad Funcional del Real Grupo de Cultura Covadonga.

### **RESUMEN**

Desde el *Real Grupo de Cultura Covadonga*, se abren las puertas al compromiso con todos los socios del club, rompiendo las barreras existentes y dando la oportunidad de disfrutar en igual medida del ocio y las actividades deportivas. Por ello, la diversidad adquiere una especial importancia, ya que se abre una nueva etapa que permitirá tanto a niños como adultos el libre acceso al deporte.

### **INTRODUCCIÓN**

La Diversidad Funcional comienza a adquirir un papel fundamental en el Club con la creación de una comisión formada por personas especialmente vinculadas a la diversidad, directa o indirectamente.

Esta comisión, arranca a mediados del año 2017, con la firme intención de abrir las puertas del club a todos los socios independientemente de sus diversidades y circunstancias.

Por ello, comienza a gestarse una preocupación por abrir camino a la inclusión deportiva, comunicativa y social de todos aquellos socios adultos y niños, que por su diversidad se encontraban con impedimentos a la hora de disfrutar del club.

### **OBJETIVOS**

- La eliminación de aquellas barreras arquitectónicas que impidan el libre acceso y disfrute del club.
- Inclusión de aquellos socios, bien sean niños o adultos en las actividades ordinarias del club.
- Creación y elaboración de actividades de ocio exclusivas para Diversidad Funcional.
- Apoyo y orientación a técnicos del club para garantizar una óptima inclusión.
- Formación en el ámbito de la Diversidad Funcional, tanto a técnicos como monitores.

- Acercamiento a las familias mediante un servicio de acogida para conocer en profundidad sus intereses.
- Elaboración de protocolos de actuación ante las diferentes situaciones que puedan surgir con este colectivo.

El departamento de Diversidad Funcional estará a disposición de los socios en su globalidad siempre que lo necesiten, aportando información, dando a conocer las actividades existentes y las posibilidades de inclusión. Del mismo modo, generará un conocimiento directo e indirecto tanto a técnicos como al resto de socios en su globalidad. Por lo tanto, este nuevo departamento abre las puertas a un grupo de todos y para el disfrute de todos.

Tenemos como lema: ¡Encajamos todos!, ya que nuestro principal objetivo es dar una visión inclusiva y global del club, aceptando todas aquellas circunstancias tanto físicas, psíquicas como sensoriales que hayan podido obstaculizar el disfrute deportivo hasta el día de hoy. Al lema, lo acompaña la imagen del escudo del club en forma de puzle, como una representación visual de lo anteriormente expuesto. Se trata de una imagen que engloba a todos y cada uno de los socios independiente de sus diversidades y de la que se puede sustraer lo siguiente:

“Somos un club accesible e inclusivo y buscaremos el disfrute del deporte siendo nosotros quienes aportemos los recursos y realicemos planes individualizados teniendo como finalidad el disfrute deportivo”.

## PROCEDIMIENTO

### Primera fase

En esta primera fase se realizará el **servicio de acogida a las familias**, donde se conocerá la situación individual de cada niño o adulto con diversidad funcional. De este modo, se podrá guiar de manera más positiva e íntegra hacia la realización de actividades deportivas y mayor disfrute del club.

Por lo tanto, será una fase de presentación donde la familia expondrá sus intereses y sus necesidades. En todo momento, se buscará el disfrute del deporte sin ningún tipo de obstáculo, más bien se desarrollaran todas las pautas necesarias para una correcta

inclusión en las actividades ordinarias del club y si esto no fuera posible, se le darán a conocer los cursillos exclusivos de Diversidad funcional.

Cabe destacar que, esta fase será previa al desarrollo de las actividades, ya que de ella surgirán las propuestas y las reuniones con los monitores de los cursillos.

### Segunda fase

La segunda fase se centra en transmitir la información al técnico deportivo que se encargará de desarrollar la actividad. El conocimiento completo sobre cada caso individual por parte del equipo que llevará a cabo la actividad deportiva es crucial para generar una inclusión exitosa.

En los casos, en los que no pueda generarse una inclusión en las actividades ordinarias del club por motivos de edad o discapacidad severa, se plantean cursillos exclusivos de diversidad funcional en los que esta fase adquiere la misma importancia que en los casos de inclusión.

Cabe destacar, que existe un permiso expreso por parte de las familias para transmitir dicha información al equipo técnico. Respetando en todo momento la privacidad y el deseo de las familias.

## **RESULTADOS**

En abril de 2018, comenzamos a realizar inclusiones en secciones deportivas. Por ello los resultados que mostraremos a continuación son del periodo comprendido entre: Abril 2018- mayo 2019.

Servicio de acogida a familias: Actualmente contamos con 57 familias en el departamento de Diversidad Funcional, las cuales han realizado el servicio de acogida, donde han podido dar a conocer su interés en practicar del deporte a través del departamento de diversidad.

Inclusiones en Secciones deportivas: Actualmente 38 de nuestros deportistas se encuentran practicando deporte en inclusión. En algunas ocasiones acompañados de un monitor de apoyo.

Inscripciones en cursillos específicos de Diversidad Funcional: Contamos con 24 inscripciones en cursillos específicos de Diversidad funcional para aquellos deportistas con diversidad funcional que no pueden disfrutar de una inclusión, por motivos de edad (adultos) o porque su discapacidad requiere otro tipo de apoyos y necesidades que desde estos cursillos específicos se puede ofrecer un servicio más adaptado.

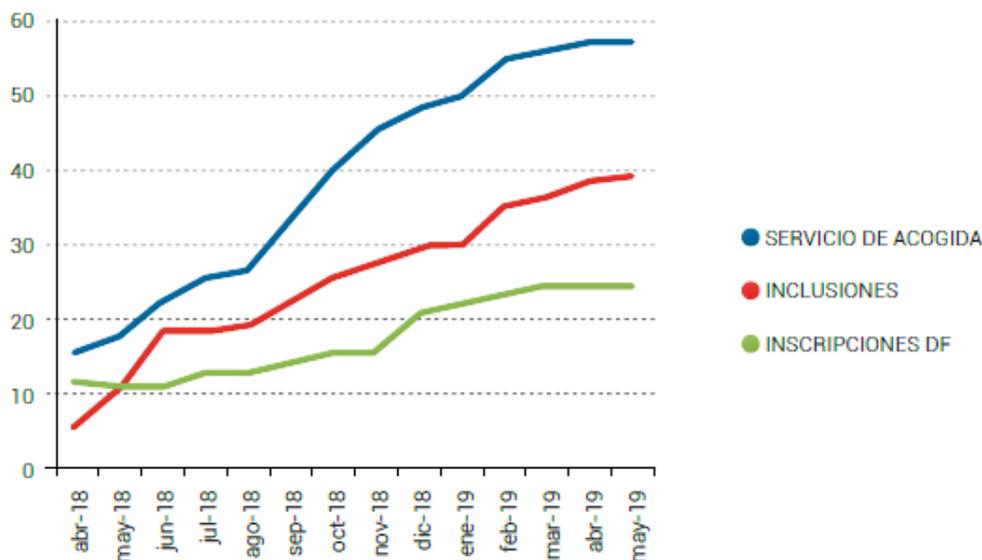


Figura 1 Evolución del número de participantes

## CONCLUSIONES

Somos conscientes de que para conseguir que la diversidad funcional deje de encontrarse obstáculos, es necesario dotar al club de los recursos necesarios para vencerlos y poder así, abrir las puertas a la inclusión, formación y disfrute del club.

Desde el primer momento en que la comisión de Diversidad funcional tomó como punto de partida el cambio como único reto, hemos conseguido muchos objetivos, pero esto no finaliza aquí, esto solo ha comenzado.

Poco a poco, estamos construyendo de manera conjunta y con el apoyo de todos los técnicos deportivos un área fuerte, con peso y para ayudar a todas aquellas personas que así lo deseen.

No perderemos nuestra esencia, la cual surgió de la mano de aquellas familias comprometidas, una junta sensibilizada y un club dispuesto a luchar por abrir camino a todos aquellos que no tenían y ahora tienen opciones deportivas.

El deporte es un puente a la inclusión, que garantiza tanto física como psíquicamente una mejoría.

Tampoco dejaremos de dotar de recursos a los técnicos deportivos que se encuentran como elementos fundamentales de las inclusiones. En este punto es muy importante resaltar la inclusión del Lenguaje bimodal en el Club. Se trata de un recurso primordial para la comunicación de aquellos niños y adultos no verbales que requieren un apoyo comunicativo.

Del mismo modo, se trabaja para formar a los técnicos en materia de diversidad, hemos realizado varios cursos formativos impartidos por especialistas en áreas como: invidencia, leguaje de signos y conductas disruptivas.

En definitiva, esto solo ha comenzado y esperamos y deseamos que siga por el camino que se inició cuando catorce personas sentadas alrededor de una mesa fundaron una comisión pionera y emblemática como: diversidad funcional.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría agradecer al Real Grupo de Cultura Covadonga, y en especial a nuestra junta directiva, por su sensibilidad y por haber dado el primer paso en un camino desconocido allá por el año 2017, acompañados de esas maravillosas familias dispuestas a formar un auténtico equipo con el propósito de hacer un club más inclusivo, por abordar un proyecto pionero en materia de accesibilidad e inclusión y por el apoyo constante a todo el equipo técnico.

A medida que alcanzábamos objetivos, Diversidad adquiría mucha más fuerza y pisábamos con más firmeza gracias al equipo que poco a poco se iba formando y consolidando bajo lo que se conoce hoy como Diversidad Funcional.

Técnicos deportivos procedentes de diferentes secciones formaron desde el primer momento un auténtico equipo, que sin conocerse previamente se fue enriqueciendo con

el conocimiento deportivo, la inquietud, los valores y sobre todo, la vocación por el trabajo con diversidad funcional.

Cabe destacar, el esfuerzo de todos aquellos técnicos que han abierto de par en par sus secciones deportivas, generando inclusiones enriquecedoras no solo para el niño o adulto con diversidad, sino también para el resto de compañeros que compartirían con él una nueva disciplina deportiva.

Somos conscientes de que ha supuesto un reto y que en muchas ocasiones han existido días malos, pero gracias a la disposición de todos y cada uno de los técnicos, las facilidades ofrecidas por parte del club y la confianza de las familias hemos conseguido alcanzar objetivos tanto deportivos, como personales.

No me gustaría finalizar los agradecimientos sin nombrar a las familias que acompañan cada día a nuestros deportistas a sus entrenamientos, las que nos reciben con una sonrisa, las que confían y las que se han atrevido a disfrutar del deporte en el Real Grupo de Cultura Covadonga. Sin todos vosotros esto no sería posible.

Por último, destacar la colaboración de El Corte Inglés como patrocinador oficial del Departamento.

## **ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS. REDUCCIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS.**

**Víctor Aragonés Fernández.**

### **RESUMEN**

En los últimos tiempos se viene cuestionando la atención que se proporciona en las instituciones a las personas mayores y en situación de dependencia. El modelo de Atención Centrada en la Persona vela por sus derechos y su dignidad, intentando adoptar la percepción subjetiva de cada persona (Rodríguez, 2013) Por este motivo en el presente simposio se desarrollarán buenas prácticas basadas en dicho modelo, como es la transformación de organizaciones, fomentando el derecho de autonomía de personas con deterioro cognitivo leve, y el cuidado sin sujeciones físicas. El porcentaje del uso de sujeciones físicas en España es el más alto de todos los países que publican. Su uso pretende evitar caídas entre personas con deterioro cognitivo y funcional. EL uso de estas medidas causa unas consecuencias adversas, tales como el inmovilismo, y efectos adversos a nivel emocional, cognitivo y social.

### **INTRODUCCIÓN**

Los últimos datos arrojados por CEOMA, advierten que España es uno de los primeros países en el uso de sujeciones físicas en personas mayor, encontrándose con un porcentaje de uso en un 39,6.

Los principales motivos de uso son:

- Evitar caídas (75%)
- Vagabundeo ( 15%)
- Familia ( 15%)
- Cuidados médicos secundarios. Procesos de descarga prescritos (1%)  
(SEGG,2014 Documento de Consenso Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas).

Las personas más susceptibles de sufrir una sujeción física son aquellas que se encuentran alejadas de su familia, mujeres, personas con deterioro cognitivo y funcional

y personas que toman psicofármacos (SEGG,2014 Documento de Consenso Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas).

## **PROCEDIMIENTOS**

Para el cambio de paradigma en la organización es necesario un cambio de cultura asistencial de todos los profesionales de la institución pasando por una formación a todos los profesionales en el que se ahonde en la interpretación de las conductas, en el análisis de los entornos y en el uso de adecuado de productos de apoyo necesarios para proporcionar cuidados sin sujeciones.

## **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

Tras el trabajo sin sujeciones físicas, aquellas organizaciones que han adoptado por la implantación de una cultura libre de sujeciones, se encuentran ante escenarios más relajados en los que han disminuido las alteraciones de conducta, manteniendo el número de caídas.

## **ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: TRASFORMACIÓN DE UNA UNIDAD DE DÍA HACIA LA ACP A TRAVÉS DE LA OCUPACIÓN CON SIGNIFICADO.**

**M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Sánchez.**

### **INTRODUCCIÓN**

Se ha demostrado que el desempeño de ocupaciones con significado posee un impacto positivo en personas mayores (Yanguas, 2006) institucionalizadas ya que les permite mantener su nivel de independencia, además de aumentar la sensación de control sobre el desempeño de la propia tarea, y mantener su identidad e individualidad (Martínez,2015)

Se proponen los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de la unidad de día.
- Mejorar y /o mantener el nivel de independencia de las personas usuarias.
- Promover el derecho de autonomía de las personas que acuden a esa unidad.

### **METODOLOGÍA**

A partir de las historias de vida, del OPHI-II y el listado de intereses , se obtiene información sobre las ocupaciones significativas de las personas usuarias (Durante , 1998) Esta información se extrapola al ambiente , creando zonas significativas en las que cada persona puede ejercer su autonomía eligiendo cada día la ocupación con la que desempeñarse en función de sus intereses y necesidades, e independientemente del nivel de independencia conservado ya que el foco de la transformación del recurso se centra en las capacidades conservadas de las personas. Las zonas significativas creadas han sido: actualidad, labores, artesanía, sensorial, de descanso y jardín.

### **CONCLUSIONES**

Se concluye que las personas usuarias muestran mayor satisfacción respecto al recurso, consideran que el trato es más individualizado y ha mejorado el trato recibido, ya que en todo momento deciden su día a día en la unidad.

## **INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

**Nuria Menéndez Álvarez, Arrate Barrenetxea Garro.**

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una lesión sobrevenida después del nacimiento que es de aparición brusca y presenta un conjunto variado de secuelas en función del área del cerebro lesionada y la gravedad del daño. En España residen 420.064 personas con DCA y su intervención se basa en la rehabilitación neurológica que consiste en un abordaje multidisciplinar entre diferentes profesionales para conseguir un único objetivo: disminuir la discapacidad.

Cuando la afectación del DCA es predominantemente cognitiva, conductual y emocional, sin secuelas físicas, pero con interferencia en la realización de las AVD, toman un rol más decisivo los neuropsicólogos clínicos y los terapeutas ocupacionales.

En este sentido, la rehabilitación neuropsicológica tendría como objetivo abordar cambios conductuales y emocionales, psicoeducación al paciente y a la familia, potenciar los mecanismos de neuroplasticidad mediante la estimulación de las funciones cognitivas y búsqueda de estrategias compensatorias para los déficits cognitivos de carácter permanente.

Por otro lado, las funciones más destacadas en la rehabilitación desde terapia ocupacional serían el entrenamiento funcional de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, recuperación o sustitución de la función dañada y aprendizaje de técnicas compensatorias. Por lo tanto, en la práctica clínica se solapan algunas funciones entre neuropsicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales. Este hecho requiere un cambio conceptual y la capacidad de trabajar en equipo considerando la intervención conjunta beneficiosa para el paciente, no un problema a resolver.

## COMUNICACIONES

---

### **ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y DIVERTIDO. EL TEATRO COMO INSTRUMENTO**

**Marta Maria De La Fuente Mayo.**

El ámbito municipal es privilegiado por su proximidad como Administración Local a la ciudadanía y se conforma como un elemento fundamental para el desarrollo e implementación de políticas públicas de promoción de la salud y envejecimiento activo en la población, incidiendo sobre los determinantes sociales de la salud y teniendo en cuenta la equidad, la participación ciudadana y la intersectorialidad. Con este trabajo se pretende mostrar una iniciativa que fomenta el envejecimiento activo y saludable a través del teatro como instrumento.

La Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo promueve la salud a través de acciones dirigidas a incrementar conocimientos y capacidades de individuos, empoderándolos y modificando condiciones sociales, laborales y/o económicas, con el fin de favorecer un impacto positivo en la salud tanto individual como colectiva.

Una de esas acciones es la promoción de un envejecimiento activo a través de, entre otras, el teatro divertido y saludable, en el que personas de cierta edad participan en una iniciativa que promueve estilos de vida saludables, aporta vitalidad, ilusión, reducción de aislamiento social, se genera sentimiento de pertenencia a un grupo, se fomenta la autoestima y las habilidades para las relaciones sociales y la comunicación, se rompe con mitos y estereotipos vinculados a la vejez y a su vez con sesgos culturales, sociales, etc.

**Palabras clave:** Envejecimiento activo. Promoción de la salud. Políticas públicas de salud y bienestar social. Empoderamiento.

### **INTRODUCCIÓN**

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2025 habrá más de 1.000 millones de personas adultas mayores de 60 años (mayormente en países desarrollados) y se prevé que la cifra se duplique en el año 2050.

El envejecimiento es un proceso vital integrado por personas que comparten una edad cronológica y tienen características físicas y personales únicas.

El término envejecimiento activo, fue adoptado por la OMS a finales de los 90, con la intención de transmitir un mensaje más completo y de este modo reconocer otros muchos factores que afectan a la manera en la que envejecen las personas y las poblaciones.

El Ayuntamiento de Tineo, consciente de la importancia que tiene el desarrollo de políticas de salud y bienestar social, y dadas las características demográficas de su concejo, se adhiere a la Red Asturiana de Concejos Saludables tras acuerdo plenario el 28 de septiembre de 2006, y en 2011 en acuerdo plenario se aprueba la creación de la Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo, (en adelante AESAT), con unos estatutos que constituyen la base del desarrollo de la promoción de la salud en la comunidad, todo con la principal finalidad de promover la salud y el bienestar en general de toda la población y con el compromiso de cumplir las obligaciones que se derivan de ello (formulación de políticas municipales en los distintos ámbitos sectoriales, creación de entornos físicos y sociales saludables, refuerzo de la acción comunicativa promoviendo la participación pública y apoyo a las personas con el fin de desarrollar su habilidad para mantener y mejorar la calidad de vida de los habitantes). En la actualidad, el Ayuntamiento de Tineo está en trámite para su adhesión a Ciudades Amigables con las Personas Mayores, como forma destacable de su compromiso con el envejecimiento activo.

Son muchos los años de trayectoria de la ESAT en los que se han cosechado numerosos galardones, entre ellos ha sido premiada en 2016 con el **Primer Premio Estrategia Naos** que otorga el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por el proyecto *“Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo, un lustro de Promoción de la Salud en la Comunidad”* y desde 2011 hasta 2015 premiada de forma consecutiva en los mencionados Premios Estrategia NAOS. En 2015 fue finalista en los premios que otorga el Colegio Oficial de Licenciados en INEF, PREMIO COLEF ASTURIAS. Todo ello avala y afianza el trabajo comunitario en promoción de la salud y bienestar social.

La ESAT, es un proyecto que tiene por objeto la planificación, gestión y evaluación de cuantas acciones se lleven a cabo, actividades todas ellas relacionadas con la promoción

de la salud y por supuesto con el envejecimiento activo y saludable siempre con ánimo de unificación de todas las acciones para así conferirles mayor eficacia, evitando acciones puntuales.

