Pellizcando la Naturaleza: Intervención artística y educativa en participantes con Alzhéimer en Fase Moderada[1] .

PROYECTO AR.S.

Autores: López Méndez, L[2]. Ullán de la Fuente, A[3] y Badia Corbella, M[4].

Organizado por: Universidad de Salamanca.
[2,3] Dpto de Psicología Social y Antropología.
[4] Dpto. Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológico

Ubicación del trabajo de campo: Centro de Referencia Estatal (CRE) de Salamanca.

Enviar correspondencia a: lorenalopezmendez@usal.es

Introducción

Pellizcando la naturaleza, es un proyecto desarrollado por el Proyecto AR.S en el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias del Imserso (Salamanca), cuyo objetivo es reducir el estigma social que tenemos del Alzhéimer y otras demencias, a la vez que se aminora el deterioro progresivo que padecen los participantes a causa de la pérdida de memoria reduciendo las cuatro AES de la enfermedad de Alzheimer: Agitación, Ansiedad, Agresividad y Apatía.

El proyecto tiene como objetivo promover un acercamiento del arte contemporáneo a personas mayores con demencia temprana, vinculando la temática de las obras de diferentes artistas que trabajan con la Naturaleza a su contenido vital, invitándoles a establecer relaciones que despierten emociones y recuerdos. Para tal fin, partimos de la idea de que la experiencia a través del arte puede ayudar al participante a entender su entorno, es decir tomar conciencia de su situación en el espacio (orientación espacial), en el tiempo (orientación temporal), y respecto a su propia persona (orientación personal). Los participantes se introducen en un proceso de creación artística como es la instalación en Land art, para dialogar sobrecomo habitar los espacios públicos y como dejamos nuestra huella o impronta en él a través de creaciones artísticas cotidianas e improvisadas.

Materiales y métodos

El programa de educación artística se configuro en 6 sesiones de 1 hora y 30 minutos en formato grupal (2 grupos de 8 usuarios máximo). La intervención se realizó entre las 15:00 y las 19:00 p.m. en un espacio designado específicamente para la actividad y aislado de las unidades de convivencia y el centro de día. Las sesiones se llevaron a cabo con la presencia de una investigadora y artista especializada en Educación artística para este perfil de participantes, encargada de diseñar, implementar y coordinar el taller, una educadora social y una auxiliar de clínica de apoyo en la fase procesual del mismo.

Los objetivos terapéuticos implementados durante las sesiones fueron pautados por el equipo del Proyecto AR.S en colaboración con profesionales del centro CRE Alzhéimer.

Objetivos terapéuticos
- Mejora de la motivación y atención a través del diálogo.
- Activación de recuerdos y emociones positivas a través del visionado de obras de Arte.
- Disfrutar del trabajo cooperativo.
- Fomento de la autoestima por medio del sentimiento de capacidad de crear una obra artística propia.
- Ejercitación de la psicomotricidad tanto fina como gruesa.
- Disminución de las 4 AES de la enfermedad (agitación, ansiedad, apatía y agresividad).
- Fomento de las relaciones interpersonales.
- Mejora de la calidad de vida.
- Ampliación de la estimulación sensorial.
- Estimular habilidades motrices y funciones cognitivas.

Objetivos artísticos
- Explorar materiales que componen la Naturaleza que nos inviten a recordar.
- Conocer la obra de artistas contemporáneos que emplean como temática en su obra la naturaleza e intervienen en ella.
- Conocer el concepto Land- art.
- Familiarizarse con conceptos como color, composición y forma.
- Desarrollar la creatividad.
- Descubrir el arte como un proceso que enriquece y mejora nuestro entorno.

En el diseño del taller se tomaron como puntos básicos, una serie de criterios a tener en cuenta, (Ullan, 2011; Ullán et al. 2012). El taller se llevó a cabo en seis sesiones compuesta de tres fases:

1. Fase de Análisis/APRECIACIÓN-Presentación con imágenes de artistas que se tomaron como referencia. **Tabla 1**. Comenzamos con el cuadro "***Las Meninas***" de Diego Velázquez y a partir de su análisis procedemos a establecer la temática del taller, vinculando esta obra con obras de artistas contemporáneos que trabajan directamente con la Naturaleza. Se establecieron dos fases de apreciación, una en la sesión 1A, titulada "**Memoria del Paisaje**" y otra sesión 4B que da nombre a este póster "**Pellizcando la naturaleza"**. Por último, a estas presentaciones se les incorporaba el registro fotográfico del proceso una vez realizado el taller, lo que permitió documentar gráficamente los procesos creativos y crear un diario en imágenes de las sesiones. **Fig. 1.**

2. Fase PRODUCCIÓN-Realización de la obra por parte de los participantes. En esta fase el participante precisa de nuestro apoyo y guía en el aprendizaje de las técnicas artísticas aplicadas en el taller, concretamente la técnica del decollage en la sesión 1A- "**Memorias del Paisaje**", **Fig. 2** y **3** y técnica pellizco (cerámica) sesión 4B "**Pellizcando la naturaleza**". **Fig 4** a **8**. Estas técnicas sirven a los participantes para poderlas emplear como herramientas de trabajo en su proyecto artístico.**Fig 9** a **12**.

3. Fase puesta en común-Esta se subdivide en dos apartados:
3.1. Debate previo a la realización de la Fase de producción, en la que los participantes debatieron, acerca de un tema en relación a la presentación de los artistas expuestos.
3.2. Diálogo de los resultados obtenidos, pues cada participante muestra su obra, indicando que materiales ha empleado, técnica y proceso.

Tabla 1. Artistas de referencia para la elaboración del taller en Centro CRE Alzhéimer Salamanca.

SESION 1A - Memoria del Paisaje.