## **OBJETIVOS**

- Fomentar estilos de vida saludables entre los habitantes del concejo de Tineo.
- Conseguir un mayor nivel de calidad de vida y bienestar emocional
- Promover que los/as ciudadanos/as lleven una vida más saludable y que participen y se sientan responsables de su salud, de forma que se llegue a adquirir hábitos saludables mediante la información, educación y formación mediante la promoción de la salud
- Promover la participación social y las redes sociales
- Mejora de la salud en sus tres aspectos físico psíquico y social
- Mejorar el conocimiento del concepto integral de salud, así como sus determinantes

Estas metas se van a materializar articulando una serie de medidas concretas que promueven el asesoramiento, desarrollo y formación en actividades de promoción de la salud y bienestar social desarrollando programas y proyectos de forma continuada a favor, entre otros, de las personas mayores de su municipio.

A principios de 2013 la ESAT tiene el objetivo de celebrar los actos oficiales del Día Mundial Sin tabaco. Una de las actividades que surge con este motivo es la de realizar una representación teatral a cargo de un grupo de personas mayores participantes en un taller de memoria desarrollado como una de las actividades de la ESAT. . Esta manera mediante la representación teatral de una obra de teatro que hable de los problemas que supone el consumo de tabaco y del beneficio que conlleva dejar de fumar, surge inicialmente este grupo de personas interesadas en la idea que más tarde dará lugar a un grupo de teatro que promueve y practica un envejecimiento activo, utilizando así el teatro como instrumento.

## **METODOLOGÍA**

Como se menciona anteriormente y fruto de una actividad incluida dentro de un taller de memoria, en mayo de 2013 representan su primera obra de teatro “Ramonín lo deja todo”

en el centro de la villa ante autoridades y vecinos del pueblo le han seguido un no parar de actividad a este grupo.

En la actualidad, los miembros del grupo de teatro son un total de ocho personas, tres hombres y cinco mujeres, además de la responsable de ESAT que ejerce como guía, escritora y directora del grupo. La media de edad de sus miembros se sitúa en los 75 años y desarrollan esta actividad a lo largo del año incrementando los ensayos en función de las representaciones programadas en el tiempo, destacando en todo caso la unión, cohesión y sentimiento de pertenencia que se genera en el grupo debido a la intensidad e ilusión de su actividad.

Cambios en algunos componentes iniciales por diversos motivos entre los que se incluyen impedimento por enfermedad en alguno de ellos, no imposibilitó el desarrollo y evolución del grupo incorporando nuevos integrantes con el mismo interés y con la misma implicación que los miembros iniciales.

Todas las obras son escritas con el objetivo de tratar o destacar temas concretos relacionados con la promoción de estilos de vida saludables y envejecimiento activo bien a demanda de profesionales que detectan la necesidad de incidir en determinada problemática o bien como resultado de la necesidad detectada por los miembros del grupo o la población.

La temática toma como base escenas cotidianas y comunes que en términos generales la sociedad repite en sus vidas, lo que hace más fácil que los mensajes calen en la población y a la vez resulten familiares a los actores y actrices a la hora de interpretar, siendo obras en su mayoría costumbristas y en las que en todas se utiliza el humor como hilo conductor de aquellos aspectos o valores saludables que se quieren destacar.

Algunas de las obras representadas hasta la fecha son:

- *Con una duración variable entre los 45 minutos y los 90 minutos:*

- **“Ramonin lo deja todo”**: cuyo argumento trata de un marido que desea dejar de fumar y adquiere hábitos de vida tan saludables (*eliminación consumo de tabaco, adquisición*

de hábitos de alimentación adecuados y realización de ejercicio físico), que hacen sospechar a su mujer de esa motivación para el cambio a un estilo de vida saludable, lo que la lleva a pensar en la deslealtad de su marido (*que no será tal*).

- **“Vejez, Bendita Vejez”**: Obra que trata de eliminar mitos relacionados con el envejecimiento y que promueve una vida activa y sana independientemente de la edad

- **“Pepina la nena se nos casa”**: Promueve una actitud muy sana y saludable como es la risa. Comedia sobre cómo eran los casamientos tradicionales en Asturias de los años 50 dando un giro inesperado y divertido en el transcurso de la obra, en la cual el público, no para de reír hasta el final

- **“La Madrileña”** que promueve la igualdad entre hombres y mujeres a través de la cotidianeidad de las escenas representadas y en clave de humor costumbrista asturiano.

- ***Con una duración variable de aproximadamente 10 minutos cada entremés teatral:***

**Entremeses Teatrales Saludables** en los que figuran situaciones poco saludables y típicas de la vida cotidiana que pretenden llamar la atención al espectador y dar un giro hacia unos estilos de vida saludables en relación a alimentación, ejercicio físico, hábitos de vida nocivos como el consumo de tabaco, etc. Todas ellas están escritas en clave de comedia y representando situaciones cotidianas de la vida diaria:

- **“La consulta médica”** en la que un matrimonio, en concreto la mujer, pide al profesional sanitario que trate de ayudar a su marido para que aprenda a **comer de forma adecuada y reducir su obesidad.**
- **“La vejez”** Reunión de un grupo de amigos que se quejan de sus males debido a la edad que tienen, pero en la que una de las personas participantes trata de hacer ver que se pueden modificar los hábitos de vida saludables a cualquier edad.
- **“El tabaco”** Matrimonio que discute por causa del consumo de tabaco del marido y tratan de buscar solución, modificando hábitos de vida como aprender a comer y por tanto mejorar la alimentación, ejercicio físico, bienestar

emocional, etc.

- **“La Modista”** Fomento de hábitos de alimentación saludable a través de una comedia en la que la una señora va a casar a su hijo y acude a la modista para recoger el vestido para la boda. En ese momento se desencadena una trama vinculada a malos y buenos **hábitos de alimentación**, así como a los mitos en torno a ellos y otros hábitos de vida saludables.
- **“La cura a domicilio”** Representación de una escena común y cotidiana en torno a una mesa de un domicilio en el que se dan una serie de circunstancias relacionadas con **hábitos de alimentación** no deseados y en la que la aparición de un profesional sanitario que será determinante en la escena.
- **“La crianza”** Evolución de los hábitos de crianza y vida de niños y niñas de hace 40 años en comparación con los hábitos de vida en la actualidad. En clave de comedia, se hace un repaso de aquellas conductas que parece, pueden favorecer un desarrollo adecuado desde la infancia, siempre relacionados con hábitos como **alimentación, ejercicio físico**, conductas adecuadas, etc.
- **“Lactancia materna”** Desmitificación de los problemas relacionados con la **alimentación** en los primeros meses y años de vida a través de una breve obra de teatro donde se ponen de manifiesto dudas, mitos y realidad en relación a la lactancia materna.

Mediante el teatro se promueve el envejecimiento activo, saludable y colaborativo, ya que las representaciones teatrales se realizan enmarcadas en jornadas, eventos o acciones o colaboraciones colaboración con:

- **Ayuntamientos**
- **Consejería de Sanidad, Servicios y Derechos Sociales, etc. del Principado de Asturias:** Actuaciones en eventos, jornadas y congresos promovidos y organizados por la Consejera De Sanidad del Principado de Asturias. Ej. Jornada de Actividad Física y Salud. Prescripción de Ejercicio Físico en Atención Primaria , IV Conferencia Nacional Paciente Activo enmarcada en el IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico celebrada en el Palacio de Congreso y Exposiciones Ciudad de Oviedo, V Conferencia Nacional Paciente

Activo ,etc.

- **Gerencias Sanitarias de Área y centro de Salud de zona.**
- **Centros Sociales, residencias, centros de día, etc.**
- **Participación en eventos municipales varios:** Homenaje a la Jubilación, fiestas del pueblo, etc.
- **Centros Educativos del municipio**
- **Colaboraciones con asociaciones, fundaciones, alianzas:** Asociación de Jubilados y Pensionistas, asociaciones de mujeres, asociaciones de personas mayores, Alianza contra el Hambre y la Malnutrición – ACHM

La evolución del grupo de Teatro de la Escuela de Salud ha sido rápida. Las colaboraciones, intervenciones y reseñas que se hacen a esta actividad han ido creciendo en los últimos años.

Diferentes profesionales de la salud, de lo social incluso muchos de ellos con especial sensibilidad y conocimiento relacionado con la salud comunitaria, entienden esta intervención en la población de un municipio a lo largo del tiempo (no como una actividad puntual) como un instrumento poderoso de promoción de la salud

Esta visión, de colaboración e implicación es fruto de la buena y estrecha colaboración entre instituciones y profesionales generada a lo largo del tiempo.

Con la evolución y puesto que transmiten mensajes saludables ya que se constituyen como referentes saludables dentro y fuera de la comunidad, surge la necesidad de dar un paso más creando la figura de **Agentes de Promoción de la salud a través del teatro**, impartiendo el primer Curso de Agentes de Promoción de la Salud a Través del Teatro con el que se promovió el envejecimiento activo y saludables a través de una serie de personas formadas en la materia por profesionales sanitarios del municipio y asegurando mensajes claros y saludables, constituyéndose como personas referentes de salud dentro de la comunidad destacando la importancia de una vida sana y siendo conscientes de la relevancia de su figura como ejemplo de salud y bienestar.

## RESULTADOS

Cualquier acción llevada a cabo en una comunidad tiene consigo una serie de dificultades de puesta en marcha y ejecución además de una serie de beneficios tanto esperados como inesperados. Cuando se desarrolla una actividad en un medio rural de Asturias, en concreto en el municipio de Tineo, se detectan una serie de dificultades inherentes a la condición de ámbito rural como son:

- Dispersión geográfica
- Dificultad para desplazarse
- Extensión del territorio.

Por tanto, estos aspectos dificultan y deben ser tenidos en cuenta en la planificación de cualquier propuesta de intervención.

Por otro lado, en cuanto a los **beneficios**, decir que, a través del teatro, se trasladan mensajes en positivo sobre envejecimiento a quienes ven las obras, pero además, cabe destacar no solo la importancia de esos mensajes hacia el público de cualquier edad que gusta de ir a ver el teatro, sino que existen otros beneficios que afectan a los actores y actrices del grupo.

Se pueden constatar los siguientes **aspectos beneficiosos**:

- Promoción de estilos de vida saludables y por tanto de un envejecimiento activo.
- Reducción del aislamiento social
- Incremento de la participación social
- Establecimiento de lazos de amistad, solidaridad y ayuda
- Mejora en el estado de ánimo
- Entre los miembros se establece un vínculo y conexión intensa que genera sentimiento de pertenencia. Como es sabido un grupo ejerce una función importante de protección y apoyo en el grupo y en la sociedad
- Recepción de mensaje saludable a toda la población a la que se dirige, generando conciencia a través de acciones cotidianas y constituyéndose como ejemplos de lo

que se debe hacer para disfrutar de una vida saludable.

- Reconocimiento entre los miembros de la comunidad: Se constituyen como ejemplo a seguir y de admiración por parte de la comunidad. Tanto es así, que en junio de 2017 una Asociación Cultural homenajeo al Grupo de Teatro por su labor social/saludable.
- Incremento de la autoestima. Nuestra valía personal puede verse afectada a cualquier edad, pero máxime a partir de cierta edad. Por ello, con esta actividad se despierta de nuevo ese sentimiento de utilidad y auto-reconocimiento de logros, progresos y cambios que nos hacen evolucionar independientemente de la edad que se tiene.
- Desarrollo y descubrimiento de nuevas habilidades sociales y de comunicación: Con la asunción de subir a un escenario, afloran inseguridades, miedos, dificultades, etc. Este se convierte en un medio idóneo para trabajar aspectos que surgen generando cambio y nuevas habilidades tanto sociales como de comunicación, así como hábitos y estilos de vida saludables (modificación hábitos de alimentación, incremento de actividad física, mejora del bienestar emocional e incremento de las relaciones sociales, entre otros.
- Reducción de procesos depresivos debidos a causas diversas como cuidado o fallecimiento de familiares a cargo, ausencia de redes sociales, etc., así como la percepción del estado de salud en general.
- Eliminación de sesgos culturales a través de los mensajes que se lanzan y de sus propias acciones.
- Reducción de los factores de riesgo e incremento de factores de protección
- Estimulación de mente y cuerpo
- Puesto que teatro forma parte de una más de las actividades de la EMST, todos los miembros del grupo están concienciados y activos a toda propuesta de actividad que, desde la EMST, pueda surgir, participando en actividades como Curso de Paciente activo, talleres de reducción de peso, control de ansiedad, etc.

## CONCLUSIONES

Sin duda, la utilización del teatro como instrumento para un envejecimiento activo se

postula como una acción novedosa.

- Novedosa, porque promueve hábitos saludables con obras de teatro escritas exclusivamente para trabajar temas concretos de salud (alimentación, tabaco, envejecimiento, ejercicio físico, etc.).
- Novedosa, porque a través del teatro se crea una ilusión. Con el teatro tienen la ilusión de ensayar, de viajar para llevar a cabo la actuación, de reunirse para comer o cenar antes de cada evento, etc.
- Novedosa, porque promueve una mejora en la autoestima: Al participar y actuar en diferentes eventos jornadas, congresos, etc. y ante un público público diverso genera en todos los miembros un sentimiento de validez e importancia que repercute directamente en su autoestima.
- Novedosa, porque fomenta la creatividad, pues los miembros del grupo se ven inmersos y desarrollan los preparativos que conlleva una actuación de teatro, por ejemplo vestuario, estenografía, expresión corporal, etc.
- Novedosa, porque promueve y mejora las habilidades sociales y de comunicación en los actores y actrices pues afrontan y superan retos personales como miedo a hablar en público, timidez y mejora de las habilidades de comunicación ya que a través del teatro aprenden a relacionarse, expresar sentimientos y pensamientos de forma adecuada generando un bienestar emocional en todos los miembros del grupo
- Novedosa, porque a través de la formación como Agentes de Salud se constituyen como referencia para el resto de población, siendo un ejemplo a seguir y por tanto reduciendo o eliminando sesgos propios de la cultura, la edad, etc.
- Novedosa, porque promueven y ejemplarizan un mensaje de salud que llega a toda la población tanto a niños, adolescentes o adultos, pues los mensajes siempre van dirigidos a todo tipo de población con el objetivo de promover hábitos de vida saludables como factores de protección (alimentación, ejercicio físico,...) y reducir o eliminar hábitos no saludables y por tanto reducir factores de riesgo (tabaco, alcohol,...). Además, los mensajes “calan” debido a que se representan escenas cotidianas.

- Novedosa, porque se promueve algo importantísimo para la salud, como es la risa. Las obras de teatro aúnan mensajes saludables con escenas divertidas en las que el público que acude disfruta de abundantes carcajadas.
- Novedosa, porque genera vínculos sociales y sentimiento de pertenencia al grupo, lo que refuerza hábitos saludables y relaciones sociales que evitan o reduce procesos depresivos, así como el aislamiento social y por tanto la soledad.
- Novedosa, porque sus costes son mínimos ya que la escenografía, vestuario... etc. siempre se procura la utilización de material que cada miembro tiene en su casa sin realizar compras para ello. Las actuaciones son totalmente gratuitas y los miembros se ven recompensados con la satisfacción de convertirse en actores y actrices saludables, ser reconocidos como miembros que aportan a la sociedad después de la jubilación, dar sentido a lo que se viene llamando envejecimiento activo y en definitiva tener un proyecto de vida, una **ILUSION**, ilusión que se debe tener a cualquier edad que se tenga en la vida.
- Novedosa, porque en definitiva son escasas las acciones de este tipo que reúnen varias características que un estilo de vida saludable a través del teatro ya que suele ser un instrumento infravalorado dentro de las acciones de salud comunitaria en la población. Además, se utilizan obras escritas expresa y concretamente para el mensaje que se quiere trasladar a la población. No solo se actúa sobre la población objeto, sino que también de forma indirecta sobre el resto de la población del municipio. Es una acción sostenida en el tiempo, no puntual, lo que conlleva mayor eficacia en las acciones. Fomenta la creación de un proyecto de vida a través de las relaciones sociales, el sentimiento de pertenencia al grupo y la apuesta por una ilusión común al grupo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York; OMS; 1946.
- World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Jakarta; WHO; 1997
- Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud. (Fernando Marqués. Salvador Sáez. Rafael Guayta)

- Editorial UOC. Análisis de la estrategia de la cooperación para la innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable y su impacto en España. Logros y propuestas de mejora para el período 2016- 2020
- Marco de actuación Para las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. 2014.
- IMSERSO. Libro Blanco de Envejecimiento 2011.
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
- Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo. Madrid. 2002.

## ENVEJECIMIENTO Y MEMORIA: PROGRAMA ESTRATÉGICO-PSICOSOCIAL DE INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL.

María Marlen García Flores.

### RESUMEN

Presentamos un *Programa estratégico psicosocial de intervención multifactorial* basado en el enfoque centrado en la persona y sobre un *modelo de manejo de objetivos* integrados modularmente en tres niveles de intervención: Primario, Secundario y Terciario determinados nominalmente por ciertos estados clínico-psicológicos (preclínico, clínico leve, prepatológico y patológico /según las dimensiones cognitivas, comportamentales, emocionales, sociales, estilos atribucionales y su irrupción en las AVDs). Los objetivos son elaborados de manera independiente para cada uno de los módulos operacionalizados en sets de tareas, tomando en consideración el espectro de intereses y dificultades del propio mayor que facilite la autogestión de objetivos personales para los módulos que integran los niveles de prevención primario y secundario siendo más limitado para los módulos que forman parte del nivel de atención terciario, por la magnitud de los déficits que pudiesen estar presentes. Los sets están compuestos por tareas aplicando estrategias de memoria y el conocimiento sobre la misma (metamemoria), tareas cognitivas para la codificación y recuperación de la huella, tareas de memoria de trabajo, memoria prospectiva, retrospectiva y episódica, tareas de atención, percepción, y de cuestiones psicosociales como la autoeficacia, las atribuciones y finalmente el uso del tiempo de ocio.

**Palabras Clave:** envejecimiento, programa, objetivos, grupos, intervención.

### INTRODUCCIÓN

La interacción variable interindividual de factores biológicos y no biológicos en el proceso de declinación perceptivo-cognitiva durante el envejecimiento normal y patológico (Cavallini, E., et al,2002) puede impactar negativamente en la calidad de vida, la independencia, la frecuencia y calidad de las interacciones sociales en los mayores. En contraposición a esto la Neuropsicología, en mención al termino plasticidad cerebral(capacidad cerebral permanente para el cambio físico y funcional, para adquirir nueva información y estrategias) nos permite interpretar el proceso de envejecimiento

como una asociación de pérdidas y ganancias a través de un criterio de optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990).

Los procesos adaptativos de plasticidad cerebral (redes cerebrales) funcionan identificando los estímulos sensoriales y del comportamiento con poblaciones de neuronas bien coordinadas que facilitan la refinición de representaciones selectivas de input sensoriales o acciones motoras, incrementando la fortaleza de los recursos corticales dedicados a la mejorada fidelidad representacional de los estímulos aprendidos o conductas debido a la reorganización de la corteza somato sensorial que adaptativamente representará las características espacio-temporales indiferenciadas del input.

Este paradigma sostiene que las operaciones cognitivas superiores de planificación, previsión multitarea y la autorregulación están determinadas por los lóbulos frontales y los sistemas de conexión (Levine y Stuss, 2002) y que la vulnerabilidad de las funciones ejecutivas ocurre por la afectación selectiva de la interconectividad prefrontal en el envejecimiento (Greenwood, 2000). El proceso de inhibición que afecta la fidelidad de las representaciones en las funciones ejecutivas (Craink; 2002; Levine et al., 2007) factor desencadenante para el olvido para hacer las cosas y la dificultad para resolver problemas es ocasionado por los cambios progresivos en la velocidad de procesamiento que según reportan las evidencias neuropsicológicas, provienen de un empobrecimiento en los niveles de señal-ruido dada la baja autorregulación del sistema neuromodulador provocando constantes alargadas de tiempo para la mayoría de las dimensiones de respuestas perceptivas, cognitivas y motoras en los cerebros más viejos.

Otros estudios cognitivos (Baddeley y Hitch, 1974) apuestan por el sistema de memoria de trabajo como estructura responsable de la reducción significativa en el rendimiento asociado con el envejecimiento (Salthouse, 1994).