ARTISTAS	OBRA
AGUSTÍN IBARROLA.	*Bosque de Oma*, 1982-1985. Kortezubi. *Bosque Encantado,* 2001. Salamanca.
CHRISTO AND JEANNE-CLAUDE	*The Umbrellas*, 1984-91. Japan.
ROSA MUÑOZ	*Proyecto Memorias construidas*, 2006. Madrid.
LUCÍA LOREN	*Al hilo del paisaje*, 2009. Valladolid. *Coser la cima,* 2009. Puebla de la Sierra *Cubierta vegetal,* 2009. Sala Zabaleta. Universidad Jaén
VIK MUNIZ	*The Great Wall,* 2014.
SERGIO ARRANZ BRAVO	*Susurros del paisaje,* 2014. Pinto.

SESION 4B - Pellizcando la naturaleza.

ARTISTAS	OBRA
ANA MENDIETA	*Figura con gnanga*, 1984. *Figura de barro*, 1983-84.
ANTONY GORMLEY	*European Field*, 2009.
FERNANDO CASASEMPERE	*Flores de arcilla*, 2012.
VALERIA NASCIMIENTO	*Hibiscus Negro*, 2011. *Rosas,* 2011.
RICHARD LONG	*Camino de piedra*, 2010. China
ROCIO RIVAS GAVIÑO	*Crecimientos,* 2010.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Participantes

El grupo de intervención en Arte y Educación artística, estuvo formado por 16 personas con demencia tipo Alzhéimer en fase moderada, con una Escala de Deterioración Global (GDS 5-6). 8 usuarios (7 mujeres y 1 hombre) del centro de día y 8 usuarios (7 mujeres y 1 hombre) de unidades de convivencia, seleccionadas por su interés por el Arte y sus procesos técnicos y teóricos.

Resultados

El análisis de resultados y en concreto su evaluación, se llevo a cabo de manera consensuada respondiendo a un formulario resumen ,**Tabla 2**, acerca de cada participante, entre las dos educadoras (artística y social) que formaban el equipo. El nivel de desacuerdo solía ser bajo y en caso de duda siempre se seleccionaba la opción de respuesta que menos compromiso implicaba (opción d) para la pregunta cuatro; opción b) o c) para la cinco; y opción c) para la seis.

Fig. 4 a 8.

[1] Esta investigación ha sido financiada por la Junta de Castilla y León y el Fondo Social Europeo (ORDEN EDU/1204/2010, de 26 de Agosto), mediante la beca predoctoral (PIRTU).

Tabla 2. Formulario resumen.(Ullán, 2011).

1. Fecha
2. Identificación del taller.
3. Nombre del participante.
4. ¿Ha manifestado interés y atención en el proceso del taller?
   a. Si, de forma continua durante toda la duración del mismo.
   b. Sí, pero con intervalos.
   c. No.
   d. No se podría decir.
5. ¿Ha completado el trabajo del taller?
   a. Sí.
   b. A medias.
   c. No
6. ¿Ha disfrutado con la participación en el taller?
   a. Sí, claramente, lo afirma o se observa sin ambigüedad.
   b. Sí, posiblemente (es una deducción de los técnicos)
   c. No podemos afirmar nada al respecto.
   d. No ha disfrutado(se ha observado des agrado o disconformidad)
7. Observaciones sobre el participante.
8. Observaciones sobre el grupo.

Fig. 9.

Figura 1.

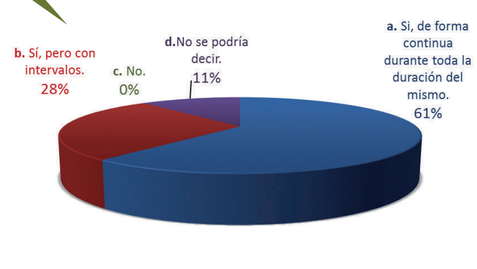


Figura 2.

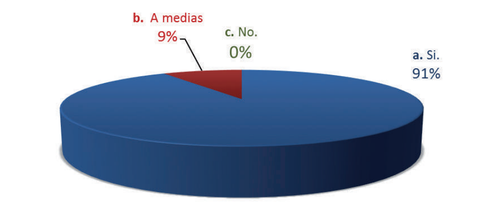
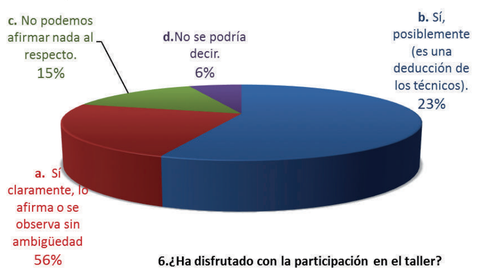


Figura 3.



En relación a la pregunta **4. ¿Ha manifestado interés y atención en el proceso del taller?.**

De las 34 evaluaciones recogidas en la **Tabla 2**, hemos obtenido un 61% (n-25 casos) en la respuesta a. *Sí de forma continua durante toda la duración del mismo*. Un 28% (n casos-7) en la respuesta b. *Sí pero con intervalos*. Un 0% (n -0) en la c. *No*, y por último en la d. *No se podría decir*, un 11% (n -2).

Ante estos resultados, consideramos la participación, el esfuerzo y el interés mostrado por los participantes, factores claves en nuestro modelo educativo, siendo este de garantía, pues presentamos una valoración alta entre el 61% y el 28% en su interés y atención durante el proceso del taller. Por el contrario el porcentaje de participantes que consideramos que no han manifestado interés y atención es nulo dentro del total de participantes analizados, estando este valor entorno al 0%. También destacamos un 11% de participantes a los que no sabríamos precisar su actitud en el proceso del taller.

En general la asistencia y participación en el taller ha sido muy positiva del 90% (n-14 de 16), pues en la mayoría de los casos todos querían asistir al taller, aunque en alguna ocasión fuera como mero espectador.