Otras investigaciones han estudiado los procesos de memoria en los mayores desde el ámbito ecológico refiriéndose a los procesos que tienen significación en las actividades del día a día y que son personalmente relevantes para el recuerdo (Crook, Larrabee, 1989) como la memoria prospectiva (Cavallini, 2003) referida como un mecanismo de activación de la huella.

Se ha planteado que el uso ineficiente de las estrategias cognitivas podría influir en el declive de la memoria relacionado con la edad. La eficacia de la propia memoria, las habilidades mnemónicas y el rendimiento toman en cuenta las diferencias individuales Jennings(J.M. & Darwin, A.L. (2003). La Metacognición y en particular las habilidades para la metamemoria parecen ser extremadamente relevantes en la determinación de la eficacia y el rendimiento de la memoria en general (Cavanaugh y Green, 1990;Hertzog et al, 1990 Verhaeghen et al.,1992 )referidas a las creencias que el propio mayor tiene sobre sus habilidades de memoria, la evaluación y expectativas de su autoeficacia vinculadas con su percepción de competencia como sujeto memorizador. En esto según la Teoría de la autoeficacia de Bandura, la percepción sobre los cambios en las funciones cognitivas, las creencias acerca de la propia capacidad y competencia de la conducta podrían ser predictores del curso del declive cognitivo en el proceso de envejecimiento.

Estudios sobre atribuciones, memoria y edad (Hertzog, Lineweaver, McGuire1998), han planteado el término control percibido como un constructo que podría explicar las relaciones entre creencias, atribuciones y el rendimiento en tareas de memoria cuya expresión ha sido descrita por diferentes patrones de atribución.

La multidimensionalidad de la memoria describe factores psicosociales presentes que pueden incrementar los problemas conductuales y emocionales (Wilson,2009) debido a precipitantes trastornos de ansiedad y depresión. Existe una vulnerabilidad en los mayores determinada por los cambios importantes sufridos en sus vidas, dentro de su medio ambiente familiar y en su soporte físico-social, percibida a través de sus atributos de autoestima (Cicerone, K.D., et al, 2002), su sensación de control personal (Turner, M.L. et al,1995), y sus creencias de auto-eficacia (Rebok, et al 1989) que desencadena un distress emocional que redundará en una tendencia de exacerbación de los propios déficit cognitivos.

### **Intervención en memoria**

Particularizando sobre la incidencia de las variables cognitivas y neuropsicológicas en la ejecución de tareas de la memoria prospectiva basadas en acontecimientos en personas mayores sanas e intelectualmente activas, es posible concluir que en el proceso de envejecimiento suceden progresivamente cambios en el funcionamiento cognitivo, en la

vida real del déficit en la función del lóbulo frontal relacionado con el proceso de envejecimiento en los procesos de nivel superior de gestión de objetivos como el olvido de hacer las cosas, la dificultad para resolver la problemas y la desorganización (Levine et al,2007 ).

Un Programa (función del córtex prefrontal (Robertson ,1996) otro basado en la teoría del olvido-desatención-descuido (Duncan,1995) desarrollaron un Entrenamiento en Manejo de Objetivos (GMT),en que los pacientes eran entrenados para "parar y pensar" acerca de los problemas y los objetivos antes y durante la ejecución de la tarea.

Otra intervención fundamentada en la plasticidad negativa (Mahncke, Connor Appelman y col,2006) en el cual un grupo de sujetos fueron sometidos a la ejecución de tareas de demanda sensorial y cognitiva que incrementaban su dificultad en cuanto a reconocimiento de estímulos, discriminación, secuenciación, y memoria bajo el control de la atención a través de la ejercitación de la recepción en la fonética del habla hasta alcanzar la precisión de escuchar. La selección de los estímulos de los ejercicios estuvo basada en la extensión de la estructura acústica del habla, de tareas acústicas muy simples (por ejemplo, rapidez sucesiva del barrido de frecuencia modulada de los tiempos de fallos) a las complejas manipulaciones del discurso continuo (por ejemplo, la memoria narrativa).

Otros estudios sobre el deterioro de la capacidad de trabajo de la memoria en el envejecimiento cognitivo y de la conservación de la capacidad para adquirir nueva información y estrategias(Cavallini et al ,2003) buscaron los efectos de dos entrenamientos diferentes con tareas experimentales (tareas ecológicas ) basadas en la memoria visual (Loci ) y el otro basado en el uso de estrategias generales .

grupos de memoria

Los grupos de Memoria pueden funcionar como un grupo de autoayuda o un grupo de soporte, con la variedad de ser abiertos o cerrados; homogéneos o heterogéneos en función del objetivo de trabajo (diagnostico similar, nivel de funcionamiento, reconocimiento de deficiencia, en la composición de un grupo en particular y en los objetivos que se estén tratando de alcanzar).

Otra más actualizada forma de trabajar grupos de memoria ha sido planteada en una forma de funcionamiento por secciones (Wilson,2000); una sección de educación y otra de estrategias.

Actualmente se han desarrollado programas de entrenamiento cognitivo y memoria fundamentados desde el punto de vista biológico en la capacidad de reserva cerebral y la neuroplasticidad y desde el punto de vista psicológico en la capacidad de aprendizaje y a punto de partida de estos supuestos se han diseñado programas para el entrenamiento de estrategias y técnicas de memoria.

### **manejo de objetivos**

Los objetivos para la intervención constituyen el estado o el cambio en el estado que es esperado o planeado en una intervención o el curso de acción a alcanzar o las subsecuentes acciones para el alcance de objetivos a largo plazo, por lo que para que sea efectiva deberá implicar temas personales significativos como actividades, receptores e interacciones (Rebok G. W., et al,2007).Deben de ser elaborados sets de objetivos significativos y alcanzables, teniendo un espacio para pocos objetivos fáciles que mejoren la autoestima del paciente. Ha sido constatado que los objetivos específicos (ej, trata de incrementar tu velocidad por 20 seg) son mejores que los objetivos vagos o generales (ej, haz lo mejor).

En un estudio (Flynn, T.M.et al,1990) fueron discutidas nueve áreas de objetivos de vida que afectan similarmente las actividades de la vida diaria, como son,cuestiones residenciales y domésticas, cuidado personal ,ocio, trabajo, relaciones sociales, vida familiar ,amigos y los objetivos específicos de importancia particular como movilidad, comunicación, autocuidado, productividad, ocio, comprensión del daño al cerebro, humor y funcionamiento cognitivo.

### **factores psicosociales**

La intervención de los trastornos emocionales (Winocur,G. et al 2007), debe estar dirigida a evaluar las expectativas antes y después de los déficits la trayectoria del curso de recuperación en su historia de vida personal tanto por la persona como el profesional permitiendo situar las dificultades presentes en un contexto identificando prioridades y elaborando un apropiado plan de acción

## I. Métodos y procedimientos

### Programa multifactorial de intervención por Módulos

#### Objetivo general

Favorecer el ajuste entre los déficits y el nivel de bienestar en las personas mayores reduciendo el impacto de los problemas en la vida diaria.

Objetivos psicoterapéuticos:

- Optimizar el uso de las habilidades bien conservadas.
- Desarrollar estrategias sobre la memoria de trabajo (procesamiento de la información) y para la memoria episódica.
- Promover la gestión de estrategias de autoeficacia que faciliten la modificación de las creencias negativas sobre el declive de la Memoria asociado al envejecimiento.

Este programa multifactorial modular estratégico cognitivo-psicosocial de intervención, está concebido en un sistema de niveles de prevención vinculados con estados clínicos-psicológicos.

#### *niveles de prevención y estados clínicos-psicológicos*

- Nivel de prevención primario: Prevenir en la población envejecida la aparición temprana de las quejas y/o fallos de memoria asociados a la edad y en el caso diagnosticar tempranamente e intervenir ante la presencia de síntomas cognitivos. Le corresponde
  - Estado pre clínico-psicológico: Sin Quejas presentes o la presencia de mini-quejas que pudiera precipitar en un comenzante trastorno pre clínico cognitivo fluctuante.
  - Estado clínico psicológico leve sin afectación en la vida diaria: Comienzan la vivencia de algunas pérdidas, en forma de quejas, pero que aún no son reflejadas significativamente en la evaluación.
- Nivel de prevención secundario: Ralentizar a través del diagnóstico y la intervención la progresión del declive cognitivo .Le corresponde:

- Estado clínico psicológico prepatológico: sintomatología en curso progresivo; evidencia de quejas con traducción significativa en los resultados evaluativos.
- Nivel de prevención terciario: Atenuar a través de la intervención /estimulación la severidad del deterioro cognitivo causado por un proceso disruptivo Le corresponde:
  - Estado clínico psicológico patológico: Deterioro cognitivo moderado a profundo.

Desde el punto de vista metodológico, los tres niveles de prevención primario, secundario y terciario deberán ser trabajados desde el enfoque centrado en la persona y en formato de grupos, para lo cual ,desde el reclutamiento de los aspirantes al programa, se impone la ejecución de una entrevista cuidadosamente elaborada y una evaluación inicial de todos los futuros usuarios con una única y debidamente seleccionada batería neuropsicológica complementada con otras pruebas psicológicas que permitan evaluar aspectos como el humor y la autoeficacia; los resultados de esta evaluación inicial analizados de conjunto con la entrevista han de constituir los criterios de admisión a un Programa y sobre los cuales los mayores deberán ser asignados al programa correspondiente al nivel de prevención en que converjan sus respectivos resultados evaluativos iniciales. Esta evaluación será repetida al inicio del módulo psico-social, al final de la Intervención y a los tres y a los seis meses de la finalización del grupo de intervención.

Los diferentes módulos tienen un carácter interdependiente y sinérgico y están sustentados en el método de *fijación de objetivos*. Los objetivos deben ser pautados paciente –terapeuta aunque en el caso del nivel de prevención terciario que admite a los sujetos con déficits más severos, los objetivos tendrían que ser pautados con la familia y el terapeuta. Respecto a la determinación de los plazos para el alcance de los objetivos; los objetivos a corto plazo deberán ser alcanzados en una o dos semanas de promedio y los objetivos de largo plazo deben de ser alcanzados dentro del transcurso del programa o en el seguimiento.

En este sentido, luego de conocer los aspectos pre y post-mórbidos del sujeto, se tomarían en cuenta los siguientes pasos, para la fijación de objetivos:

1. Discusión con el paciente, la familia y el equipo sobre:

- Objetivos alcanzables a corto y largo plazo
  - Cambios requeridos por todas las partes para su alcance.
2. Elaboración del set de objetivos.
- Set objetivos del sistema de memoria para el recuerdo de alguna de las actividades de la vida diaria como, recordar tomar la medicación, recordar llevar a cabo las actividades de autocuidado, aprender el camino a los comercios, o alrededor del vecindario, hospital, escuela, o lugares de trabajo, aprender los nombres de compañeros del grupo, vecinos importantes para el mayor, familiares y otras de la vida diaria así como el funcionamiento de las actividades significativas y relevantes.
  - Set de objetivos para cada uno de los problemas cognitivos, en el caso del tercer nivel de prevención, deben de ser dirigidos los objetivos a los trastornos más severos como encontrar la cama o aprender la localización del baño.
3. Revisiones y Modificaciones en el Set de objetivos. (dependiente del nivel de la intervención). Si el objetivo ha sido alcanzado puede integrarse en el set un nuevo objetivo si no, es necesario evaluar las causas de los fallos.

### **Modelo estructural de Sesión**

- Explicación y práctica de una técnica de memoria.
- Explicación y práctica de un ejercicio de entrenamiento ó estimulación cognitiva.
- Explicación y práctica de un ejercicio de motivación referido a autoeficacia y expectativas.
- Explicación y práctica de un ejercicio de la metamemoria (creencias de si mismo como memorizador)
- Selección personal de "tarea para casa".
- Explicación y práctica de un ejercicio sobre las emociones

Cada siguiente sesión debe cuestionar y revisar las tareas para la casa.

### **DESARROLLO DEL PROGRAMA**

II. **Programa modular estratégico cognitivo-psicosocial de Intervención de nivel de atención primario** (Teoría de Teoría del olvido-desatención-descuido (Duncan ,1995).

Módulo 1. Déficits de Atención.

Objetivos incluidos los educativos

1. Facilitar estrategias para que los participantes puedan identificar la tarea principal dentro de las demandas de las tareas.
2. Entrenar la división de las tareas más complejas en subtareas.
3. Enseñar a los participantes a chequear su "pizarra mental (la memoria de trabajo).
4. Identificar y evaluar las consecuencias del descuido de distracción Parada/Stopping). Tipos de disrupciones de la atención y las formas para mejorar la concentración.

Actividades

- Manipulación de situaciones de la vida real frecuentemente presentadas y el concepto de pizarra" mental a través de las definiciones operacionales de objetivos y sub-objetivos para las situaciones ejemplificadas.
- Entrenar la respuesta de parada "Stopping" con una palabra seleccionada por el usuario para suspender periódicamente la actividad en curso y la posibilidad de evaluar la consecución de los objetivos.
- Deben ser organizadas en Sets de tareas estratégicas simuladas y naturales de la vida real que expresarán aquellas actividades cotidianas en que los pacientes consideren más significativas o que con particularidad tengan problemas.

Módulo 2. Cognición y Memoria.

Objetivos incluidos los educativos

1. Facilitar estrategias para que los participantes puedan identificar los déficits de memoria en relación con las demandas de las tareas.
2. Identificar y evaluar las consecuencias de la importancia de las quejas de memoria.

3. Proporcionar información a través de ejemplos y ayudas sobre la memoria de trabajo, la memoria a largo plazo, la memoria episódica y semántica, la memoria prospectiva, retrospectiva y la memoria explícita e implícita.
4. Entrenar el uso de la planificación, las rutinas y el ritmo personal de pasos.

#### Actividades/Sets

1. Set de tareas educativas sobre la cognición y memoria durante el envejecimiento.
  - Tareas conceptuales de memoria: Educar e informar sobre la memoria en la tercera edad.
2. Set de tareas de manipulación de situaciones de la vida real frecuentemente presentadas :que serán representativas de los fallos y quejas en las diferentes dimensiones de la memoria presentes en las actividades cotidianas en que los pacientes con particularidad tienen problemas o aunque no los tengan es evaluado en estudios la frecuencia de aparición con el envejecimiento debido a sus demandas sobre las diferentes dimensiones de la memoria y los procesos estratégicos para lo cual serán definidos operacionalmente los objetivos y sub-objetivos para cada una de las situaciones ejemplificadas:
  - Tareas de Memoria episódica: Facilitar el proceso de recuperación de la huella mnésica
    - a) Tareas de Memoria retrospectiva: Promover el recuerdo de acciones y hechos pasados.
      - Charla-coloquio sobre las principales actividades, acontecimientos y festividades (costumbres en fiestas generales y/o personales; comparación con sus etapas más jóvenes y planificación a corto, medio y largo plazo de actividades y acontecimientos)
      - Ejercicios de memoria autobiográfica: reminiscencias de hechos propios, familiares y socioculturales pasados en forma de redacciones y dibujos; acontecimientos históricos por décadas, reconocimiento sobre personajes conocidos, agrupados por oficios o profesiones y recuerdos de rostros y nombres a través de fotografías y revistas.

- b) Tareas de Memoria prospectiva Facilitar el recuerdo de acciones para la ejecución de tareas automáticas (mensajes –recados, cerrar el gas, echar la llave, tomarse o no la medicación) y transferencia de lo aprendido a situaciones cotidianas de su hogar.
- Técnica del Relato vinculada a las actividades más frecuentes en los diferentes horarios del día indicando pistas o palabras para integrarlas en un relato coherente.
  - Lista de items (como la lista de la compra, lista de medicamentos conocidos y prescritos durante su vida, lista de restaurantes conocidos, etc).
  - Operacionalizaciones aprendidas con anterioridad (Lectura de instrucciones de montaje de muebles, preparación de una comida, procedimiento para cambiar un neumático ,marcado del teléfono y ejercicios de esconder y buscar objetos.
  - Técnica de salidas cotidianas. Visualización o el "método de los lugares: Creación de dos mapas de viaje compartido: los participantes deberán durante la ejecución de estas tareas verbalizar cada paso que vayan tomando.
    - Ruta imaginaria del Camino de Santiago – Santuario Virgen de Covadonga. Estableciéndose como dimensiones la variación del viaje (mañana- tarde), rol de cada persona, guía turístico –visitante profesor-alumnos, los asientos y plazas disponibles y un mapa de localización.
    - Asignación a un taller de bolillos. Estableciéndose como dimensiones el horario de la clase (mañana- tarde), rol de cada en persona, profesor-alumno, los medios materiales y la distribución del número de plazas disponibles una cuadrícula de admisión.
3. Set de tareas naturales y simuladas de la vida real: Set de tareas para la memoria de trabajo a través de tareas para la memoria visoespacial, el lenguaje y el aprendizaje de estrategias.

- a) Tareas para memoria de trabajo; orientación viso-espacial.
    - Ejercicios de manejo viso-espacial (Recuadros en color diferente con cambio de posición en la presentación).
    - Dibujar y reconocer en planos sus lugares conocidos (su casa, su barrio, municipio, comunidad o país) junto con ciertas pruebas para realizar recorridos dentro de estos planos.
    - Trabajar la discriminación en Callejeros, mapas geográficos y atlas, junto con el repaso de conocimientos culturales de determinados lugares de interés.
  - b) Tareas de Estimulación del Lenguaje:
    - Ejercicios de conversación con interlocutor, siendo emisor y receptor de información.
    - Ejercicios de narración como emisores de información.
    - Ejercicios de fluidez verbal, preferiblemente escritos buscando estimular y recuperar el máximo número de vocablos.
    - Entrenamiento en escucha activa.
    - Descripción de escenas o láminas temáticas, estimulando la memoria perceptiva visual y el reconocimiento.
    - Denominación de objetos y sus funciones.
    - Ejercicios con pistas o indicios (evocación de léxico a través de datos semánticos).
    - Juegos de palabras incompletas.
    - Antónimos y sinónimos.
    - Refranes incompletos
    - Ejercicios de repetición
  - c) Tareas aprendizaje de estrategias y técnicas cognitivas: Entrenar estrategias de categorización, visualización y asociación.
- Listado y clasificación-agrupación de palabras por categorías o clases.
    - Ejercicios de Pares asociados de palabras (Aplicación de estímulos multimodales (las palabras manzana y pera): Codificación léxico-semántica (frutas), práctica (pelarlas), gustativa (comerlas) y recuperación de esta información requerirá de la utilización de los indicios utilizados en la codificación (frutas, se pelan...) más otros estímulos como la carga emocional

o los códigos semánticos generados por el propio puede facilitar la codificación.

- Entrenamiento estratégico basado en la identificación de alguna información que los usuarios necesiten recordar y con ello practicar usando la recuperación espaciada/método de la enumeración ampliada a través del uso de varias estrategias en diferentes situaciones y la aplicación del material necesario o el uso de una estrategia concreta como la generación de una imagen mental.
- Técnica de la recuperación espaciada en cortos periodos de tiempo que gradualmente se van incrementando (5, 10, 20, 40, 90, 120 seg, etc.). Si el recuerdo falla en un intervalo, se vuelve al intervalo previo en el que el recuerdo fue acertado, y se continúa tras una reexposición de la información. Si no es capaz de evocar dicha información, el intervalo de tiempo es reducido a la mitad. Los intervalos de tiempo son ocupados por una tarea de interferencia, generalmente algún comentario verbal.

### Módulo 3. Meta- psicosocial I: Meta memoria.

#### Objetivos incluidos los educativos

1. Facilitar estrategias para que los participantes puedan reconocer las fortalezas y debilidades de sus atribuciones para enfrentar las demandas de las tareas de la vida diaria.
2. Reflexionar sobre los estereotipos culturales negativos existentes sobre la memoria en los mayores y debatir los diferentes mecanismos que son utilizados de manera personal para afrontar los déficits.