Respecto a la cuestión **5. ¿Ha completado el trabajo del taller?**. Hemos alcanzado en la respuesta a. *Sí*, un 91% (n-31). En la b. *A medias*, un 5% (n-2) y en la c. *No*, un 0% (n-1). Si analizamos estas respuestas podemos afirmar que los participantes en su mayoría un 91% han logrado finalizar el taller.

Por último, contestando a la pregunta **6. ¿Ha disfrutado del taller?.** Se ha obtenido los siguientes resultados, en la respuesta a. *Sí claramente, lo afirma o se observa con ambigüedad*, un 56% (n-19). En la respuesta b. *Sí, posiblemente (es una deducción de los técnicos)* un 23% (n-8). En la c. *No podemos afirmar nada al respecto*, un 15% (n-5) y por último d. *No se podría decir*, un 6% (n-2). En este punto podemos señalar que un 79%, han disfrutado en el taller, el ambiente generado en el mismo ha sido agradable y distendido. Frente a un 6% que no podríamos especificar.

Por último en las preguntas **7. Observaciones sobre el participante** y **8. Observaciones sobre el grupo**, anotamos los detalles y actitudes más relevantes en su proceso de enseñanza aprendizaje en el inicio, durante y al final del taller.

Fig. 10. **Participante P.** *Sierra de Francia.*
Decollage sobre papel.
29,7 x 42cm.
Noviembre 2014.

Fig. 11. **Participante T.** *Campo de Miranda del Castañar.*
Decollage sobre papel.
29,7 x 42cm.
Noviembre 2014.

Fig. 12. **Obra colectiva participantes CRE Azlhéimer.** *Estrella.*
Técnica cerámica del pellizco.
Pasta de modelar. Medidas variables
Fotografía y montaje: Lorena López y Beatriz Onecha.
Diciembre 2014-Enero 2015.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que el proyecto "**Pellizcando la Naturaleza",** ha logrado mostrar el potencial de las personas con demencia, no sólo artístico o creativo, sino también humano (Ullán et. al, 2012: 19), pues existe la posibilidad y capacidad de que personas con Alzhéimer en fase moderada puedan formar parte del desarrollo de actividades artísticas como la descrita. Asimismo, se ha potenciado la comunicación interpersonal, provocando situaciones de humor y risas compartidas. Se han preservado tanto capacidades cognitivas y motoras como creativas.

El proyecto diseñado con el objetivo de mejorar la auto- expresión creativa de este perfil de participantes, también ha contribuido a ofrecerles la oportunidad de expresar comportamientos de bienestar, es decir disfrute en el proceso, compromiso por intervenir, confianza en poder, emoción por recordar, interés social de familia y personal sociosanitario, etc).

El estudio del impacto del programa que continúa creciendo, sigue siendo investigado.

RECOMENDACIONES

Los positivos resultados obtenidos en la intervención sugieren continuar con esta línea de investigación, ampliando el tamaño de la muestra y su tiempo de ejecución.

Referencias

Gretton, C., Ffytche, D.H.(2014). Art and the brain: A view from dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry .Volume 29, Issue 2, 111-126. doi:10.1002.

Mimica, N. , Kalinić, D. (2011). Art therapy may be benefitial for reducing stress - Related behaviours in people with dementia - Case report. Psychiatria Danubina .Volume 23, Issue 1,125-128.

Salisbury, K. , Algar, K. , Windle, G. (2011) . Arts programmes and quality of life for people with dementia - A review .Journal of Dementia Care. Volume 19, Issue 3, May 2011, 33-37

Ullán, A.M. (2011). Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia. El Proyecto ARS: Arte y Salud. Arte, Individuo y Sociedad. Vol 23. Nº Extra. 77-88.

Ullán, A.M. Belver,M.H. Badia, M. Moreno,C. Garrido, E. Gómez-Isla, J. Gonzaléz-Ingelmo,E. Delgado , J. Serrano, I. Herrero, C. Manzanera,P & Tejedor, L. (2012). Contributions of an artistic educational program for older people with early dementia: An exploratory qualitative study. Dementia. 0(0). doi: 10.1177/1471301211430650.1-22.

Junta de Castilla y León
Consejería de Educación
UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
Europa impulsa nuestro crecimiento
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
IMSERSO
CRE Alzheimer
Imserso. Salamanca
VNiVERSiDAD D SALAMANCA
a r .s

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD | SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD | IMSERSO

DELEGACIÓN EN EL CRMF DE SAN FERNANDO DEL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y PRODUCTOS DE APOYO

CENTRO DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE SAN FERNANDO (CÁDIZ)

ALDECORT ESCUELA DE ALTA DECORACION DE RUTE

JAPPSTAR jappstar.com

ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES MEDIANTE UN SUELO INTELIGENTE

Malo Campos .J
Pereira Cardaldas .M
García Gómez .M
Mera Gómez .JM
Arcos Molina .JM
Gonzalez Quintino .J

CEAPAT San Fernando - Cádiz

syelfloor

Motivación

Las caídas de personas mayores son causa frecuente de ingreso hospitalario y pueden acarrear importantes complicaciones, siendo fundamental la rapidez de la primera atención de socorro Este problema es motivo de preocupación no solo de la persona mayor, también del entorno que vela por su salud y bienestar.

Syelfloor es un proyecto multidisciplinar que surge en el **CRMF de San Fernando** como respuesta a este problema, sin invadir la intimidad y lo suficientemente efectivo como para convertirse en un producto de apoyo a las familias y cuidadores.

Se ha desarrollado un sistema multisensor capaz de informar sobre cualquier anomalía durante las actividades diarias de nuestros mayores o personas con escasas facultades para evitar accidentes. **Syelfloor** es un sistema basado en un **suelo inteligente con sensores** que permite detectar caídas, patrones inusuales de movimientos, ocupación de un recinto , temperaturas de riesgo, detectar y prevenir inundaciones, activar leds señalizadores...

¿Cómo funciona?

Su funcionamiento está basado en una red o matriz a modo de **"retícula"** que capta las variaciones lumínicas en sus distintas longitudes de onda proporcionando un mapa detallado de lo que acontece sobre el suelo. Cada unidad de suelo / baldosa es un elemento único e identificado en la red, reconoce las baldosas cercanas y en caso de errores se **autoconfigura** continuando su labor.

El suelo envía la información mediante un **protocolo de transmisión** de datos específico, a un sistema centralizado en el que un algoritmo basado en **inteligencia artificial** discrimina la información errónea (falsas alarmas) de las correctas. En caso de producirse la detección de una anómalia como pueda ser una caída, se envía automáticamente una **alerta a los familiares o centro asistencial** para que actúen con celeridad.

desarrollo

El proceso de realización ha sido en tres líneas de investigaciónes paralelas:

-La creación de una retícula o matriz amplia de mínimo consumo y flujo de carga, compuesta por materiales fotosensibles a la luz dia e infrarroja y un microcontrolador junto con una malla de leds para dar salida a la información.

-Un departamento de programación encargado de desarrollar : un protocolo para transmitir la información entre matriz y el centro de datos , un algoritmo para detectar las incidencias que se produzcan en el suelo y un sistema online para comunicar mediante alertas push sms o email. Además se ha desarrollado una Plataforma web para el acceso de configuración , calibración y uso de esta herramienta.

-Desarrollo en laboratorio de un novedoso producto para la creación de pavimentos y baldosas con todos los ensayos y certificados de calidad, así como los procesos normativos de protección de componentes electrónicos. Este suelo es semejante a los pavimentos standard de alta calidad, cumpliendo la normativa del CTE (antideslizante, resistente , alta durabilidad, antibacteriano,...) y permite gran variedad de diseños y acabados, con la particularidad de canalizar la luz en ambos sentidos (incluso en acabados mate) . Esta peculiaridad junto con la malla de leds, convierte a este suelo en un sistema de información y señalización completo.

Utilidad

- Detectar caídas, desfallecimientos, falta de actividad en la vivienda...
- Detección de intrusismo.
- Señalización mediante leds encubiertos en pared y suelo (salidas de emergencia).
- Histórico de deambulación y patrones habituales de actividad en la vivienda.
- Centro de control de alertas y acceso a la información mediante dispositivos móviles.
- Redirigir de forma inteligente a distintas salidas en un recinto o residencia a grupos de personas en caso de aglomeración o emergencia.
- Detección de la temperatura,inundaciones y preaviso de ambiente con riesgo.
- Sistema inteligente de advertencia en caso de anomalías en los quehaceres diarios o desviaciones en la rutina del hogar.
- Mejora el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores.
- Mejora las alertas de los detectores del hogar y de personas con riesgos de daños físicos por caídas o escasas facultades para evitar accidentes ,sin falsas alarmas.
- Puede mejorar la percepción de los mayores ,sabiendose protegidos por familiares y/o cuidadores.
- Sincroniza la comunicación entre familiares , cuidadores y centros asistenciales.

Características

- Sin ondas electromagnéticas
- Bajo coste de instalación y producción pavimento
- Durabilidad de los materiales de construcción y electrónicos
- Detecta enseres mobiliarios y objetos inertes del solado del piso
- No intrusivo

PERSONAL SANITARIO IMPLICADO EN LA ATENCION FARMACEÚTICA EN RESIDENCIAS DE MAYORES DE SALAMANCA

Mateo Mateos, C. Universidad Católica de Ávila
e-mail: carmen.mateo@ucavila.es

II Encuentro de investigadores
"Investigación y Envejecimiento: respuestas para dar calidad a la vida"
10 de Marzo de 2015, Salamanca

INTRODUCCIÓN

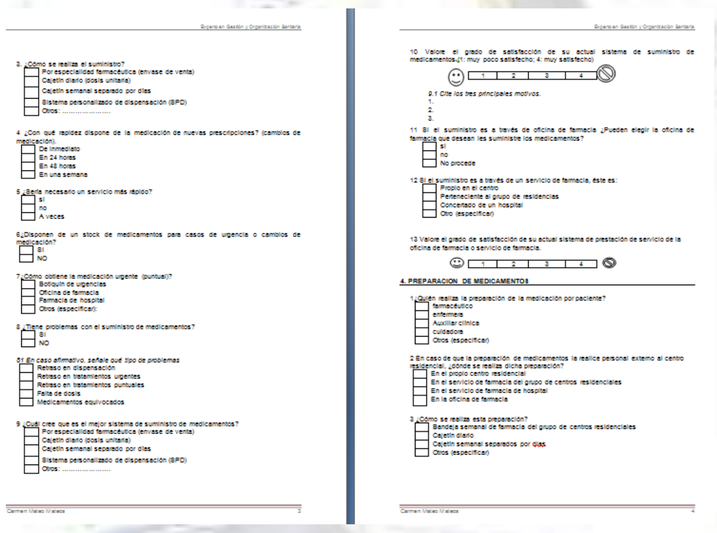
Las residencias de mayores son recursos sociosanitarios que, debido al aumento de la tasa de envejecimiento de la población y a la alta incidencia de enfermedades crónicas, se están transformando en centros con una elevada carga de atención sanitaria. Desde el punto de vista de cobertura de asistencia sanitaria pública, tienen la consideración legal de sustitutos del hogar, por lo que los residentes tienen los mismos derechos, en cuanto a prestaciones sanitarias, que los ciudadanos que viven en su domicilio.
Actualmente, atienden a personas que presentan problemas de salud cada vez más complejos, con elevada demanda de atención sanitaria que necesitan profesionales cualificados para una correcta atención de sus necesidades, asegurando la calidad asistencial.

El objetivo de este trabajo es identificar el personal sanitario implicado en el seguimiento farmacoterapéutico de los centros residenciales de mayores en Salamanca.