#### Actividades

1. Set de tareas ecológicas de diferenciación entre atribuciones y creencias relacionadas con los fallos en las actividades de la vida diaria.
2. Set de relatos o historias cortas fraccionadas a completar presentadas oralmente.
3. Set de tarjetas con estrategias de afrontamiento descritas y pautas escritas o dibujadas para identificar entre una y otra diferentes formas de afrontamiento y atribuciones, para en un segundo tiempo cada miembro del grupo deberá presentar

una conversación corta a los otros miembros usando las tarjetas y las pautas escritas.

#### **Módulo 4. Meta- psicosocial II: Cognición y Humor.**

Objetivos incluidos los educativos

1. Promover la expresión y afrontamiento adecuado de los estados emocionales negativos y el stress, relacionar el estado de ánimo, la ansiedad y la depresión con la memoria.

Actividades:

##### Set de tareas sobre el Humor

1. Entrenamiento en Imaginería. Promover la representación visual posterior de imágenes de la naturaleza partiendo de una previa exposición conjunta durante 6 minutos de un cuadro de la naturaleza y una tarea ecológica de rutina acompañada de un fondo musical a bajo tono, la segunda parte es a luz tenue y repetición del fondo musical.
2. Entrenamiento en Relajación.
3. Entrenamiento en Respiración. Ritmo de 6 inspiraciones lentas y expulsión del aire a 8 expiraciones lentas.
4. Entrenamiento en Meditación en Barrido de colores con un bastón. En un espacio al aire libre con el soporte del bastón imaginar cómo están bañados de uno en uno por todos los colores del arcoíris.

#### **Módulo 5. Meta- psicosocial III. Estilo de vida y Ocio**

Objetivos incluido los educativos

1. Promover el conocimiento y utilización apropiada del ocio y desarrollar actividades de disfrute grupal y de contenido lúdico.

##### Sets de tareas de Ocio

1. Pequeñas demostraciones festivas de los avances entre los miembros del grupo a través de la creatividad de los participantes.

2. Practicar las Re narraciones con contenido lúdico por rondas .
3. Crear rutas turísticas de recorrido por la ciudad d residencia.

III. **Programa modular estratégico cognitivo-psicosocial de Intervención de nivel de atención secundario**(principios de la plasticidad negativa del cerebro (Mahncke, Connor, Appelman,2006)/reducción de la velocidad de procesamiento para la sensación, la cognición, la memoria y el control motor); (principios de la plasticidad positiva/ capacidad-nueva información y estrategias; (Cavallini, Pagnin, Vecchi,2003)y modelo de entrenamiento basado en tareas ecológicas (Baltes y Baltes, 1990).

Objetivos incluidos los educativos:

1. Prevenir a través del diagnóstico y la rehabilitación temprana la severidad del deterioro cognitivo.
2. Revertir parcialmente las pérdidas normales de la memoria relacionadas con la edad.
3. Reducir el impacto de los problemas en la vida diaria.
4. Optimizar el uso de las habilidades bien conservadas.
5. Mejorar los estados emocionales negativos con expresión de ansiedad, depresión, desesperanza y miedos.

#### ***Módulo 1. Déficits de Atención.***

Objetivos incluidos los educativos

1. Entrenar la división de las tareas más complejas en subtarear.
2. Identificar y evaluar las consecuencias del descuido de distracción.
3. Discutir a través de ejemplos de la vida real cuestiones relacionadas con la codificación y el almacenamiento en el proceso de atención.
4. Identificar las señales del descuido de la distracción a través de una señal de parada o stopping.

#### **Actividades**

1. Entrenamiento de la respuesta de parada "stopping" con una palabra seleccionada por el usuario para suspender periódicamente la actividad en curso que le permita evaluar la consecución de sus objetivos.
2. Organizar las tareas en Sets de Tareas estratégicas simuladas y naturales de la vida real: que expresarán aquellas actividades cotidianas en que los pacientes con particularidad tienen problemas o aunque no los tengan, se ha reconocido en otros estudios su frecuencia de aparición con el envejecimiento debido a las demandas sobre la atención y la memoria de trabajo y los procesos estratégicos de atención.

## **Modulo 2. Cognición y Memoria.**

1. **Set de tareas de Experimentación:** Entrenar el uso de las estrategias de memoria y cognitivas en diferentes situaciones cotidianas con el fin de mejorar el rendimiento a través del aprovechamiento de las capacidades cognitivas conservadas y los recursos residuales.

Este Set a su vez está compuesto por 2 sets de demanda sensorial y 2 sets de demanda cognitiva cada uno con sus ejercicios que incrementan su dificultad en cuanto a reconocimiento de estímulos, discriminación, secuenciación, y memoria bajo el control de la atención a través de la ejercitación de la recepción en la fonética del habla empleando las estructuras neuromodulatorias de baja regulación en el cerebro.

- a) **Set de demanda sensorial 1:** Estimular las estructuras neuromoduladoras a través del uso del sistemas del lenguaje auditivo. Serán aplicados ejercicios progresivos en dificultad, comenzando con formas de tareas relativamente fáciles y progresivamente avanzar en la precisión de escuchar.

### Tareas

1. Estímulos acústicos muy simples con poca extensión de la estructura acústica del habla (identificar diferentes sonidos evaluando los tiempos de fallos).
2. Reconstruir la identidad del sonido de letras del alfabeto que serán usadas. La tarea debe progresar por los cambios de duración y los intervalos interestímulos.
3. Identificar una sílaba generada sintéticamente (ba) de un par confundible (por ejemplo, ba y da). La tarea debe progresar al cambiar la duración e intensidad del componente de barrido de la consonante inicial .

- b) **Set de demanda sensorial 2:** Promover la comprensión de la relevancia personal de los aspectos y estrategias que son discutidas en el grupo.

#### Tareas

1. Emparejar una palabra corta hablada confundible, con otra palabra corta: consonante-vocal- consonante (bad y dad) a partir de una cuadrícula espacial.
2. Construir una secuencia de palabras cortas habladas (idénticas a los estímulos del ejercicio anterior). La tarea debe progresar al cambiar el número de letras en la secuencia y el nivel de procesamiento de la palabra.
3. Reconstruir una serie de instrucciones habladas utilizando un folleto de recetas de cocina o de muebles. La tarea debe progresar cambiando el número y la complejidad de las instrucciones y el nivel de procesamiento de las palabras.

#### c) **Set de demanda cognitiva 1**

1. Responder preguntas acerca de narraciones breves. La tarea debe progresar al cambiar la longitud de los relatos y el nivel de procesamiento de las palabras.
2. Confeccionar una historia o un proyecto que quedó sin realizar en el pasado.

#### d) **Set de demanda cognitiva 2**

1. Elaboración de proyectos para la semana siguiente
2. Elaboración de proyectos para el mes siguiente
3. Elaboración de Proyectos para los tres meses siguientes
4. Discusión grupal y chequeo final de los proyectos personales.

Serán entrenados hasta alcanzar uno de los criterios de éxito:

- Completamiento de los contenidos de todos los ejercicios.
- Completamiento del 75% sobre la velocidad de procesamiento del contenido de los ejercicios avanzado el entrenamiento.

### **Módulo 3. Metapsicosocial I. Metamemoria.**

#### **Intervención cognitiva -ecológico-estratégica.**

#### **Intervención cognitiva**

Objetivos incluidos los educativos

1. Aplicar y generar estrategias propias de memoria y cognitivas en diferentes situaciones cotidianas con el fin de mejorar el rendimiento a través del aprovechamiento de las capacidades cognitivas conservadas y los recursos residuales.
2. Enseñar y practicar a través de ejemplos de la vida real los diferentes tipos de ayudas que podrían utilizar para la codificación, el almacenamiento y la recuperación en el proceso de envejecimiento así como las áreas del cerebro que son involucradas.

### Actividades

1. Explicación interactiva sobre los diferentes tipos de memoria, las diferencias individuales en el ritmo, las razones para la ocurrencia del olvido, los factores que afectan la codificación y recuperación como la atención, la fatiga, las limitaciones físicas, el dolor, medicamentos y el stress.
2. Informar sobre el uso de estrategias externas e internas para la Identificación de los deslizamientos individuales de la memoria.
3. Discusión grupal de los deslices de la memoria de los participantes registrados durante la semana.
4. Practicar el uso de las estrategias externas: libros, diarios, fechas, notas, post-it, relojes, calendarios de pared.
5. Practicar el uso de estrategias internas “Hablar consigo mismo” (trabajando el proceso de un problema o situación, pensando en voz alta), las rutinas y los hábitos (colocación de las llaves del coche en el mismo lugar en la casa asegura ser capaz de encontrarlos cuando sea necesario), y la organización y planificación de manera que pueda reducir el número de descuidos de la memoria.

### **Intervención ecológico-estratégica.**

Objetivos incluidos los educativos

1. Atenuar los fallos y las quejas de las diferentes dimensiones de la memoria.

### Actividades

Los Sets son organizados con tareas seleccionadas que simulan actividades naturales de la vida real en que los pacientes tienen problemas.

- a) Tareas ecológicas estratégicas (Cavallini et al., 2002) sobre tareas de memoria de la vida diaria existentes (Cohen, 1989). Mejorar el rendimiento y la generación de imágenes mentales, la asociación y categorización de los objetos aplicando las estrategias a diferentes situaciones cotidianas.
1. Recuerdo de una historia (Cavallini et al., ; 2002 story recal). Serán presentadas dos ensayos en test y retest con una corta historia, compuesta con un tiempo de lectura de 5 minutos, retiro de la historia y 5 minutos para recordar y escribir, siendo evaluado el desempeño sobre el número de eventos principales correctamente recordados.
  2. Recuerdo de una lista de compras (Shopping list recall; Cavallini et al., 2002). Se utilizarán dos listas diferentes en dos ensayos pre y post test , con 20 elementos normalmente comprados en supermercados, respectivamente ; 5 minutos para su lectura y 5 minutos para el recuerdo y escribir los nombre de los artículos. El desempeño será evaluado sobre la base del número de artículos correctamente recordados.
  3. Memoria de las actividades previstas para la semana (memoria prospectiva; Cavallini et al., 2002). Los participantes deberán memorizar dos listas de 18 citas respectivamente durante una semana en dos ensayos pre y post test ; 5 minutos de lectura; recuerdo y escritura inmediata de la lista respectiva. El desempeño será evaluado sobre la base del número de eventos correctamente recordados.
  4. Memoria para las caras y nombres (Cavallini et al., 2002). Se presentarán dos listas independientes para la fase de pretest y post-test conteniendo 12 caras con un nombre siendo la presentación de 30 seg; retiro de la presentación respectiva ; nueva presentación de la lista completa sin el nombre, debiendo recordar las combinaciones correctas. El desempeño será evaluado sobre la base del número de asociaciones hechas correctas.
  5. Memoria de lugares (Cavallini et al., 2002). Será presentado un mapa de la ciudad de pertenencia incluyendo el nombre de las calles más importantes (con el fin de localizar un monumento) junto con el nombre y localización de diez monumentos

seleccionados. La tarea consistirá en la lectura del mapa (5 min) y el recuerdo inmediato de dichos monumentos, escribiendo su posición y nombre en un mapa en blanco. El desempeño será evaluado sobre la base del número de nombres correctos y las posiciones de los monumentos correctamente recordadas.

b) **Tarea experimental mnemónica.** Fomentar la adquisición y aplicación de estrategias simples para la memoria de las actividades de la vida diaria, combinando imágenes y asociaciones visuales de lugares conocidos que posibilitará a los sujetos generar secuencias respecto a los mismos complejizando la tarea asociando la imagen inicial con el objeto y el nombre a recordar.

1. Elegir una secuencia de lugares que cubren una ruta muy conocida de una zona cercana a su residencia y estas imágenes secuenciadas deben facilitar la asociación con una lista de objetos a recordar.
2. Generalizar la regla mnemotécnica al contenido de memoria de la vida diaria.

c) **Tareas de memoria de trabajo.**

1. Retención de dígitos. (Glisky, E.L, Glisky, M.L;1999). Serán presentadas para recordar listas de números de un dígito en aumento en longitud. El rendimiento será evaluado sobre el nivel de mayor complejidad en el que el participante recordó correctamente al menos dos de cada tres secuencias.
2. Retroceso de Dígitos. (Glisky, E.L, Glisky, M.L;1999). Serán aplicadas para recordar a la inversa, listas de números de un dígito a series aumentadas. Rendimiento será definido por el mayor nivel de complejidad en el que los participantes recordaron correctamente al menos dos de cada tres secuencias.
3. Memoria sobre Listas de dibujos. Serán presentados 20 láminas con dibujos de objetos comunes en intervalos de 3 minutos, para posteriormente recordar a través de una descripción verbal los contenidos de estas láminas. El desempeño será evaluado sobre la base del número de láminas recordadas, sin importar el orden de presentación.

4. Memoria de listas de palabras. Serán presentadas 20 palabras de objetos comunes en una lista de palabras que deberán leer durante 5 minutos para posteriormente recordar verbalmente las palabras. El desempeño será evaluado sobre la base del número de ítems recordados, sin importar el orden de presentación.

#### **Módulo 4. Metapsicosocial II. Cognición y Humor.**

##### Objetivo incluidos los educativos

1. Mejorar el bienestar psicológico y establecer el vínculo entre el status funcional general y la función cognitiva.
2. Estimular la reflexión sobre los propios fallos de memoria.
3. Mejorar los estados emocionales (depresión, ansiedad), la autoestima, la auto-eficacia, la motivación (Rebok et al, 1997).
4. Educar sobre la influencia de los estados emocionales para la memoria.
5. Lograr que los mayores aprendan a percibir la emoción personal que se asocia a la sucesiva realización de los objetivos cognitivos.
6. Promover las creencias de auto-eficacia.

##### a) Set de tareas de la Metamemoria.

1. Reflexionar sobre los mecanismos que son personalmente utilizados, los estereotipos culturales negativos existentes sobre la memoria en los mayores y aprender estrategias de memoria y cognitivas en diferentes situaciones cotidianas con el fin de mejorar el rendimiento.
2. Proporcionar la identificación de los estados emocionales negativos y el stress, practicar las estrategias de imaginación, relajación, respiración, meditación y la actividad física para el manejo de estos estados emocionales.
3. Estrategias para afrontar los cambios emocionales y conductuales incluyendo la frustración, irritabilidad, ira, ansiedad, tristeza y depresión.

#### **Módulo 5. Metapsicosocial III. Estilo de vida y ocio.**

- a) **Set de Entrenamiento de Estilo de vida y Ocio.** Promover el conocimiento y la utilización apropiada del ocio a través del desarrollo de actividades de contenido lúdico, recreativo y cultural.

#### Actividades

1. Creación y Chequeo de un cronograma por semana y propuesta de actividades para la próxima semana. (Excursión a espacio abierto).
2. Narraciones de episodios de la vida cotidiana y re-narraciones de los mismos compartidas entre los miembros del grupo.
3. Recapitulación y Diploma de Finalización.

- IV. **Programa modular estratégico cognitivo-psicosocial de Intervención de nivel de atención terciario** (principios de la plasticidad negativa del cerebro (Mahncke, Connor, Appelman; 2006) que repercuten en la reducción en la velocidad de procesamiento por disminución de la función de los sistemas neuromoduladores que controlan el aprendizaje y la memoria/principio sobre el "exceso de discapacidad" en las demencias aplicado en las intervenciones psicosociales . Referido a la manifestación en los sujetos de un mayor grado de discapacidad que aquél que correspondería por los cambios neuropatológicos del cerebro (Engle, R.W., Kane, M.J. ; 2004), cuyas causas radican en la interacción entre las características invalidantes o deshumanizantes del entorno social y la fisiopatología cerebral .

#### Objetivos incluidos los educativos :

1. Mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo.
2. Prevenir en lo posible la dependencia a través del entrenamiento en las actividades de la vida diaria.
3. Mejorar la autonomía funcional posible en cada estadio de la enfermedad.
4. Ralentizar el declive cognitivo y funcional.
5. Optimizar la cognición, la conducta.

Este Programa de Intervención tendrá la intención de ser utilizado en el ámbito comunitario y en marcos de residencias, centros de mayores y centros de día, a fin de trabajar con los mayores, familia y cuidadores en su propio contexto social.

Programa modular de intervención de memoria de nivel de prevención terciario

**Módulo 1 . Déficit de atención/orientación.**

- a) Set de Terapia de orientación a la realidad ; Promover una mayor sensación de control y comprensión del entorno que le rodea en cuanto al suministro de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona) Las sesiones deben tener un enfoque cognitivo, comenzando habitualmente por la orientación temporal, espacial y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los usuarios. Como instrumentos de trabajo puede utilizarse un Tablero de Orientación con la presentación de información como el día, la fecha, la estación del año, el nombre del lugar y otras informaciones adicionales. Pueden ser usados periódicos, cuadernos de notas o diarios personales y objetos o pinturas que muestren el objeto de la discusión.
- b) Set de Reminiscencias.  
Actividades
1. Estimular el dialogo entre los participantes sobre eventos pasados, con ayudas como fotografías, música, objetos y vídeos; pueden ser utilizadas las renarraciones .
  2. Realización de escucha de piezas musicales de la época y su diferenciación con las melodías actuales.
- c) Set de estimulación corporal : Facilitar la actividad motora y el intercambio en las relaciones interpersonales
1. Estimular la memoria retrospectiva utilizando los sentidos y la escucha activa
  2. Realizar pequeñas excursiones al entorno del propio hogar ,residencia y el externo más cercano.

## **Módulo 2 . Psicoestimulación Cognitiva –Ecológica.**

Paliar los déficits cognitivos en las diferentes dimensiones de la memoria en situaciones cotidianas fundamentales para el mantenimiento de la autonomía en la vida diaria con el fin de mejorar el rendimiento a través del aprovechamiento de las capacidades cognitivas conservadas y los recursos residuales.

- a) Set de Psicoestimulación. Facilitar un proceso rehabilitador integrado y ecológico a las personas con déficits cognitivos moderados a severos y proporcionar una aproximación más ecológica a la problemática particular de los sujetos siendo llevados a encontrar los sistemas de ayuda mas adaptados a su individualidad.

### Actividades.

1. Aplicación de listas de palabras(atendiendo al GDS/MMSE).
  2. Tablero de psicoestimulación con material de estimular los sentidos.
  3. Relojes, Mapas y Calendarios.
  4. Repetición de información de orientación.
  5. Dibujos, asociación de palabras ,denominación de objetos y categorización.
- b) Set Estratégico de Tareas Ecológicas. Entrenar el uso de la planificación y las rutinas y el ritmo personal de pasos, mejorar el rendimiento y la generación de imágenes mentales, la asociación y categorización de los objetos aplicando las estrategias a diferentes situaciones cotidianas.

### Actividades

1. Recuerdo de una historia Corta (Story Recal) l(Cavallini et al., 2002).
2. Recuerdo de una Lista de Compras (Shopping list recall). (Cavallini et al., 2002).
3. Memoria para las caras y nombres. (Cavallini et al., 2002).
4. Memoria de lugares. (Cavallini et al., 2002).
5. Ejercicios de preparación de alimentos.

- c) Set experimental mnemónico. Fomentar las estrategias de combinación de imágenes y asociaciones visuales para su aplicación en actividades de la vida diaria

#### Actividades

Fase 1: Elegir una secuencia de lugares que cubren una rutina diaria como ir al aseo, reconocer su habitación, su cama, sus objetos personales.

Fase 2: Generalizar la regla mnemotécnica a otros contenidos de actividades de la vida diaria.

### **Módulo 3 .Metapsicosocial I. Metamemoria (considerando la reserva cerebral).**

#### Objetivos

Ejercitar de forma sistemática y semi-estructurada las áreas cognitivas específicas (orientación, atención, memoria, lenguaje, praxis, gnosias, cálculo) variando la frecuencia según (GDS 3–4) a través de la categorización de objetos, la fluencia semántica relativa al tema y el recuerdo de temas anteriores manipulados.