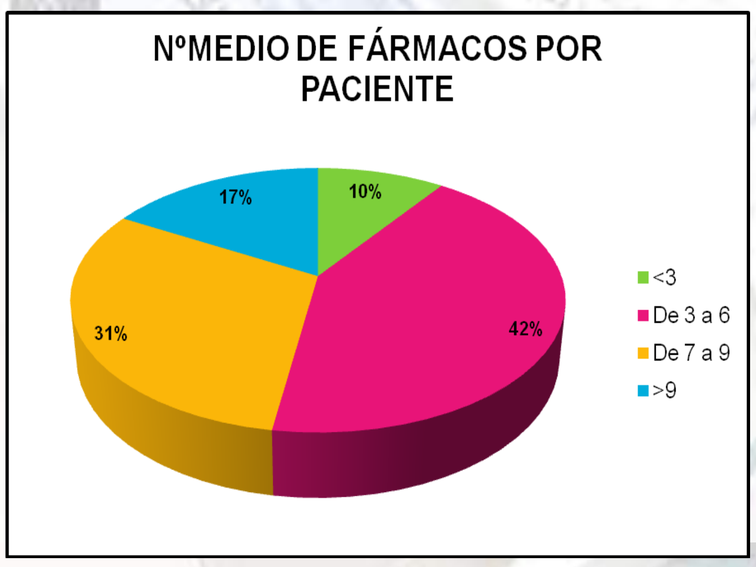
MATERIALES Y MÉTODOS

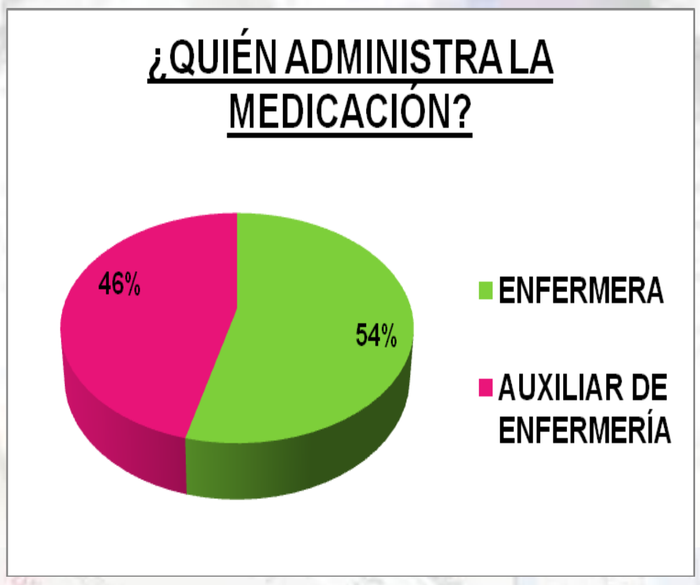
Se diseña un cuestionario donde se recogen datos, de los centros que participan en el estudio, sobre prescripción, suministro, preparación, administración y control de medicamentos.

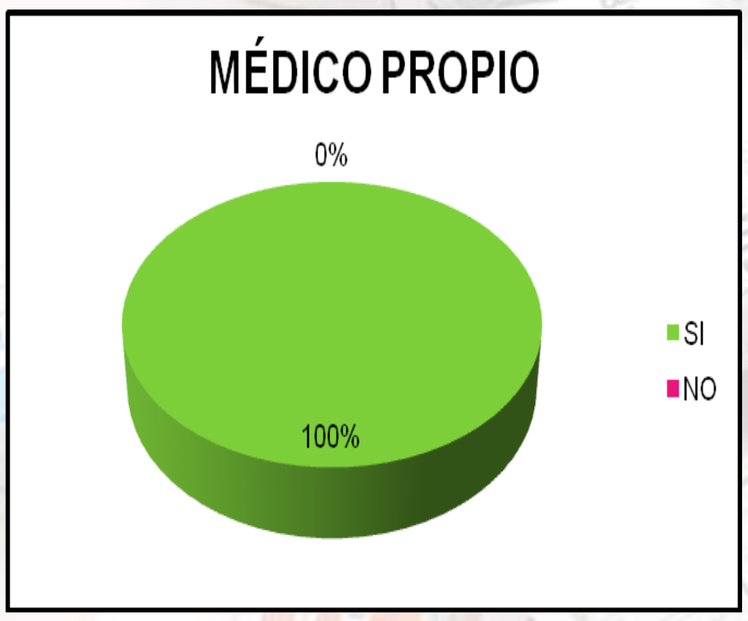
Se ha utilizado como muestra centros residenciales para mayores de la ciudad de Salamanca, siendo nueve el número final de participantes, con cobertura para de 1600 plazas aproximadamente. La recogida de datos se realiza entre enero y Febrero de 2013.

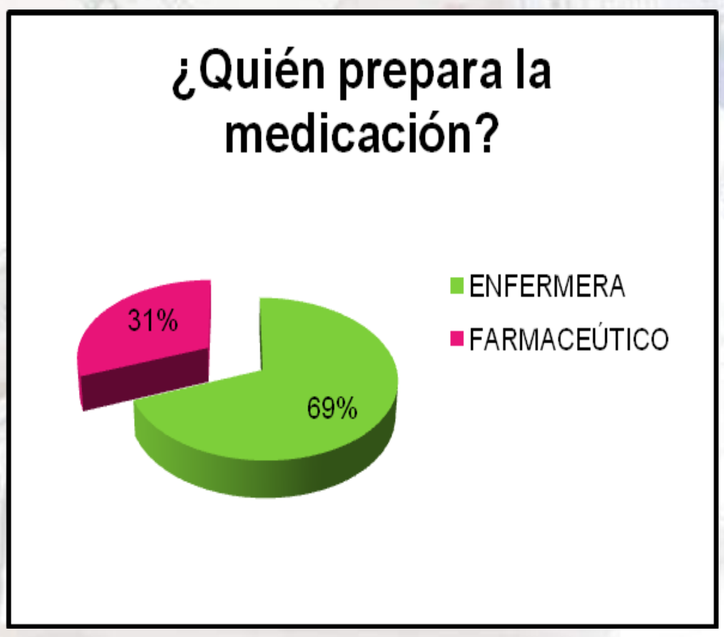


RESULTADOS









CONCLUSIONES

- Las residencias de personas mayores encuestadas están correctamente atendidas por profesionales sanitarios.
- El médico realiza el seguimiento farmacoterapeútico y el personal de enfermería, apoyado por los auxiliares, prepara y administra la medicación.
- El consumo de medicamentos en la residencias es alto detectándose una baja participación por parte del farmacéutico en la atención farmacoterapeutica de los pacientes.