#### Actividades

- a) Sets de Ejercicios cognitivos (orientación, cálculo, memoria, lenguaje) . Facilitar la codificación a través del aprovechamiento de las capacidades cognitivas conservadas y los recursos residuales como actividades motoras, generación de ayudas por el propio paciente y el propio recuerdo
- b) Sets de Estimulación sensorial : Estimular las estructuras neuromoduladoras a través del uso del sistemas del lenguaje auditivo lo cual debe mejorar la habilidad para escuchar.
1. Estímulos acústicos muy simples con poca extensión de la estructura acústica del habla (identificar diferentes sonidos evaluando los tiempos de fallos).
  2. Reconstruir la identidad del sonido de letras del alfabeto que serán usadas. La tarea debe progresar por los cambios de duración y los intervalos interestímulos.

Identificar una sílaba generada sintéticamente (ba) de un par confundible (por ejemplo, ba y da). La tarea debe progresar al cambiar la duración e intensidad del componente de barrido de la consonante inicial .

- c) Set de Estimulación de memoria. Estimular la codificación a través de la asociación para el procesamiento del estímulo como el recuerdo de la información almacenada en la recuperación posterior.
1. Tareas de memoria explícita (memoria episódica, autobiográfica y semántica)
  2. Tareas de memoria implícita. Ejercicios de asociación caras-nombre, localización de objetos, y nombres de objetos
  3. Tareas de memoria procedimental Entrenar los aspectos motores de las actividades de la vida diaria. Selección de actividades de la vida diaria básicas e instrumentadas durante tres semanas consecutivas.
    - Ejercicios de aplicabilidad en el aseo personal.
    - Ejercicios de preparación de la comida
    - Ejercicios de uso del teléfono.
    - Técnica del Relato vinculada a las actividades más frecuentes en los diferentes horarios del día indicando pistas o palabras para integrarlas en un relato coherente.

#### **Módulo 4. Metapsicosocial II . Emociones.**

##### Objetivos

1. Mejorar el bienestar psicológico y establecer el vínculo entre el status funcional general y la función cognitiva .
2. Mejorar los estados emocionales (depresión, ansiedad) la autoestima, la autoeficacia, la motivación (Rebok, Rasmusson, Brandt, 1997).

##### Actividades

- a) Set de psicoexpresión . Favorecer los estados emocionales positivos. Reducir la ansiedad.
1. Ejercicios de expresión corporal

- b) Set expresivo-comunicativo Relacionar imágenes auditivas, visuales con la práctica del lenguaje hablado.

1. Tararear canciones

### **Módulo 5. Metapsicosocial III. Estilo de vida y ocio.**

Facilitar el intercambio social entre iguales e intergeneracional.

- a) Set de ejercitación física Fortalecer la motricidad fina y gruesa.

1. Manualidades
2. Intercambio de dibujos “Niños y Mayores”.
3. Salidas a espacios abiertos con tareas de localización, búsquedas y reconocimientos bajo supervisión de ejecución.

### **CONCLUSIONES**

El propósito de este trabajo ha sido presentar una propuesta de un programa de intervención en Memoria en mayores basado en un conjunto de reflexiones previas provenientes de cuestiones teóricas y metodológicas de investigaciones anteriores. Esta propuesta se ha centrado en la perspectiva de mejora de la calidad de vida de los mayores durante el proceso de envejecimiento.

Metodológicamente se pretende integrar en esta propuesta los niveles de intervención en correspondencia con ciertos niveles de prevención primario, secundario y terciario y establecer un marco de relación con ciertos estados o niveles de las quejas como el estado pre clínico-psicológico, el deterioro cognitivo leve y finalmente el deterioro moderado y tomando en cuenta las dimensiones cognitivas, comportamentales, psicosociales y socioculturales de la memoria.

Al estar planteado este programa sobre la base del modelo de manejo de objetivos, los objetivos deben ser elaborados de manera independiente para cada uno de los módulos y sets que corresponden a cada uno de los niveles de prevención descritos en los párrafos anteriores.

En tal sentido, se ha partido desde la perspectiva del propio mayor y del enfoque centrado en la persona para los dos niveles de prevención primario y secundario siendo más personalizado para el nivel terciario por la magnitud de los déficits que pueden estar presentes. El punto de partida para el planeamiento de los objetivos, en concreto de las tareas contenidas en los sets, debe ser tratado tomando en consideración el espectro de intereses y dificultades del propio mayor para que así sea facilitada la gestión de objetivos personales.

En nuestra propuesta son abordadas aquellas dimensiones de la memoria que pueden ser trabajadas y susceptibles de mejora como son las estrategias de memoria y el conocimiento sobre la misma (metamemoria), los procesos cognitivos como la codificación y recuperación de la huella, la memoria de trabajo y la memoria episódica, la atención, la percepción, y cuestiones psicosociales como la autoeficacia.

### ***Agradecimientos***

Al Profesor Julio Menor Gaspar Pinilla por su sabio acompañamiento en todas las etapas de este trabajo.

### **REFERENCIAS.**

Baddeley, A.D., Hitch, G.J. (1974). Working memory. *The psychology of learning and motivation* (8), 47–90. New York: Academic Press.

Baddeley, A.D., (1986). Working Memory. *Oxford University Press*, Oxford, (289)

Baltes, P.B., Baltes, M.M., 1990. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. *Successful Aging*. Cambridge University Press, Cambridge, MA, 1\_34.

Cavallini E., Pagnin, A., Vecchi, T. (2003). Aging and everyday memory: the beneficial effect of memory training. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 37, 241\_ 257.

Cavallini, E., Pagnin, A., Vecchi, T. (2002). The rehabilitation of memory in old age: effects of mnemonics and metacognition in strategic training. *Clin. Gerontol.* 26, 125\_ 141.

Cavanaugh, J.C. (2002). La metamemoria desde una perspectiva sociocognitiva. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 5, 85-106.

Cicerone, K.D., Dahlberg, C., Kalmar, L., Langenbahn, D., Malec, J.F., Bergquist, T.F., Felicetti, T., Giacino, J.T., Harley, J.P., Harrington, D.E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L., Morse, P. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1596–1615.

Craik, F.I.M., Winocur, G., Palmer, H., Binns, M.A., Edwards, M., Bridges, K., Glazer, P., Chavannes, R., & Stuss, D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on memory. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 132–142.

Engle, R.W., Kane, M.J. (2004). Executive attention, working memory capacity, and a two-factor theory of cognitive control. *The psychology of learning and motivation*, (44), 145–199., New York: Elsevier.

Fergus, I.M., Winocur, G., Palmer, H., Binns, M.A., Edwards, M., Bridges, K., Glazer, P., Chavanne, R., and Stuss, D. Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on memory *Journal of the International Neuropsychological Society* (2007), 13, 132–142 5.

Flynn, T.M., Storandt, M., 1990. Supplemental group discussions in memory training for older adults. *Psychol. Aging* 5, 178\_ 181.

Glisky, E.L., Glisky, M.L.; 1999. Memory rehabilitation in the elderly. *Cognitive rehabilitation*, 347–361). Cambridge: Cambridge University Press.

Greenwood, P.M. (2000). The frontal aging hypothesis evaluated. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 705–726.

Hertzog, C., Hultsch, D.F., (2000). Metacognition in adulthood and old age. *The Handbook of Aging and Cognition*, 417\_ 466.

Jennings, J.M. & Darwin, A.L. (2003). Efficacy beliefs, everyday behavior, and memory performance among older elderly adults. *Educational Gerontology*, 29, 71–91.

Larrabee, G. J., & Crook, T. H. (1989). Dimensions of everyday memory in age-associated memory impairment. *Psychological Assessment*, 1, 92– 97

Levine, B., Stuss, D.T., Winocur, G., Binns, M.A., Fahy, L., Mandic, M., Bridges, K., Robertson, I.H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society* 13, 143–152

Levine, B., Robertson, I.H., Clare, L., Carter, G., Hong, J., Wilson, B.A., Duncan, J., Stuss, D.T. (2000). Rehabilitation of executive functioning: An experimental-clinical validation of goal management training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 299–312.

Linewear, T.T. & Hertzog, C. (1998). Adult's efficacy and control beliefs regarding memory and aging: separating general from personal beliefs. *Aging, neuropsychology and cognition*, 5 (4), 264-296.

Mahncke H. W. , Connor, B.B., Appelman,J., Ahsanuddin,O.N., Hardy,J.L., Wood,R.A.,Joyce,N.M., Boniske,T., Atkins,S.M., and Merzenich,M.M (2006) . Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity-based training program:A randomized, controlled study .PNAS August 15, 103(33), 12523–12528.

Rebok G. W., Michelle C. Carlson, and Jessica B. S. Langbaum.(2007) .Cognitive Interventions and Aging Training and Maintaining Memory Abilities in Healthy Older Adults: Traditional and Novel Approaches. *Journals of Gerontology*, 62B, (1): 53–61.

Robertson, I.H. Murre, J.M. (1999). Rehabilitation of brain damage: Brain plasticity and principles of guided recovery. *Psychological Bulletin*, 125, 544–575.

Salthouse, T.A., 1994. The aging of working memory. *Neuropsychology* ,8, 535\_ 543.

Turner, M.L. y Pinkston, R.S. (1995). Effects of a memory and aging workshop on negative beliefs of memory loss in the elderly. *Educational Gerontology*, 19(5), 359-373.

Vecchi, T., Albertin, L., Cornoldi, C., (1999). The relationship between self assessment of everyday spatial memory and performance on memory tasks in old age. *Clin. Gerontol*, 20, 57\_ 66.

Verhaeghen, P., Marcoen, A., Grossen, C., (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: a meta-analytic study. *Psychol. Aging*, 7, 242\_ 251.

Wilson, B.A.(2009). *Memory Rehabilitation*. New York: Guilford Press.

Winocur,G. ,Palmer,H.,Dawson,D. ,Binns,M.A.,Bridges,K.,and Stuss,D.T. (2007), Cognitive rehabilitation in the elderly:An evaluation of psychosocial factors *Journal of the International Neuropsychological Society* 13, 153–165\_

Wonder, Jacquelyn A., U Denver, US. (2006). Evaluation of Structured Life Review on episodic memory of elders. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 66(7-A), 2502.

Zacks, R.T., Hasher, L., (2000). The handbook of aging and cognition,. 293–357.

Zarit, S. H., Cole, K. D., Guider, R. L. (1981). Memory training strategies and subjective complaints of memory in the aged. The Gerontologist, 21, 158–164.

## **PROYECTO MAYORES INCLUSIV@S DE LA ASOCIACIÓN IN.XURGA (XURISTAS DE GALICIA POLA INCLUSIÓN)**

**Ana María Castro-Martínez.**

Presidenta de IN.XURGA

**Palabras Clave:** Personas mayores, participación, apoyos, independencia, autonomía personal

### **RESUMEN**

**Objetivo principal.** - La asociación IN.XURGA trata de mejorar la calidad de vida de las personas mayores en el ámbito territorial de Galicia desde la vertiente asociacionista. El proyecto se basa en divulgar los derechos de las personas mayores, fomentar la lucha por sus derechos como colectivo vulnerable, mostrando las herramientas y apoyos para mejorar sus vidas articulado en la primacía de la autonomía personal y la independencia respetando siempre sus deseos, la investigación en el campo del envejecimiento activo, la defensa jurídica de las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia y con deterioro cognitivo...destacando como programa estrella la adaptación de textos a la técnica lectura fácil para su correcta comprensión.

**Metodología.**- Se realizan varias actividades: sesiones formativas gratuitas por diferentes localidades, Congresos divulgando los derechos de las personas con discapacidad/dependencia con apartado específico a mayores, jornadas de violencia de género con apartado específico a mujer mayor y mujer en el entorno rural, divulgación de la figura de la persona facilitadora, sesiones de lectura fácil con el fin de adaptar textos, consultas jurídicas presenciales, realización de trabajos de investigación y presentación en Congresos. Se recogen datos de cada una de las actividades, se procesan, estudian y realizan investigaciones que más tarde serán divulgados en distintos eventos.

**Resultados.** En sesiones formativas participaron 53 personas mayores de 65 años en 2017 y en 2018 participaron 127. En los 2 Congresos nacionales celebrados en 2018 y 2019 el 32% eran mayores de 60 años. En Jornada de violencia de género en 2018 el 15% de asistentes eran mayores 65 años donde 99% eran mujeres. En sesiones lectura fácil en 2018 se adaptaron 9 textos a personas asociadas mayores de 65 años donde 100% son

mujeres. Se defendieron varias comunicaciones en Congresos en 2018 y 2019 sobre envejecimiento activo. Se atendieron 43 consultas presenciales.

**Conclusiones.-** L@s personas mayores que asiste nuestra entidad han mejorado su calidad de vida tras participar en distintas actividades, valorando satisfactoriamente el proyecto. Aumentaron su autoestima, autonomía personal, independencia, mejora en la toma de decisiones en libertad y aumento de la participación social. Puede asegurarse que el proyecto Mayores Inclusiv@s desarrolla buenas prácticas como la utilización de herramientas facilitadoras de la comprensión de textos incidiendo de forma positiva en el bienestar de los usuarios.

## INTRODUCCIÓN

IN.XURGA es una asociación sin ánimo de lucro constituida el 16/02/2017 al amparo del art. 22 da Constitución Española y de la Ley Orgánica 1/2.002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación e demás legislación aplicable, de ámbito territorial la Comunidad Autónoma de Galicia. Consta en el Rexistro Central de Asociacións da Comunidade Autónoma de Galicia con número de inscripción: 2017/021189-1ª, con CIF: G94152774 y sede en Pontevedra. Dentro de nuestros fines están: promover la autonomía y la vida independiente, fomentar la inclusión y la diversidad en la sociedad, fomentar la figura de la persona facilitadora, defender los derechos así como intentar la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, gestionar ajustes razonables ante entes públicos o privados, velar por la visibilidad ante la sociedad del colectivo de personas mayores, desarrollar investigaciones jurídicas y sociales...La Junta Directiva está compuesta por letradas en ejercicio con conocimientos amplios de discapacidad y dependencia.

Como objetivo principal que engloba al resto, podríamos decir que tratamos de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y dependencia en el ámbito territorial de Galicia desde la vertiente asociacionista. Dentro del colectivo con el que trabajamos tenemos un grosso de actividades para las personas mayores que son consideradas para nuestra entidad las que tienen más de 65 años, independientemente de que tengan una discapacidad reconocida o una dependencia. El proyecto más importante con este grupo de personas se denomina: “Mayores Inclusiv@s”. El proyecto se basa en divulgar los derechos de las personas mayores, fomentar la lucha por sus derechos como colectivo

vulnerable, mostramos las herramientas y apoyos que puedan servir para mejorar sus vidas articulado sobre la base a la primacía de la autonomía personal y la independencia respetando siempre sus deseos, desarrollamos algunas investigaciones en el campo del envejecimiento activo, trabajamos en la defensa jurídica de las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia mayores de 65 años...destacando como programa estrella la adaptación de textos a distintas técnicas facilitadoras de la comprensión para su correcto entendimiento.

### **DESARROLLO DEL PROYECTO. ACTIVIDADES.**

El proyecto se desarrolla dentro de las distintas actividades que realiza la asociación IN.XURGA. Consta de los siguientes apartados:

-Asesoramiento jurídico a las personas a partir de 65 años, tengan o no una discapacidad reconocida oficialmente, que sean personas o no asociadas, con cita previa, durante el horario de atención al público semanal, permitiendo otra persona presente durante la asesoría, gratuito, media de asistencia 1 hora, se recogen datos para estudios de investigación. Algunas personas mayores de 60 años, si tienen discapacidad reconocida las consideramos dentro del proyecto y son atendidas en igualdad de condiciones.

-Sesiones formativas que se realizan por distintas localidades del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia. La temática de la discapacidad y dependencia se trata de divulgar durante estos eventos que suelen durar entre 2 y 3 horas, en locales públicos solicitados al efecto de realizar los eventos, incidiendo en el ámbito rural de Galicia que tiene características especiales, divulgando las ayudas públicas existentes e informando de los derechos de las personas mayores, así como de los procedimientos jurídicos en relación a las cuestiones planteadas. Se recogen datos para estudios de investigación llevando un control de número de asistentes.

-Atención al entorno rural está incluido en las sesiones formativas realizadas en distintas localidades con el enfoque de las personas mayores, pero también se trata específicamente en Congresos, Jornadas...

-Centrad@s en la mujer. IN.XURGA es una asociación que está compuesta en su mayoría por mujeres, donde la Junta Directiva está sólo compuesta por abogadas en ejercicio, centrando nuestras acciones siempre en la persona además de darle a nuestras actividades perspectiva de género, por tanto, estamos centradas en la mujer en todos sus aspectos a través de distintas acciones. Nuestro proyecto estrella se denomina: Mujer en armonía.

-Jornada de Violencia de género. Organizamos de forma anual en el mes de noviembre una Jornada de Violencia de Género en mujeres con discapacidad o dependencia dedicando un espacio importante a la mujer mayor con su problemática particular. En el 2018 tuvo por título: “Armonía: una vida sin violencia”. Además se realizan campañas a través de nuestras redes sociales en defensa de la mujer con discapacidad víctima de violencia de género. Se recogen datos.

-Organización de Congresos. IN.XURGA realiza en febrero coincidiendo con la fecha de constitución un Congreso sobre los derechos de las personas con discapacidad y dependencia anual de nivel nacional donde se trata de poner de relieve algún problema importante al que queremos dar visibilidad instando a la participación de las personas mayores. En el 2018 se trató de la puesta en valor de la intervención del letrad@ en materia de discapacidad y dependencia donde se trató al colectivo de personas mayores en una mesa cuyo título fue: “Respeto a la dependencia: esa utopía”. En 2019 se trató la violencia de género en la mujer con discapacidad y dependencia cuyo título fue “No tener miedo es el camino” donde se dedicó una tarde completa con 6 ponentes a personas mayores denominado: “Vivir con dignidad” así como una ponencia sobre las mujeres mayores enfrentadas en soledad al abandono institucional.

-Adaptación de textos a herramientas facilitadoras de la comprensión. Este proyecto se denomina: Amig@ de la lectura fácil. Es un club donde se adaptan textos judiciales de cualquier tipo a las distintas herramientas de adaptación de textos tanto explicativo de viva voz, lenguaje sencillo, lectura fácil. Tenemos personas que conocen las técnicas, formadas en la adaptación de textos, utilizando de validadores personas asociadas o no que cumplan requisitos, contamos con una filóloga en lengua galega que

supervisa los textos cuando se realizan en esta lengua. Se recogen datos para investigaciones.

-Divulgación de la figura de la persona facilitadora. Realizamos la encomienda de uno de los fines de IN.XURGA que consiste en divulgar la figura de la persona facilitadora que realizamos a través de los eventos que organizamos y ofertamos para nuestras personas asociadas.

-Investigaciones. Investigamos tomando como muestra personas mayores que acuden a IN.XURGA, tomamos datos, realizamos encuestas o entrevistas, obtenemos resultados de valoraciones de las distintas actividades que ofertamos, etc. Los resultados que se obtienen se aportan a la sociedad y son de uso público y gratuito a través de comunicaciones orales, pósters, conferencias, artículos de prensa o revistas especializadas.

## **RESULTADOS DEL PROYECTO**

De todas las acciones relativas al grupo de personas que dentro de la entidad consideramos *personas mayores* (las que tienen más de 65 años) que se han realizado en IN.XURGA desde el inicio en febrero 2017 los resultados son los siguientes:

-Asesoramiento jurídico. Se atendieron 43 consultas presenciales de índole jurídica durante el año 2018 y hasta junio 2019 a personas mayores de 65 años. El grosso de estas consultas, un 81% fueron sobre materia de discapacidad (35consultas) y el 19% sobre dependencia (8 consultas). Exigimos que la propia persona esté presencialmente para ser atendida aunque puede estar auxiliada y acompañada por un familiar o cualquier otra persona que desee. El tiempo medio es 1 hora y siempre con cita previa siendo atendido por una abogada en ejercicio con formación especializada en discapacidad/dependencia/mayores. Es gratuito.

-Sesiones formativas. Se realizan mensualmente desde septiembre 2017 en distintas localidades de Galicia, básicamente en la provincia de Pontevedra y Coruña, participaron 53 personas mayores de 65 años en el año 2017 siendo en el 2018 la participaron de 127 personas tanto hombres como mujeres. La participación entre este grupo de edad ha sido destacable y ha ido en aumento, planteando durante las sesiones

cuestiones que les afectan, no sólo jurídicas sino administrativas y otras índoles como las sanitarias.