"FUTURO 50+" ARQUITECTURA PARA ENVEJECER SANO E INDEPENDIENTE

De Rooij, M.
Grupo de Investigación GIRAS, ETSAB, Universidad Politécnica de Cataluña

INTRODUCCIÓN

El objeto de este trabajo es desvelar la relevancia que tiene la arquitectura para personas mayores, prestando especial interés en la vivienda existente, que debido al estado actual del mercado inmobiliario, será la vivienda del futuro. El grado de accesibilidad de edificios de viviendas en España es muy bajo: solo un 24% es accesible. Además, la vivienda existente no está preparada por su infraocupación, que lleva asociada la ineficiencia energética y un uso inadecuado. Diferentes tendencias e investigaciones sugieren que una aplicación más diversa de modelos de adaptación, o regeneración, referente a la vivienda actual de las personas mayores es necesaria y favorable para envejecer sano e independiente

MÉTODOS DE ESTUDIO

Además de establecer un marco teórico a través de una metodología reflexivo-discursiva sobre la arquitectura ante cambios demográficos, se ha realizado un estudio etnográfico utilizando una metodologia cualitativa (12 entrevistas a personas en edad de 45 a 70 años) y un estudio cuantitativo a través de una encuesta de respuestas múltiples (114 personas mayores de 50 años) con el objetivo de evaluar los modelos arquitectónicos de adaptación propuestos.

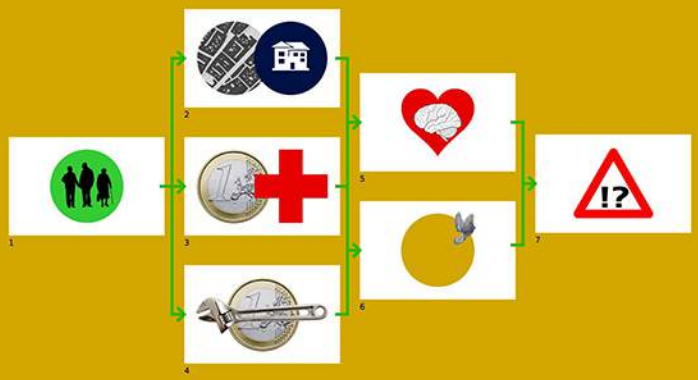
RESULTADOS

(1) El giro demográfico de la población es uno de los cambios sociales más significativos del mundo actual. La población mundial no sólo aumenta, sino también envejece. Esto tiene consequencias para el entorno construido (2); ¿cómo cambiará nuestra forma de habitar y de proyectar? (3) Asimismo, causado por una mayor demanda de servicios de atención y de apoyo, es previsible que el coste de los servicios para las personas mayores escale rápidamente. (4) La participación activa de la generación de mayores en la sociedad es, probablemente, no sólo una consecuencia, sino también una necesidad. La sociedad del bienestar, como la conocemos actualmente, no va a desaparecer solamente bajo las presiones económicas de los últimos años, sino también porque la parte profesionalmente activa de la sociedad, se reducirá en el futuro.
La importancia de (5) un envejecimiento sano y activo no necesita mucha explicación. Tenemos que mantener la máxima independencia (6). El objetivo (7) para la arquitectura no será únicamente crear entornos construidos accesibles, que permitan vivir independiente, sino también, responder a la respuesta: ¿cómo puede la arquitectura ayudarnos a envejecer mejor?

{61% de los encuestados quiere pasar la vejez en su vivienda actual}

Para conseguir un parque de viviendas apto para una sociedad envejecida, y de modo más genérico, anticipándose a estructuras socio-económicas cambiantes, es aconsejable diferenciar 5 directrices de adaptación de la vivienda existente que en conjunto responden a los diversos ingredientes necesarios para un envejecimiento independiente, sano y activo:

La *adaptación funcional* (8)
La *adaptación social* (9)
La *adaptación moto-sensorial* (10)
La *adaptación laboral* (11)
La *adaptación regenerativa* (12)



La *adaptación funcional* es la adaptación más resolutiva y ya ampliamente conocida y aplicada. Este tipo de adaptación se puede definir como medicinal; soluciona problemas físicos concretos -de movilidad (13) y de ejecución de tareas (14)- en lugares determinados.

{60% de los encuestados cree necesario, o probable, hacer alguna reforma en su casa para preparar la vejez independiente}

La *adaptación social* se considera una forma de adaptación tanto resolutiva como preventiva. La adaptación social se divide en 2 directrices principales: prever espacios de interacción social -tanto visual como física (15)- y prever espacios para acercar la asistencia social (16) a la vivienda. Durante la vida formamos parte de diferentes grupos sociales (17) los cuales tienen una gran importancia para nuestro bien-estar. Hay que evitar la soledad y sobre todo el aislamiento social.

{91% de los encuestados cree suficiente o muy importante mantener una buena relación con los vecinos}

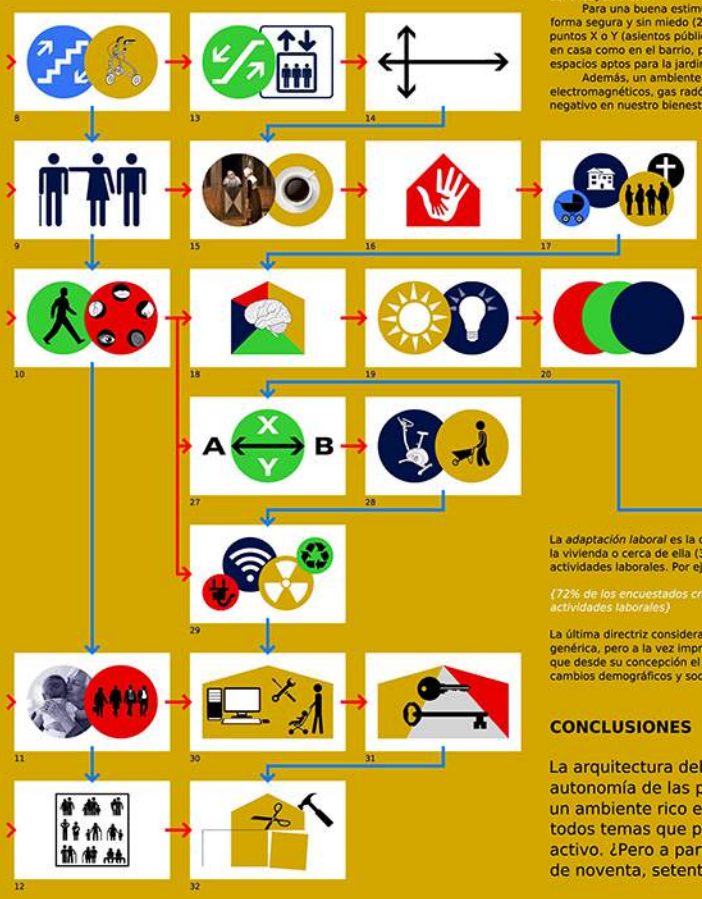
{44% de los encuestados no tiene espacio en su vivienda para acoger un cuidador}

La *adaptación moto-sensorial* se puede dividir en dos grupos de estimulación: la estimulación física y la estimulación psíquica. Esta directriz incorpora modelos para aumentar la actividad física y mental, y modelos para fomentar la autoestima.

Neuroarquitectura (18) e influir positivamente en la conducta de las personas mayores juegan un papel importante. Se ha demostrado que suficiente luz (19), colores adecuados con suficiente contraste (20), estimulación de orientación (21) y audición (22), y la estimulación táctil (23) son esenciales. Pero también hay que dejar espacio para el descanso (24) y crear un ambiente tranquilizador. Las proporciones correctas de la arquitectura (25) y un entorno verde (26) contribuyen a esto.

Para una buena estimulación física es importante que el entorno construido haga posible moverse de A a B de forma segura y sin miedo (27). Estos "itinerarios vitales" deben ofrecer areas de descanso y un entorno atractivo en puntos X o Y (asientos públicos, zonas verdes o una biblioteca). Asimismo, hay que considerar espacios diversos, tanto en casa como en el barrio, para promover actividades físicas (28), tales como centros para gimnasia o meditación, espacios aptos para la jardinería o cocinar en compañía.

Además, un ambiente sano no sólo depende del espacio físico; (29) ambientes húmedos, campos electromagnéticos, gas radón natural o partículas tóxicas de materiales de construcción pueden tener un impacto negativo en nuestro bienestar.



{90% de los encuestados da importancia a vistas a una zona verde desde la sala de estar}

{45% de los encuestados cree necesario un espacio dentro de casa exclusivamente dedicado al cuidado personal, como la relajación o los ejercicios físicos}

La *adaptación laboral* es la directriz que no solo provee la incorporación de espacios dedicados a actividades laborales en la vivienda o cerca de ella (30), pero también proporciona un entorno estimulante para la realización de dichas actividades laborales. Por ejemplo (31), ¿es possible crear un doble acceso a la vivienda para tener oficina en casa?

{72% de los encuestados cree bastante o muy necesario un espacio específico dentro de la vivienda para ejercer actividades laborales}

La última directriz considera el dinamismo demográfico. La *adaptación regenerativa* se puede considerar la directriz más genérica, pero a la vez imprescindible como nota de relatividad. El propósito de construir edificios más sostenibles implica que desde su concepción el edificio de vivienda tiene que ser considerado como un ente socio-sostenible, adaptable a cambios demográficos y socio-económicos (32).

CONCLUSIONES

La arquitectura debe formar parte del conjunto multidisciplinario que preserva la autonomía de las personas mayores. La orientación espacial, la actividad motora, un ambiente rico en estímulos, y un entorno que facilite la interacción social son todos temas que pertenecen a la arquitectura y ayudan a envejecer sano y activo. ¿Pero a partir de qué edad tenemos que diseñar nuestro futuro? ¿A partir de noventa, setenta o cinquenta años?

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA Y PREVENCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO

Gutiérrez Gómez-Calcerrada, S. * (contacto)
Solera Hernández, E.**

*Departamento de Psicología
** Departamento Teoría y Fundamentos de Educación II
Universidad Internacional de La Rioja

Introducción

La **menopausia** y el **climaterio** aparecen **asociados a diferentes síntomas** físicos, psicológicos y sociales, susceptibles de ser tratados mediante técnicas cognitivo-conductuales.

Además, pueden empezar a aparecer problemas cognitivos que más adelante podrían estar relacionados con el deterioro asociado a la vejez y que pueden prevenirse utilizando diferentes estrategias de estimulación cognitiva.

Las **actuaciones preventivas** en esta etapa son fundamentales para mitigar problemáticas más graves en años posteriores.

La intervención integral de toda la sintomatología climatérica **mejorará la calidad de vida** de las mujeres en esta etapa.

Objetivo

Diseñar una intervención de corte cognitivo-conductual para la mejora de la sintomatología climatérica y la prevención del deterioro cognitivo

Resultados

- Reducción significativa de la sintomatología climatérica (Gutiérrez y Larroy, 2011; Larroy y Gutiérrez, 2009).
- Mejora de la calidad de vida (Albarracín y Berdullas, 2007; Tardif y Simard, 2011).