-Atención al entorno rural. Llama la atención que las consultas se plantean en mayor número cuando se celebra en el medio rural, la temática planteada con más frecuencia es dependencia, ayudas sociales, consultas en materia de herencias... y se realizan más por mujeres que por hombres.

-Centrad@s en la mujer. Damos visibilidad a las mujeres mayores de 65 años, fomentamos su participación en la vida social (no sólo en la familiar y como cuidadora), nuestro proyecto Mujer en armonía divulga los derechos de los que son portadoras...

-Jornada de Violencia de género. Organizamos anualmente en noviembre unas Jornadas sobre violencia de género de 2 días de duración con 12 ponentes y 10 horas acreditadas de formación en violencia de género. En 2018 se tituló: “Armonía: una vida sin violencia” donde el 15% de asistentes eran personas mayores de 65 años en las que el 99% eran mujeres. La valoración que se obtuvo en la recogida de datos fue muy satisfactoria para la mayoría considerando este tipo de formación gratuita necesario.

-Organización de Congresos. En los 2 Congresos sobre materia de discapacidad y dependencia celebrados en el mes de febrero 2018 y 2019, el porcentaje de personas mayores que han participado en la totalidad de los 2 eventos anuales fue del 32% mayores de 60 años (cuantificamos estos eventos a partir de 60 años para el cálculo del %).

En el I Congreso de febrero 2018 se dedicó a mayores la mesa denominada “Respeto a la dependencia: esa utopía” donde se trató con 2 ponentes abogad@s los distintos recursos judiciales para hacer efectivo el ejercicio del derecho económico a las ayudas de dependencia. La valoración fue muy buena al tratar este aspecto jurídico que en Galicia tiene gran trascendencia por la demora en el cumplimiento de este tipo de ayudas unido a la demora endémica de los procedimientos judiciales. Se valoró satisfactoriamente la intervención de intérpretes en lengua de signos durante todo el evento.

En el II Congreso de febrero 2019 se dedicó un amplio espacio a mayores denominado: “Vivir con dignidad”, con 7 ponentes que trataron distintas materias como la demencia, las sujeciones físicas, la intervención del Ministerio Fiscal en la protección de mayores,

los poderes preventivos, exposición del modelo centrado en la persona de la residencia Soraluze, la intervención sobre salud mental de asociación Ápices así como una ponencia sobre las mujeres mayores enfrentadas en soledad al abandono institucional. Los ponentes fueron del calibre del Fiscal de protección de mayores Cristóbal Fabrega Ruíz o los geriatras José Antonio López Trigo (presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología) y Rosa López Mongil.

-Adaptación de textos a herramientas facilitadoras de la comprensión – Se creó la sección dentro de IN.XURGA denominada Amig@ de la lectura fácil donde a través de talleres y sesiones específicas se realizan adaptaciones de textos por profesionales que conocen las distintas técnicas, validando con nuestras personas asociadas el trabajo realizado e inspeccionado por una filóloga en lengua galega que supervisa los textos tanto en castellano como cuando se realizan en lengua galega. Durante el año 2018 y hasta junio 2019 se adaptaron 9 textos de índole jurídica (mayoritariamente resoluciones judiciales: Sentencias, Autos...) a personas asociadas mayores de 65 años donde 100% son mujeres. De los 9 textos que se adaptaron, 5 fueron en lengua galega y 4 en castellano. Se han realizado a mayores adaptaciones de viva voz instantáneas en cada sesión de atención al público los jueves de tarde siendo la actividad que más demanda tiene. Es gratuito. La valoración de quién lo solicita y se le proporciona es satisfactoria, crece su autoestima, se sienten que participan en la sociedad y son partícipes de sus propias vidas, se sienten útiles, que las decisiones las toman con independencia y en libertad.

-Divulgación de la figura de la persona facilitadora. Hemos realizado labores de persona facilitadora en distintas ocasiones a personas asociadas mayores de 65 años, generalmente para acudir a la Administración a gestionar temas burocráticos en vía administrativa y en 2 ocasiones al juzgado de manera informal para realizar una declaración y recoger un exhorto.

-Investigaciones. De todas las actividades se toman datos que se procesan para distintos estudios que más tarde se presentan en eventos científicos. Dentro de los fines de IN.XURGA está la investigación en materia de discapacidad y dependencia, en concreto, con el grupo de personas mayores que son los que tomamos como muestra. En los estudios también participan familiares y conocidos que cumplan los requisitos del

estudio. Los resultados que se obtienen los aportamos a la sociedad a través de presentaciones en congresos, jornadas, etc, son de uso público, gratuito, en forma de comunicaciones orales, pósters, conferencias, artículos de prensa o revistas especializadas. Se defendieron 5 comunicaciones en Congresos en 2018 y hasta junio 2019 sobre personas mayores, en concreto, sobre envejecimiento activo. Los trabajos que se expusieron fueron:

\*-El 05 Julio 2018 Cartagena (Murcia) Jornadas Psiquiatría y Derecho: Internamiento Involuntario por razón de Trastorno Psíquico UIMP ( Universidad Internacional Menéndez Pelayo ) donde nuestra Presidenta, Ana María Castro Martínez, participó impartiendo la conferencia de título: "LOS INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MUJER MAYOR " basado en la defensa jurídica de las personas mayores y la lucha por sus derechos como colectivo vulnerable centrado en los internamientos involuntarios.

\*-El 26 de septiembre 2018 Jaén, nuestra Presidenta, Ana María Castro Martínez, mostró y defendió la comunicación aceptada por la Comisión Científica del II Congreso Intersectorial de Envejecimiento y Dependencia/Una nueva mirada a la evidencia de título: " DERECHO A ENTENDER DURANTE LA VEJEZ. SOLUCIONES EN LECTURA FÁCIL" basada en la implantación de formas de envejecimiento activo a través de la técnica lectura fácil.

\*-El 21 y 22 de marzo 2019 Salamanca USAL Universidad de Salamanca Jornadas Envejecimiento y Discapacidad , Discapacidad y Envejecimiento, nuestra Presidenta, Ana María Castro Martínez, defendió el póster aceptado por el Comité Científico de título: "FACILITAR LA VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO JURÍDICO UTILIZANDO LA HERRAMIENTA LECTURA FÁCIL" basado en los beneficios de utilizar la lectura fácil con personas mayores.

\*- El 23 mayo 2019 Barcelona V Congreso estatal sobre alteraciones de la conducta AMPANS y ALTHAIA con XII Congress of the European Association for Mental Health in Intellectual Disability, nuestra Presidenta, Ana María Castro Martínez, defendió el póster aceptado por el Comité Científico de título: "INCIDENCIA EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INTELLECTUAL INMERSAS EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES TRAS ADAPTAR LA RESOLUCIÓN DICTADA Y ALCANZAR SU COMPRENSIÓN” basado en la mejora de la calidad de vida tras adaptar textos judiciales a técnicas facilitadoras de la comprensión de algunos colectivos entre los que se encuentran las personas mayores.

\*-El 9 noviembre 2019 Gijón Facultad Padre Ossó adscrito a Universidad Oviedo II Congreso Norbienestar. Envejecimiento Activo y Discapacidad, nuestra Presidenta, Ana María Castro Martínez, defendió el póster aceptado por el Comité Científico de título: “UN CASO DE ÉXITO: INTRODUCCIÓN POR PROFESIONAL DEL DERECHO DE TÉCNICAS FACILITADORAS DE LA COMPRENSIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS” basado en los beneficios que las distintas técnicas facilitadoras de la comprensión a las personas mayores reportan si se emplean en un despacho de abogacía.

## **FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO**

El objeto principal de este texto es realizar un breve resumen sobre las actividades que desde la asociación sin ánimo de lucro IN.XURGA se realizan en relación al colectivo de personas mayores. Se tiene muy en cuenta los problemas de deterioro cognitivo que tiene esta franja de población a partir de 65 años, razón fundamental por la que introducimos técnicas que les ayuden en la comprensión del entorno (el derecho a entender) facilitándoles la vida en el sentido de que les otorgue mayor dignidad entender qué es lo que está pasando en sus vidas. En el campo jurídico, que es de por sí dificultoso debido a la terminología, introducimos herramientas de apoyo que adapten los textos que no comprenden e intentamos hacerles partícipes de sus propias vidas. Hemos visto que en el sistema de prestaciones sociales no está incluido ningún tipo de adaptación (Castro-Martínez, 2018) es por ello que, de forma innovadora, lo estamos insertando. La edad no puede provocar una discriminación a ninguna persona y, por ende, su exclusión de la sociedad. Atender a esa diversidad humana es tarea que deben realizar las instituciones públicas por mandato constitucional, sin embargo, por las carencias del sistema no llega más que a un porcentaje muy bajo de este colectivo. Llegar a la vejez nos hace a tod@s más vulnerables, en esa etapa necesitamos de herramientas de apoyo personales, tecnológicas, económicas...que nos ayuden a aumentar la dignidad como persona y el

Estado tiene la obligación de proporcionarlas. Desde IN.XURGA introducimos herramientas como la lectura fácil (García, 2012) o el lenguaje sencillo que adaptan esos textos incomprensibles a un texto entendible por la persona que lo precise reivindicando estas prácticas como buenas prácticas a implantar en cualquier entidad que trabaje con personas mayores de 65 años (Vived, 2012) . La motivación principal de estas buenas prácticas es que se consigue un gran bienestar en la persona ya que, al comprender lo que debe leer, puede decidir con total libertad y plena autonomía. Para que las decisiones sean sustancialmente autónomas deben reunir las siguientes condiciones: que sean expresión de la libertad del individuo y de sus preferencias tras una información adecuada y significativa, y que deriven de una persona con capacidad o competencia, es decir, que tenga la cualidad para poder ejercitar con todas las garantías el derecho a decidir (Echezarreta et Salinas, 2004).

Otra razón es que los derechos de los colectivos en situación de vulnerabilidad deben ser ejercitados sin ningún tipo de discriminación por razón alguna, en este caso, por estar en una franja de edad determinada, en definitiva, por razón de edad (Directiva Marco 2000/78/EC prohíbe la discriminación por motivo de edad. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. Prohíbe la discriminación por edad) teniendo el mismo derecho al acceso a la comprensión del entorno que el resto de personas y el Estado deber poner los medios para que puedan ejercitar ese derecho. Pero esa situación no se da, por lo que las entidades del Tercer Sector son las que suplen esas carencias. IN.XURGA es una de ellas.

En los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91 el 16 de diciembre de 1991) están basados en pilares que hemos tomado para el diseño del proyecto: independencia, participación, cuidados, autorrealización, dignidad.

También hemos tomado las 8 dimensiones de la calidad de vida para desarrollar el proyecto (Shalock, 2019): desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, bienestar emocional, físico, material. Acogemos también para el diseño las tres funciones esenciales para una organización o una persona que ofrece apoyo a personas mayores ( Shalock, 2019): organiza las posibles estrategias de apoyo en un sistema con el que se pueden planificar y poner en marcha

apoyos individualizados basados en las necesidades de apoyo de la persona, proporciona un marco para coordinar la adquisición y la utilización de apoyos individualizados en todas las fuentes de apoyo y proporciona un marco para evaluar la repercusión de los apoyos individualizados al nivel de funcionamiento y la calidad de vida de la persona. Toda la concepción del concepto calidad de vida se toma tanto de Shalock como de Verdugo (2003).

IN.XURGA al ser una ONG compuesta de letradas en ejercicio el campo que más trabaja dentro de los derechos de las personas con discapacidad y dependencia es el de los derechos. Dentro de este ámbito jurídico, nos encontramos con una serie de situaciones en el ejercicio de la abogacía cuyo actor principal es una persona mayor desea tomar una decisión importante de trascendencia personal o económica, acuden al despacho profesional a consultar sus dudas, se les explica en términos jurídicos técnicos y complicados lo que derive en una falta de comprensión del asunto sobre el que desea decidir. Deviene en la necesidad de que alguien adapte los textos que debe rubricar o les expliquen en lenguaje sencillo todo ese incomprensible embrollo jurídico. Las personas que ejercen la abogacía no están preparadas para este menester lejos de intentar explicar lo mejor y claramente posible la situación al cliente. Por tanto, en el ámbito jurídico en esta etapa de la vida es totalmente necesario adaptar textos para su comprensión dada la gran trascendencia que puede acarrear la firma de ciertos documentos o negocios jurídicos pero los poderes públicos no ofertan este tipo de recurso (Castro-Martínez, 2018).

Un ejemplo tipo es testar donde necesitan explicaciones detalladas de términos jurídicos complicados. Para ese momento de la vida y para esas circunstancias en que existe ya un deterioro cognitivo está la técnica lectura fácil donde se adaptan textos que sí van a comprender y, por tanto, poder tomar una decisión en libertad. Esa tarea la realizamos en IN.XURGA.

## **CONCLUSIONES**

L@s personas mayores que asiste IN.XURGA han mejorado su calidad de vida tras participar en distintas actividades, habiendo valorado satisfactoriamente el proyecto.

Aumentaron su autoestima, autonomía personal, independencia, mejora en la toma de decisiones en libertad y aumento de la participación social.

Puede asegurarse que el proyecto Mayores Inclusiv@s desarrolla buenas prácticas como la utilización de herramientas facilitadoras de la comprensión de textos incidiendo de forma positiva en el bienestar de los usuarios.

## BIBLIOGRAFÍA

- Castro-Martínez, Ana M. (2018). “El derecho a entender durante la vejez. Soluciones en lectura fácil”. UJA. Libro de Actas II Congreso intersectorial de envejecimiento: una mirada a la evidencia. Publicación Revista Paraninfo Digital pendiente.
- García Muñoz, Ó. (2012). Lectura fácil: métodos de redacción y evaluación. Real Patronato sobre Discapacidad; Retrieved from Riberdis <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4146>
- M Echezarreta, A. Salinas, Ricardo Gómez Huelgas, Baldomero Álvarez Fernández, José Antonio López Trigo y otros.(2004). Principio de autonomía en las demencias avanzadas ¿queremos para los demás lo que no deseamos para nosotros? Revista Española de Geriatria y Gerontología . Vol 39, 2 pg 94-100 ISSN 0211-139X, ISSN-e 1578-1747,
- Robert L. Schalock (2019). El concepto de calidad de vida y su aplicación a los mayores: calidad de vida y el concepto de envejecer bien. USAL. Conferencia Jornadas Envejecimiento y discapacidad.
- Verdugo Alonso, Miguel Ángel (2003) Calidad de Vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza. Madrid. **ISBN / ISSN: 84-206-4165-0**
- Vived, E. y Molina, S. (2012). Lectura fácil y comprensión lectora en personas con discapacidad intelectual. Zaragoza. Prensas Universitarias. Universidad de Zaragoza.

## **DETECCIÓN PRECOZ DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN EN ASTURIAS**

**Ana Luque Camiña, M<sup>a</sup> Luisa Fernández Redondas.**

Asociación Síndrome de Down de Asturias.

### **INTRODUCCIÓN**

Los objetivos de este estudio son detectar los cambios asociados a un posible deterioro cognitivo en personas con síndrome de Down, facilitando un diagnóstico temprano en base a un protocolo previamente elaborado. Además, se pretende responder a la preocupación de las familias ante el aumento de la esperanza de vida de los usuarios y brindarles apoyo.

### **MÉTODO**

La muestra está formada por 18 personas con síndrome de Down con edades comprendidas entre los 32 y los 59 años de la Asociación Síndrome de Down de Asturias.

Se elaboró un protocolo de actuación en la entidad el cual dicta, entre otras medidas, la aplicación de la adaptación española Esteba-Castillo y cols. (2013) del Cambridge Examination for mental disorders of older people with Down's.

syndrome and others with intellectual disabilities, CAMDEX-DS (Ball et al., 2006). Se evaluaron los posibles cambios percibidos por las familias y se aplicó la batería neuropsicológica Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) a las personas usuarias. En caso de sospecha de deterioro cognitivo, se emitió informe justificando la necesaria realización de pruebas confirmatorias (TAC, SPECT,...) al médico de Atención Primaria y/o Neurología.

### **RESULTADOS**

Los resultados indican que el 11,11 % de la muestra obtuvo puntuaciones que hacían sospechar el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer y el 5,5 % indicaron que existía un riesgo de aparecer la misma. En el primer caso, dichas valoraciones concordaban con los cambios observados por las familias y, una vez realizadas las pruebas confirmatorias, los diagnósticos de Alzheimer fueron confirmados.

## CONCLUSIONES

El presente estudio permite realizar un seguimiento individualizado de los usuarios y detectar de manera precoz la presencia de demencia tipo Alzheimer, por parte de profesionales especializados en las personas con síndrome de Down; además de brindar apoyo y asesoramiento a la familia en el proceso de deterioro cognitivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ball, S. y cols. (2013) Prueba de Exploración Cambridge para la Valoración de los Trastornos Mentales en Adultos con Síndrome de Down o con Discapacidad Intelectual. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Berzosa, G. (2013) Las personas con síndrome de Down y sus familias ante el proceso de envejecimiento. Madrid, España: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Huete, A. (2016) Demografía e inclusión social de las personas con síndrome de Down. Revista Síndrome de Down, Vol. 33, pp. 38 – 50.

## **EL ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL**

**María García Fraile. Antonio León Aguado Díaz. Marta Badía Corbella.**

### **INTRODUCCIÓN**

Actualmente hay una escasa información de cómo es el proceso de envejecimiento en las personas con PC (PcPC), requiriéndose de estudios para anticipar los cambios asociados. El objetivo del presente trabajo era analizar si en las PcPC se produce un doble proceso y más acelerado, a causa de las deficiencias que acompañan PC, o si este fenómeno es paralelo al gradual proceso de envejecimiento de resto de la población. Asimismo, como las preocupaciones y necesidades percibidas (NPs) en este proceso

### **MÉTODO**

Estudio de carácter transversal. Un total de 236 PcPC mayores de 35 años (M=52,2; DT=6,5) completaron la entrevista personal semiestructurada (Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias, y Verdugo, 2001). El 60% presenta DI asociada a la PC y el 40% no tiene DI asociada. 143 PcPC y DI, 60 son mujeres (M=50,9 DT=5,6); y 83 son hombres (M=51,0; DT=6,1). 3 PcPC y sin DI asociada, 33 son mujeres (M=52,5 DT=5,9); y 60 son hombres (M=54,8; DT=7,3)

Aplicándose otra entrevista paralela a 912 directivos/as y profesionales de las instituciones, asociaciones y centros, el 38,3% en centros, el 36,2% en asociaciones, el 17,4% en residencias y el 8,1% en otro tipo de instituciones.

### **RESULTADOS**

En este estudio se encontró un consenso de un doble envejecimiento de las PcPC, con cambios relativos a la capacidad física, la salud, el modo de vivir y, del funcionamiento cognitivo

Una similitud en preocupaciones y NPs si se tiene asociada DI o no a la PC, destacando las relativas a la salud personal y existencia de barreras.

## CONCLUSIONES

En este estudio se han identificado las preocupaciones y necesidades de las personas con PC en proceso de envejecimiento desde la perspectiva de las propias personas, profesionales y familias.

Una de las principales aportaciones de este estudio es que sirvió de herramienta útil para diseñar estrategias de intervención para la mejora de su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Fontanil, Y., Arias, B., y Verdugo, M.A. (2001). **Discapacidad y envejecimiento: Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación.** Informe de proyecto de investigación. IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, (Inédito).
- Badía, M., Rodríguez, P., Orgaz, B., Blanco, J.M. (2013). Calidad de vida en los pacientes con parálisis en proceso de envejecimiento. **Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Vol. 47, Nº. 4**, 194-199, doi: 10.1016/j.rh.2013.02.002.
- Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Arias, B., Gómez, L.E., Jordán de Urries, B. (2013). Capítulo 19. Calidad de vida. En Verdugo. M.A., Schalock, R.L. (Coord.). **Discapacidad e inclusión: manual de docencia.** 443-461 Salamanca: Amarú.

## **PROGRAMA ACÉRCATE**

**Olegario Martínez del Valle, Ana Luque Camiña, A. Llaca Ruisánchez, S. Sopena Rodríguez, Eloy Ortíz Cachero.**

### **RESUMEN**

Este proyecto hace uso de las nuevas tecnologías (Skype) para facilitar el contacto entre las personas residentes y sus familiares y amigos /as. Se ha realizado en diversas fases a lo largo de las cuáles se promueve el conocimiento de las nuevas tecnologías, se informa a las familias del desarrollo de la iniciativa y se procede a la implementación del proyecto con aquellas personas interesadas en él. El proyecto se justifica por la intención de promover y posibilitar el contacto, la comunicación y el apoyo emocional entre las personas que viven en la residencia y aquellas que son significativas para ellas. Con esta iniciativa se consigue que la persona siga vinculada a su red de apoyo social, reforzando la capacidad de interacción y comunicación con su entorno. Además, el programa Acércate es aplicable en cualquier recurso.

### **INTRODUCCIÓN**

Se trata de una Buena Práctica que avanza en la implantación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP), resultando ser una experiencia innovadora en la relación de la persona residente con su entorno socio-familiar a través, de productos de apoyo y/o TIC. De tal manera, que se favorezca el mantenimiento de los vínculos familiares tanto con aquellas personas cercanas como con aquellas que se encuentran fuera del Principado de Asturias.

### **MÉTODOS**

A finales del año 2015, con el objetivo de facilitar la comunicación entre las personas residentes y sus familiares / amistades, se puso en marcha el *Proyecto Acércate*.

Las fases del desarrollo del mismo son:

- i. Difusión y sensibilización de las personas residentes sobre el uso de las nuevas tecnologías. Se hacen una serie de sesiones en las que se muestra el funcionamiento y la utilidad de las videoconferencias, las redes sociales,

que es internet y cómo funciona. Con el objetivo de despertar el interés por las mismas por parte de las personas que viven en la residencia.

- ii. Establecimiento del grupo de personas interesadas en participar en el proyecto.
  - a. Se efectúa una relación de aquellos/as residentes con familiares / amistades fuera del municipio; en la que se incluyen sus datos de contacto (nombre, e-mail).
  - b. Elaboración de dos guías didácticas para las familias y/o amistades.
- iii. Difusión y sensibilización de los familiares y amigos/as de las personas interesadas en el proyecto:
  - a. A través de correo electrónico, se informa a las familias / amistades sobre el programa.
  - b. Elaboración de la agenda de contactos de las personas interesadas en participar.
- iv. Evaluación inicial.

En la evaluación se aplican las siguientes pruebas:

- Mini Examen Cognoscitivo (MEC)
- Test de Yesavage /Cornell (en caso de deterioro cognitivo)
- Escala Golberg.
- Análisis de las dimensiones de calidad de vida de la persona.

- v. Implementación del programa.

Durante la implementación del programa para favorecer la participación en el mismo por parte de familiares y amigos/as se decide establecer el contacto bien por agenda según la disponibilidad de la familia, o bien simplemente con una llamada telefónica previa al centro mediante la cual se prepara la conexión en los minutos posteriores a dicha llamada. Esta última opción resulta ser la más elegida por los participantes y facilita la inmediatez de la comunicación.

- vi. Evaluación final.

En la evaluación final se introducen dos escalas de satisfacción elaboradas “*ad hoc*”, para analizar la satisfacción de las personas participantes en el proyecto.

Escala para personas sin deterioro cognitivo

1.- La videoconferencia llevada a cabo con su familia / amigo/a le resulta:

Nada satisfactoria    Algo satisfactoria    Muy satisfactoria

2.- ¿Qué sentimientos ha experimentado con la conexión con su familia / amigo/a?

Alegría    Tristeza    Nostalgia    Indiferencia

Escala para personas con deterioro cognitivo

1.- La persona durante la comunicación por videoconferencia:

a.- Sonríe                      Nunca    Algo    Siempre

b.- Parece triste            Nunca    Algo    Siempre

c.- Llora                        Nunca    Algo    Siempre

d.- Habla                        Nunca    Algo    Siempre

e.- Se irrita / altera    Nunca    Algo    Siempre

**RESULTADOS**

A lo largo de la implementación del programa han participado más de ciento cincuenta personas de manera regular y/o esporádica. Una vez analizados los cuestionarios de satisfacción nos encontramos con que el grado de satisfacción con la experiencia de conexión con sus familias y/o amigos/as es altamente satisfactorio. Y que los sentimientos más sugeridos por los participantes son de alegría en una noventa por ciento de los casos y de nostalgia en un sesenta y siete por ciento de los mismos. En ocasiones, muy puntuales definen sentimientos de tristeza que matizan no es por la conexión en si misma sino por la distancia que les separa de las personas que quieren. En ningún caso le genera indiferencia y este sentimiento no ha sido elegido por ninguna de las personas participantes.

En el caso de las personas con deterioro cognitivo que por ello se ven limitadas en su expresión verbal consciente de sus sentimientos, hemos observado que en un cuarenta y tres por ciento de los participantes muestran sonrisa espontánea ante la situación descrita. Un treinta y siete por ciento habla con sus interlocutores. Un diez y siete por ciento llora en algún momento de la conexión. Un doce por ciento parece mostrarse triste o nostálgico

por la misma. Y en ningún caso se describen situaciones de irritabilidad y/o alteración conductual.

## CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha de este programa en nuestra residencia hemos conseguido promover las relaciones interpersonales y el nivel de participación de las personas usuarias y sus familias o amigos/as

Se consigue favorecer las habilidades comunicativas a través de las nuevas tecnologías, incluso en personas con deterioro cognitivo que ven incrementado el número de contactos satisfactorios con sus seres queridos.

Hemos logrado facilitar el apoyo emocional entre personas residentes y sus familias / amistades.

Hemos acercado a la persona mayor al uso y disfrute de las nuevas tecnologías.

## BIBLIOGRAFÍA

- Caton, S. y Chapman, M. (2016) The use of social media and people with intellectual disability: A systematic review and thematic analysis. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41, 125 - 139.
- Llorente, C. y cols. (2015) Mayores e Internet. La Red como fuente de oportunidades para un envejecimiento activo. *Comunicar: revista Científica Iberoamericana de comunicación y educación*, 45, 29 - 36.
- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía personal.
- Pino, M. y cols. (2015) Las personas mayores y las TIC. Un compromiso para reducir la brecha digital. *Pedagogía Social - Revista Interuniversitaria*, 26, 337 - 359.
- Rodríguez, P. (Coord.) (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Tecnos.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2013) Calidad de Vida. En *Discapacidad e Inclusión* (pp. 443 - 461) Salamanca: Amarú.

## **COMUNICACIÓN CLÍNICA CON PACIENTES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: DIVERSIDAD, ETNICIDAD Y MARCOS DE INTERACCIÓN TRADICIONALES.**

**Beatriz Vallina Acha, María Teresa Ferrando García.**

### **INTRODUCCIÓN**

Las condiciones de vulnerabilidad social de la población étnicamente diversa en la consulta clínica plantean problemáticas específicas de competencia intercultural por parte del personal facultativo. Las condiciones de partida altamente complejas hacen necesaria, a menudo, la intervención de profesionales de diversas áreas.

### **MÉTODO**

Esta comunicación parte de los resultados parciales de una tesis doctoral; específicamente, una meta-síntesis cualitativa con una muestra inicial de 137 artículos, seleccionados de entre 3580 referencias que resultaron de una búsqueda bibliográfica sistemática. Eliminados duplicados e irrelevantes, se reservaron los meta-estudios y revisiones sistemáticas relevantes para el marco teórico y la triangulación, resultando en una muestra de 137 referencias juzgadas como de alta riqueza conceptual y cumpliendo los criterios de inclusión: occidente industrializado, población adulta con condiciones de cronicidad de alta prevalencia y situaciones de vulnerabilidad psico-social.

La comunicación se centra en una subselección de 31 artículos en a la temática de ‘Consejo médico y comunicación clínica’ y, concretamente, en los fragmentos codificados que refieren a (por peso) ‘Comunicación con hablantes no-nativos’, ‘Cultura y cuidados culturalmente competentes’, ‘Problemáticas sociales’ e ‘Integración y continuidad de los cuidados’. En análisis del contenido se lleva a cabo a través de Teoría Fundamentada.

### **RESULTADOS**

Los costes temporales, los problemas de inter-traducibilidad, las barreras lingüísticas, la escasez de recursos para mitigarlas y la falta de conocimientos específicos sobre las

culturas de origen que pueden facilitar o dificultar la adherencia al tratamiento se presentan como los mayores retos en atención primaria.

## CONCLUSIONES

La disponibilidad limitada de recursos temporales y humanos (pe., intérpretes) aparece como el principal reto, junto con los problemas lingüísticos y de traducibilidad intercultural; también aparecen reiteradamente los costes indirectos, las problemáticas que supone la inmersión de otras culturas en el modelo biomédico occidental y su escasa comprensividad, o la intrusividad percibida por parte del facultativo con respecto al intérprete. El abordaje de estas problemáticas puede verse, o no, compensado por sentimientos de utilidad y solidaridad, motivación por obtener educación formal sobre aspectos específicos de integración cultural o, también, para aprender sobre otras culturas, destacando como principales soluciones la inversión y financiación, pero también la formación específica dentro de la práctica clínica. Es necesaria una implementación eficaz de los cuidados integrales, una mayor formación interdisciplinar para hacer frente a los retos que plantea la multiculturalidad y la diversidad étnica desde un punto de vista meramente clínico y cambio en las culturas organizacionales y académicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abt Sacks, A., Perestelo-Perez, L., Rodriguez-Martin, B., Cuellar-Pompa, L., Algara López, M., González Hernández, N., & Serrano-Aguilar, P. (2016). Breast cancer patients' narrative experiences about communication during the oncology care process: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 719–733. <https://doi.org/10.1111/ecc.12384>
- Alexander, S. C., Sullivan, A. M., Back, A. L., Tulskey, J. A., Goldman, R. E., Block, S. D., ... Lee, S. J. (2012). Information giving and receiving in hematological malignancy consultations. *Psycho-Oncology*, 21(3), 297–306. <https://doi.org/10.1002/pon.1891>
- Berry, J. A. (2009). Nurse Practitioner/Patient Communication Styles in Clinical Practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 5(7), 508–515. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.02.019>

- Brez, S., Rowan, M., Malcolm, J., Izzi, S., Maranger, J., Liddy, C., ... Ooi, T. C. (2009). Transition from specialist to primary diabetes care: A qualitative study of perspectives of primary care physicians. *BMC Family Practice*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-39>
- BurrIDGE, L. H., Mitchell, G. K., Jiwa, M., & Girgis, A. (2011). Consultation etiquette in general practice: a qualitative study of what makes it different for lay cancer caregivers. *BMC Family Practice*, 12(1), 110. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-110>
- Davies, J., Bukulatjpi, S., Sharma, S., Davis, J., & Johnston, V. (2014). “Only your blood can tell the story” – a qualitative research study using semi- structured interviews to explore the hepatitis B related knowledge, perceptions and experiences of remote dwelling Indigenous Australians and their health care providers in northern Australia. *BMC Public Health*, 14(1), 1233. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1233>
- Delea, S., Buckley, C., Hanrahan, A., McGreal, G., Desmond, D., & McHugh, S. (2015). Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients’ attitudes and experiences with health services. *BMC Health Services Research*, 15(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0926-9>
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M., & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- Dolce, M. C. (2011). The Internet as a Source of Health Information: Experiences of Cancer Survivors and Caregivers With Healthcare Providers. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 353–359. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.353-359>
- Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Gagnon, J., St-Pierre, M., Gauvin, F.-P., Rhainds, M., ... Légaré, F. (2014). Introducing the patient’s perspective in hospital health technology assessment (HTA): the views of HTA producers, hospital managers and patients. *Health Expectations*, 17(6), 888–900. <https://doi.org/10.1111/hex.12010>

- Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication: RN perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 361–371. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x>
- Goddu, A. P., Raffel, K. E., & Peek, M. E. (2015). A story of change: The influence of narrative on African-Americans with diabetes. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 1017–1024. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.022>
- Goebbels, A. F. G., Lakerveld, J., Ament, A. J. H. A., Bot, S. D. M., & Severens, J. L. (2012). Exploring non-health outcomes of health promotion: The perspective of participants in a lifestyle behaviour change intervention. *Health Policy*, 106(2), 177–186. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.005>
- Graves, K. D., Christopher, J., Harrison, T. M., Peshkin, B. N., Isaacs, C., & Sheppard, V. B. (2011). Providers' Perceptions and Practices Regarding BRCA1/2 Genetic Counseling and Testing in African American Women. *Journal of Genetic Counseling*, 20(6), 674–689. <https://doi.org/10.1007/s10897-011-9396-3>
- Greenhalgh, T., Hinder, S., Stramer, K., Bratan, T., & Russell, J. (2010). Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. *BMJ*, 341(nov16 1), c5814–c5814. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5814>
- Hart, R. I., Ng, W.-F., Newton, J. L., Hackett, K. L., Lee, R. P., & Thompson, B. (2017). What impact does written information about fatigue have on patients with autoimmune rheumatic diseases? Findings from a qualitative study: What impact does written information about fatigue have on patients with autoimmune rheumatic diseases? Findings from a qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 15(3), 230–237. <https://doi.org/10.1002/msc.1164>
- Hersch, J., Jansen, J., Barratt, A., Irwig, L., Houssami, N., Howard, K., ... McCaffery, K. (2013). Women's views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. *BMJ*, 346(jan23 1), f158–f158. <https://doi.org/10.1136/bmj.f158>
- James, D. C. S., Harville, C., Efunbumi, O., Babazadeh, I., & Ali, S. (2017). “You Have to Approach Us Right”: A Qualitative Framework Analysis for Recruiting

- African Americans Into mHealth Research. *Health Education & Behavior*, 44(5), 781–790. <https://doi.org/10.1177/1090198117727324>
- Laws, M., Rose, Bezreh, Beach, Taubin, Kogelman, ... Wilson. (2012). Treatment acceptance and adherence in HIV disease: patient identity and the perceived impact of physician&ndash;patient communication. *Patient Preference and Adherence*, 893. <https://doi.org/10.2147/PPA.S36912>
  - MacDonald, K., Irvine, L., & Smith, M. C. (2015). An exploration of partnership through interactions between young ‘expert’ patients with cystic fibrosis and healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3528–3537. <https://doi.org/10.1111/jocn.13021>
  - Meyer, S. B., Ward, P. R., & Jiwa, M. (n.d.). *Does prognosis and socioeconomic status impact on trust in physicians? Interviews with patients with coronary disease in South Australia*. 6.
  - Mota, L., Mayhew, M., Grant, K. J., Batista, R., & Pottie, K. (2015). Rejecting and accepting international migrant patients into primary care practices: a mixed method study. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 11(2), 108–129. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-04-2014-0013>
  - Reimann, S., & Strech, D. (2010). The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. A criteria-based analysis of English- and German-language sites. *BMC Health Services Research*, 10(1), 332. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-332>
  - Rubio-Rico, L., Roca Biosca, A., de Molina Fernández, I., & Viladrich Grau, M. (2014). Maghrebi minors as translators in health services in Tarragona (Spain): a qualitative study of the discourse of the Maghrebi adults. *Globalization and Health*, 10(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-10-31>
  - Smith, S. K., Trevena, L., Nutbeam, D., Barratt, A., & McCaffery, K. J. (2008). Information needs and preferences of low and high literacy consumers for decisions about colorectal cancer screening: utilizing a linguistic model. *Health Expectations*, 11(2), 123–136. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00489.x>
  - Venetis, M. K., Staples, S., Robinson, J. D., & Kearney, T. (2018). Provider Information Provision and Breast Cancer Patient Well-Being. *Health Communication*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1454254>

- Vilhauer, R. P. (2014). Computer-mediated and face-to-face communication in metastatic cancer support groups. *Palliative and Supportive Care*, 12(04), 287–297. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000126>
- Wilkinson, E., Randhawa, G., & Singh, M. (2014). Quality improvements in diabetes care, how holistic have they been? A case-study from the United Kingdom. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-29>
- Wray, R. J., McClure, S., Vijaykumar, S., Smith, C., Ivy, A., Jupka, K., & Hess, R. (2009). Changing the conversation about prostate cancer among African Americans: results of formative research. *Ethnicity & Health*, 14(1), 27–43. <https://doi.org/10.1080/13557850802056448>
- Zulman, D. M., Jenchura, E. C., Cohen, D. M., Lewis, E. T., Houston, T. K., & Asch, S. M. (2015). How Can eHealth Technology Address Challenges Related to Multimorbidity? Perspectives from Patients with Multiple Chronic Conditions. *Journal of General Internal Medicine*, 30(8), 1063–1070. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3222-9>

## **ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE AUTOGESTIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA, EN POBLACIÓN VULNERABLE EN EL CONTEXTO SOCIOSANITARIO EN CINCO PAÍSES EUROPEOS.**

**Pisano González MM, Boone ALD, Vázquez Alvarez R, Peñacoba Maestre D, Hevia Fernández JR.**

Esta comunicación es parte del proyecto ‘738127 / EFFICHRONIC’ que ha recibido financiación del Tercer Programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020).

**Palabras clave** Enfermedad crónica, vulnerabilidad, autocuidado, pre-post cohorte, cuidadores

### **JUSTIFICACIÓN**

Se estima que alrededor del 35% de las personas poseen una enfermedad crónica (OMS, 2014), y que este porcentaje está influenciado por determinantes sociales de la salud (Lowry, Kann, Collins et al 1996). Un mayor nivel socioeconómico presenta mejores indicadores de salud. El impacto de intervenciones dirigidas a aumentar las habilidades en el manejo de la enfermedad podría ser considerablemente mayor en personas que presentan vulnerabilidad socioeconómica (Pisano, 2016).

Aunque se ha demostrado la eficacia de estos programas de empoderamiento en autocuidado, se sabe poco acerca de su rentabilidad. La evaluación económica de estos programas proporcionará información fiable para la adopción de políticas de prevención de enfermedades más coste/eficientes y sostenibles (Coulter, 2007).

La intervención del Programa de autocontrol de enfermedades crónicas (CDSMP, por sus siglas en inglés) es un programa basado en evidencia para adultos con una afección crónica que los alienta a controlar y mantener mejor su estado de salud (Bandura, 1982) (Lorig, Ritter, Villa et al 2009). Se espera que la intervención de CDSMP logre mayores beneficios para la salud en los ciudadanos con una posición socioeconómica baja (SEP), porque la progresión de la enfermedad es menos favorable y su adopción de hábitos saludables es menor en comparación con los ciudadanos con un SEP más alto (Basu, Ory, Towne et al 2015).

En el proyecto EFFICHRONIC, los sitios piloto en cinco países europeos implementan la intervención de CDSMP específicamente en ciudadanos con enfermedades crónicas y con un SEP bajo.

La implementación del proyecto en cinco países europeos con distintos sistemas sanitarios y contextos socioeconómicos permitirá validar el modelo y su aplicabilidad en diferentes ámbitos geográficos.

## **OBJETIVOS**

Identificación de individuos vulnerables, diseño de estrategias de reclutamiento, implementación de un programa de autogestión, evaluación de efectividad e impacto económico y elaboración de recomendaciones políticas y directrices que permitan la adaptación del programa en otras regiones europeas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

La población muestral será de España, Italia, Reino Unido, Francia y Holanda. La muestra final de 2.000 personas (400 por país), seleccionada a partir de un proceso de estratificación con criterios socioeconómicos y clínicos, con la herramienta Selfy-MPI (Pilotto, Veronese, Quispe et al, 2018). Mayores de 18 años con enfermedades crónicas y/ sus cuidadores/as residentes en áreas geográficas desfavorecidas y que cumplen los criterios de vulnerabilidad establecidos en el proyecto EFFICHRONIC (Valderas, Starfield, Sibbald, 2009) (Barnett, Mercer, Norbury et al, 2012) (Bernabeu-Wittel, Alonso-Coello, Rico-Blázquez et al 2014).

La metodología educativa que se implementa en los cinco países es el “Chronic Disease Self-Management Programme”, originario de la Universidad de Stanford. Es un programa de aumento de la autoeficacia y de autogestión cuya duración son 6 semanas (15 horas en total: 2,5 horas por semana). A través de diferentes dinámicas y con varias metodologías se trabajan temas que tiene relación con hábitos físicos y psicológicos positivos de vida. Es un programa de promoción de la salud (Antonovsky, 1996) (Ferrer, Orozco, Román et al 2012) (Mestre, 2014).

El desarrollo de los cinco pilotos tuvo su origen en la experiencia previa del diseño y análisis del Programa Paciente Activo Asturias, de la Dirección General de Salud Pública (Pisano, Hevia, 2015).

El programa educativo ha sido traducido a todos los idiomas de los países participantes, y se han formado 32 monitores por país para llevar a cabo la implementación del CDSMP (Kelley, Liles, 2018).

La recopilación de datos se realiza mediante el uso de un cuestionario, que incluye medidas de resultado primarias y secundarias. Los instrumentos para los cuales no hay traducciones validadas disponibles están traducidos. Las traducciones son discutidas por el equipo de estudio y se adaptan cuando es necesario. Antes del inicio del estudio, el cuestionario se sometió a una prueba piloto en todos los sitios piloto para garantizar su facilidad de uso en términos de idoneidad, comprensión y longitud.

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en todos los pilotos. La recogida de datos contempla todos los requisitos exigidos por el reglamento de la Unión Europea (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Para la evaluación de resultados se medirán los beneficios de la intervención en términos de autocontrol en un estilo de vida saludable, depresión, sueño y fatiga, adherencia a los medicamentos y calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL), y en términos de errores médicos experimentados, comunicación con proveedores de atención médica y alfabetismo en salud. Los análisis incluyen un análisis preliminar de costo-efectividad realizado desde una perspectiva social y de salud con un horizonte de tiempo de 6 meses (Muller, 2002).

El análisis coste-efectividad se realizará desde una perspectiva social y de atención sanitaria. Se calcularán la calidad de vida y los costes asociados a la técnica. El análisis del impacto presupuestario comparará la situación actual con aquellas en la que se apliquen las intervenciones más rentables (modelo de Markow) (Tan, Pisano, Boone et al, 2019).

## APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

A nivel europeo su efecto multiplicador y enfoque adoptado; aprovecha los conocimientos y las evidencias ya existentes y proporciona directrices y recomendaciones políticas para: identificar personas con mayor potencial de reducción de la carga de las enfermedades crónicas, para intervenir de una manera eficaz sobre ellas; proporcionar datos científicos sobre la rentabilidad de la inversión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Basu, R., Ory, M. G., Towne Jr, S. D., Smith, M. L., Hochhalter, A. K., & Ahn, S. (2015). Cost-effectiveness of the chronic disease self-management program: implications for community-based organizations. *Frontiers in public health*, 3, 27.
- Bernabeu-Wittel, M., Alonso-Coello, P., Rico-Blázquez, M., del Campo, R. R., Gómez, S. S., & Vales, E. C. (2014). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Atención Primaria*, 46(7), 385-392.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Bmj*, 335(7609), 24-27.
- Ferrer, C., Orozco, D., Román, P., Carreras, M., Gutiérrez, R., & Nuño, R. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Lorig, K., Ritter, P. L., Villa, F. J., & Armas, J. (2009). Community-based peer-led diabetes self-management. *The Diabetes Educator*, 35(4), 641-651.

- Lowry, R., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (1996). The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *Jama*, 276(10), 792-797.
- Mestre, A. G. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería clínica*, 24(1), 67-73.
- Muller, A. (2002). Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis. *Bmj*, 324(7328), 23.
- OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. *Who*, 1-18.
- Pilotto, A., Veronese, N., Quispe Guerrero, K. L., Zora, S., Boone, A. L., Puntoni, M., ... & Pisano, MM. (2018). Development and Validation of a Self-Administered Multidimensional Prognostic Index to Predict Negative Health Outcomes in Community-Dwelling Persons. *Rejuvenation research*.
- Pisano, M. (2016). Efectividad de un programa educativo basado en un modelo de autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo II en atención primaria de salud (Doctoral dissertation, Tesis de doctorado. Oviedo).
- Pisano M, Hevia, JR. (2015). Proyecto Escuelas de Pacientes. Oviedo: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias.
- Kelley, K., & Liles, A. M. (2018). Active Learning Activity Aimed to Develop Group Patient Education Skills. *TechTrends*, 62(3), 250-258.
- Tan, S. S., Pisano, M. M., Boone, A. L., Baker, G., Pers, Y. M., Pilotto, A., ... & Raat, H. (2019). Evaluation Design of EFFICHRONIC: The Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP) Intervention for Citizens with a Low Socioeconomic Position. *International journal of environmental research and public health*, 16(11), 1883.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 357-363.

## **INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA APOYADA EN EL DEPORTE PARA GRUPOS VULNERABLES: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PILATES PARA PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (PROYECTO EUROPEO LUCAS+)**

**Victoria Ibars Guerrero**

### **INTRODUCCIÓN**

El proyecto L.U.C.A.S, formado por 9 entidades de siete países europeos (Bélgica, Chipre, Dinamarca, Italia, Lituania, España, Portugal), surgió por la necesidad de desarrollar un modelo de rehabilitación innovador basado en el deporte con el objetivo de prevenir el riesgo de exclusión social para las personas con Daño Cerebral Adquirido (en adelante DCA) y/o lesión de la medula espinal (en adelante LME), en particular, aquellas que salen del coma, así como de sus cuidadores y familiares.

La salud y la discapacidad aparecen definidos en términos de una interacción entre los componentes psíquicos y sociales que caracterizan el funcionamiento de la persona (Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Ginebra: OMS; 2001). El modelo bio-psico-social tal como se reinterpreta desde el ICF (Textbook of the principles and practice of nursing; Bertha Harmer; Virginia Henderson, 1955; Nature of Nursing; Virginia Henderson, 1966; Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Ginebra: OMS; 2001) representa una oportunidad para introducir una evaluación integral y clasificar las barreras y facilitadores en los contextos de la vida con el fin de construir un proyecto de intervención integral.

El proyecto L.U.C.A.S. reitera la importancia de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) de la Organización Mundial de la Salud, donde el enfoque bio-psicosocial es importante, si bien el proyecto pone mayor énfasis en la actividad y el ejercicio físico como elemento de intervención enmarcado en dicho enfoque. Así, el ejercicio físico podría convertirse en un instrumento capaz de mejorar la recuperación física y psicológica, que también permite desarrollar relaciones sociales sin importar la edad, el origen social o las dificultades físicas (Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.2002).

El deporte facilita el intercambio de experiencias, la resocialización y la superación de límites para conseguir una autoestima fortalecida, un mejor estado funcional y una mayor calidad de vida (relacionada con la salud). De acuerdo con el Libro Blanco Sobre el Deporte (Comisión Europea, (2007), la actividad física, el ejercicio y el deporte son esenciales para la salud y la calidad de vida de las personas con discapacidades y que el ejercicio es necesario para mejorar la condición física, reducir las complicaciones de salud a largo plazo asociadas con el envejecimiento y el deterioro.

El principal objetivo de la presente investigación es determinar el impacto del ejercicio físico – concretamente, de un Taller Terapéutico de Pilates - en la calidad de vida, el bienestar emocional y psíquico, la competencia funcional y la integración en la comunidad y contexto sociocultural en personas que se han rehabilitado de un coma tras haber sufrido un episodio de DCA y LME.

## **METODOLOGÍA. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN**

El diseño de la ‘metodología L.U.C.A.S.’ consta de 5 fases de preparación del estudio:

- Fase 1: concienciación sobre la importancia del ejercicio físico para el bienestar psico-físico y la resocialización con los profesionales.
- Fase 2: selección de casos ejemplares por parte de la trabajadora social implicada, sobre la base de la historia de cuidados sociosanitarios recibidos.
- Fase 2: recogida de datos (específicamente, estado motor, cognitivo, psicológico, tanto de la persona con discapacidad como de sus cuidadoras/es, con quienes también se evaluó la posible sobrecarga)
- Fase 4: reclutamiento formal y provisión de información específica acerca de la intervención directamente al grupo objetivo; concretamente, se introdujo la técnica Pilates y su rol de acuerdo a los procesos terapéuticos de rehabilitación como técnica capaz de aunar el bienestar psíquico y el equilibrio muscular.
- Fase 5: implementación de la intervención. La intervención L.U.C.A.S. incluye:
  - Ejercicio físico adaptado a personas con discapacidad adquirida
  - Se considera cualquier deporte o ejercicio físico adaptado, pero se han de proporcionar las competencias técnicas específicas
  - Actividades físicas y motoras para los cuidadores/familiares

- Actividades físicas, motoras y deportivas para los dos grupos juntos.

Previamente a la implementación, fue necesario optimizar la coordinación de monitores/as y voluntariado en reuniones breves. Se realizaron dos sesiones de trabajo en el gimnasio de la asociación lideradas por el fisioterapeuta: a) sesión de 60 minutos con personas con DCA; b) sesión de 60 minutos con cuidadoras/es; c) sesión conjunta de dinámica de grupos de 15 minutos de duración. La intervención consistió en un programa estructurado de 24 semanas adaptado a las necesidades de la persona afectada con daño cerebral y/o lesión medular, así como a las de sus cuidadoras/es, distribuida en 2 sesiones semanales de 90 minutos con las personas con discapacidad y sus cuidadores/as.

### **Descripción de la muestra**

La muestra constaba de 10 personas con DCA o LME y 10 familiares/cuidadores por país. Se admitía la heterogeneidad en cuanto al nivel de discapacidad, dificultades de las personas en su vida diaria y las necesidades y expectativas de cada uno de ellos. El grupo podía ser heterogéneo en cuanto al nivel de discapacidad, las dificultades de las personas en su vida diaria, las necesidades y expectativas de cada uno de ellos. Los criterios de exclusión fueron presencia de estado vegetativo, estado de conciencia mínima o síndrome bloqueado; imposibilidad de las personas con discapacidad, del cuidador o de ambos a participar en las actividades; presencia de complicación médica que podría aumentar por la actividad deportiva propuesta (por ejemplo, distonía grave). En España, la implementación consistió en la implementación 'Taller Terapéutico de Pilates' dirigido por la Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Málaga (ADACEMA). La edad media de las personas con DCA fue de 30 años; los niveles de afectación eran heterogéneos (leve, moderada y grave); con historia de coma, presentando una evolución satisfactoria en su recuperación y alcanzando un nivel muy alto de autonomía. Las principales causas de lesión fueron: a) accidentes cerebrovasculares (en su mayoría); b) traumatismo craneal, especialmente por accidentes en automóviles o motocicletas; c) hipoxia iatrogénica.

### **Marco de evaluación**

La evaluación se hizo antes y después del periodo de la actividad. La tabla 1 resume los indicadores recogidos que cubren diferentes áreas de la vida (física, psicológica, relacional, emocional, del medio ambiente, el bienestar de la percepción, social, etc.).

INDICADORES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD:	CUESTIONARIOS VALIDADOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD:
Conciencia de la enfermedad y habilidades funcionales	Escala de Calificación de Competencia del Paciente (PCRS) Forma del Paciente (*PCRS – paciente*) Actividades de la Escala de Vida Diaria (*ADScale*)
Percepción de la calidad de vida y del bienestar psicofísico	Encuesta de salud corta (*SF-36*)
Percepción de la integración social	Cuestionario de Integración de la Comunidad (CIQ)
INDICADORES PARA LOS CUIDADORES:	CUESTIONARIOS VALIDADOS POR LOS CUIDADORES:
Conocimiento de la enfermedad acerca de su familiar	Escala de Calificación de Competencia del Paciente (PCRS) Formulario de Cuidador/a (*PCRS-cuidador*)
Percepción de la calidad de vida	Encuesta de salud corta (*SF-36*)
Percepción de la integración social	Cuestionario de Integración Comunitaria (CIQ)
Sobrecarga física y emocional de la asistencia de los cuidadores	Presión experimentada por el Cuidador Informal (*EPIC*)

**Tabla nº 1** *Indicadores y cuestionarios evaluados para las personas con discapacidad y sus cuidadores.*

*Nota:* Tomada del proyecto LUCAS Links United for Coma Awakenings through Sport. Metodología (2016).

## RESULTADOS

20 participantes (10 pacientes con DCA y 10 cuidadoras y cuidadores) realizaron un programa de actividad física en España, de 24 semanas consistente en 48 sesiones de entrenamiento de actividades independientes y combinadas. Se hizo un análisis comparativo global entre los datos iniciales y finales, tanto de las características de las personas con discapacidad, como de sus familiares/cuidadores en todos los países. Así, se analizó el efecto de los programas de la actividad física de las 24 semanas para todos los participantes. Se realizó un análisis adicional sobre el efecto de la intervención con las personas con discapacidad y familiares/cuidadores por separado para proporcionar una comprensión más completa de los resultados. Los análisis estadísticos (Pearson  $\chi^2$  con un nivel de significación  $p < 0,05$ ) revelan los siguientes resultados: los cuestionarios de Calidad de vida (SF-36) en lo que respecta a funcionamiento general no mostraron

ninguna mejora significativa en las limitaciones de su rol debido a la salud física, los resultados mostraron una mejora significativa para las personas con DCA, no para los cuidadores.

Para las limitaciones debido a problemas emocionales las puntuaciones mostraron una mejora significativa para las personas con DCA, no para los cuidadores; en la energía/fatiga se evidencio una mejora significativa tanto para las personas con DCA o LME y cuidadores.

En la percepción en su bienestar emocional las puntuaciones indicaron una mejora significativa para los cuidadores, aunque no para las personas con DCA. En lo referente al funcionamiento social, se percibió una mejora significativa para las personas con DCA, aunque no para los cuidadores; respecto al dolor no se mostró ninguna mejora significativa. Finalmente, respecto a la Salud General no se observó mejora significativa para las personas con DCA ni tampoco para los cuidadores.

Por otro lado, en los cuestionarios de Competencia (PCRS), las puntuaciones no mostraron ninguna mejora significativa. Respecto a los cuestionarios en la Comunidad (CIQ) para las diferentes áreas, los resultados mostraron que una mejora significativa en lo que se refiere a la Integración en el hogar la Integración Social, tanto para las personas con DCA como para sus cuidadores, mientras que no se produjo ninguna mejora significativa respecto a la Integración en actividades productivas. Respecto a la Actividad en la Vida Diaria (ADL) remitido solo a las personas con discapacidad, los resultados no demostraron ninguna mejora significativa y, por último, los cuestionarios sobre la Presión Experimentada por el Cuidador Informal, remitido solo a cuidadores, no reflejo tampoco ninguna mejora significativa.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados del estudio sugieren que un programa de 24 semanas de actividad física, diseñado siguiendo la metodología del proyecto LUCAS, aumenta la salud general y la calidad de vida de las personas con DCA, así como de sus cuidadores informales. La mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad (DCA) parece manifestarse en aspectos físicos, psicológicos y sociales de la calidad de vida, mientras que en los

cuidadores las mejoras se sitúan principalmente en aspectos psicológicos y sociales. Así, los resultados respaldan la existencia de un efecto positivo de la actividad física en la (re)integración social de las personas con discapacidad y los cuidadores. Sin embargo, no se pudieron demostrar mejoras significativas con respecto al tratamiento del dolor, el funcionamiento en las AVD y la presión experimentada por el (los) cuidador (es)/familiares.

Los resultados coinciden con la investigación realizada por el Centro de Estudios sobre Deporte Inclusivo (CEDI) de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF) de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) y la Fundación Sanitas en colaboración con el Club Deportivo Elemental Deporte para Daño Cerebral Adquirido y el Centro de Referencia Estatal de Daño Cerebral Adquirido (Ceadac) del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). En esta investigación (García-Hernández et al., 2013) participaron 33 pacientes, (22 hombres y 11 mujeres), con una media de edad de treinta años, todos ellos con daño cerebral adquirido en fase subaguda. Las actividades físicas grupales en las que tomaron parte durante diez semanas comprendieron talleres de circuito, equilibrio simple y dual sobre colchonetas, y actividades físico-deportivas como natación, fútbol o baloncesto. Los resultados revelaron una mejora de las capacidades y actividad de los pacientes tras el ejercicio en grupo. Esta investigación utilizó nuevas técnicas grupales de rehabilitación física que revelaron una mejor capacidad funcional, integración en la comunidad y por consiguiente una mayor calidad de vida para las personas con discapacidad. Sin embargo, el proyecto L.U.C.A.S. - tras el análisis del contexto y de las buenas prácticas de los países involucrados – mostro que las prácticas deportivas investigadas hasta la fecha no combinaban programas de actividad física/deporte para las personas con discapacidad adquirida y/o lesión medular y sus cuidadores/familiares, en el que tuvieran la oportunidad de participar juntos al mismo tiempo (Ferrando et al., 2016). Esta especificidad ha permitido que el proyecto L.U.C.A.S. aporte una metodología evolutiva, flexible, abierta e inclusiva, que, si bien depende del contexto y del caso, innova al incluir a las familias de los cuidadores junto a las personas con discapacidad, con una variedad de grupos de edad (personas con discapacidad y cuidadores), desde niños/as hasta personas mayores, con la posibilidad de

utilizar cualquier deporte adaptado y actividad motora/física y orientado al compromiso, optimización de la diversión y el juego.

Así, aunque el presente trabajo aporta datos contrastados sobre los efectos del ejercicio físico en estos pacientes, sería necesaria mayor investigación, con muestras más amplias y otro tipo de diseños cuasiexperimentales, que permitieran dotar de mayor evidencia y validación científica las diferentes intervenciones asistenciales-rehabilitadoras, así como su impacto en salud y su coste-efectividad.

## CONCLUSIONES

La actividad física mejora el bienestar físico, psicológico y social de las personas con DCA y MLE que han sufrido procesos de coma, así como de sus cuidadores. La intervención L.U.C.A.S. es un enfoque innovador que permite proporcionar beneficios en la calidad de vida de personas con discapacidad y a sus cuidadoras y cuidadores, adaptados a las propias peculiaridades de cada persona que ha sufrido DCA y MLE, creando nuevos contextos sociales para su integración.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer a ADACEMA su apoyo y colaboración para implementación de la intervención y recogida de datos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Harmer, B & Henderson, V. (1955). Textbook of the Principles and Practice of Nursing. New York,
- Macmillan, Henderson, V. (1964). Nature of Nursing. The American Journal of Nursing. Vol. 64, No. 8 (Aug., 1964), pp. 62-68. DOI: 10.2307/3419278; <https://www.jstor.org/stable/3419278>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Versión abreviada. Editado por: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). ISBN 92 4 154544 5. Accedido el 15 de Julio a las 17.42 en

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=23597AFD84F2BE22DD2B05F0A3BB0D9A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=23597AFD84F2BE22DD2B05F0A3BB0D9A?sequence=1).

- European Commission (2007). White paper on sport / Libro Blanco sobre el deporte (COM (2007) 391 final). Versión Española. Accedido el 14 de julio a las 12.13 en <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/?uri=celex:52007DC0391>
- Ferrando, MT, Branchini, B & Ibars, V. (2016). Análisis del contexto y recopilación de buenas practicas para la rehabilitación a través del deporte para personas con discapacidad adquirida por lesión cerebral traumática y lesión de la medula espinal (particularmente como resultado de un coma) y sus familias/ cuidadores. Accedido el 14 de julio a las 12.03 en <https://www.lucasproject.eu/>
- Garcia Hernández, J. J., Mediavilla-Saldana, L., Perez-Rodriguez, M., Perez-Tejero, J., & González-Altred, C. (2013). Análisis del efecto de las actividades físicas grupales en pacientes con daño cerebral adquirido en fase subaguda. *Rev Neurol*, 57(2), 64-70.
- Perez, J. (2006). La discapacidad y la salud, ¿antagónicas? Propuestas desde las actividades fisicodeportivas. En: *Jornadas Internacionales de Actividad Física y Salud “Ganasalud”* . Libro de actas (pp 396-417). Madrid: Consejería de Deportes de la Comunidad de Madrid.