Metodología

1	Evaluación inicial: MEC, HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida.	120 min
2	Educación e información climaterio	120 min
3,4	Información cambios a corto y medio plazo y orientación a la realidad	120 min
5	Técnicas de desactivación y orientación a la realidad. Ejercicios posturales y nutricionales	120 min
6	Ejercicios de Kegel y orientación a la realidad	120 min
7,8	Entrenamiento atención y memoria y orientación a la realidad. Psicomotricidad. Identificación y manejo creencias irracionales. Orientación a la realidad	120 min
9	Orientación a la realidad. Entrenamiento atención y memoria. Psicomotricidad. Técnica de solución de problemas y administración del tiempo	120 min
10	Evaluación del programa de intervención	120 min

Conclusiones

- Las intervenciones cognitivo-conductuales muestran mejoras (totales o parciales) en la sintomatología menopáusica.
- El climaterio es una etapa muy apropiada para fomentar la "vejez saludable", un envejecimiento activo, sin deterioro.
- Es recomendable intervenir lo antes posible para prevenir o reducir el deterioro y, de este modo, mejorar la calidad de vida.

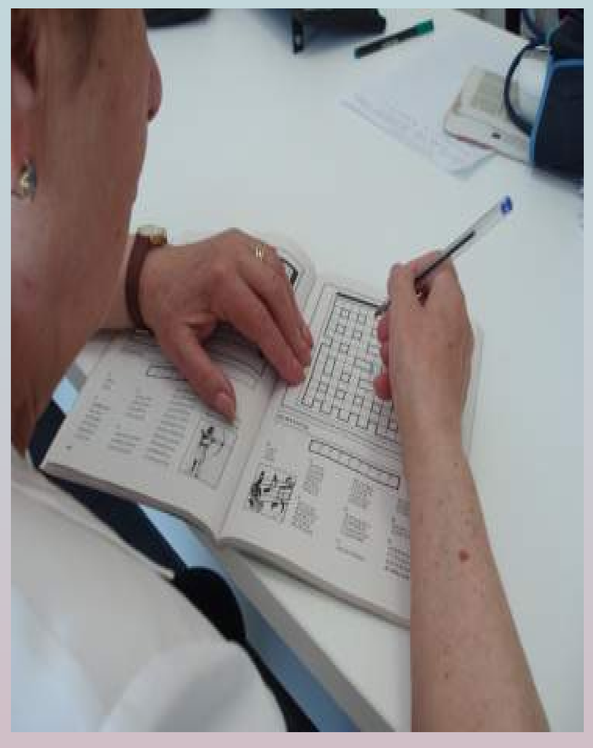
Bibliografía

• Albarracín, D., & Berdullas, S. (2007). *Psicogerontología*. *Infocop*, 34, 3.
• Gutiérrez , S. y Larroy, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en mujeres con sintomatología menopáusica leve:un estudio piloto. *Spanish Journal of Psychology* 14, 344-355.
• Larroy, C. y Gutiérrez, S. (2009). Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. *Psicothema*, 21, 260-266.
•Tardif, S. & Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. International Journal of Alzheimer's Disease, Volume 2011, 13 pages.

INTERRELACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE LA UNIVERSIDAD Y PROFESIONALES QUE TRABAJAN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA A PERSONAS CON DEMENCIA.

Autores: Niño Martín V, Ortiz Sanz Beatriz, Pérez Niño S
Facultad de Enfermería de Valladolid

INTRODUCCIÓN



La importancia de transmitir conocimientos basados en la práctica diaria y en coordinación con los diferentes dispositivos que trabajan sobre las demencias es una premisa fundamental para el buen aprendizaje y conseguir dar una buena calidad de vida a las personas que la padecen. Nos planteamos obtener información sobre si estábamos en lo cierto a la hora de impartir los contenidos a los alumnos de tercer grado de Enfermería

OBJETIVOS

Demostrar la necesidad de trabajar en coordinación entre los dispositivos que trabajan con pacientes con demencia y la transmisión de contenidos en la Facultad de Enfermería para fomentar una mayor calidad de vida en estas personas.

Identificar qué acciones se puede poner en marcha para promocionar la investigación y el desarrollo en las demencias en el ámbito de la Facultad de Enfermeria (Universidad de Valladolid) y los diferentes dispositivos que trabajan en la misma línea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con fines didácticos basado en un estudio cualitativo.

ALUMNOS DE ENFERMERÍA de 3º curso (Nº 102)**:** se utilizó a una técnica cualitativa de búsqueda de consenso (técnica Phillips) mediante un cuestionario que contenía 26 dispositivos. Para elaborar e intercambiar información mediante una gestión eficaz del tiempo, se les dio en concreto un tiempo de 6 minutos a cada grupo (un minuto por participante). Se formaron diez y siete grupos de seis a los que se les formuló con precisión la pregunta sobre si conocen los dispositivos que trabajan con pacientes con demencia.

PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARÍA (Nº 14) se utilizo la técnica del grupo nominal a fin de obtener información con fines didácticos sobre la necesidad de conocer los contenidos a impartir en la Facultad de Enfermería y su pertinencia de establecer una coordinación entre lo transmitido en el aula y lo que opinan las personas que trabajan directamente con estos pacientes.
Se formularon tres preguntas sobre los posibles contenidos a impartir y 4 preguntas acerca de las dificultades para investigar

RESULTADOS

En relación a la respuesta obtenida por los alumnos sobre el conocimiento de los dispositivos que trabajan con pacientes con demencia, el 50% conocen entre 14 y 19 dispositivos de los 26 enumerados, el 24% conocen 13 dispositivos, el 14% entre 20 y 26, hay un 1% que conocen trece dispositivos y un 1% no conoce ninguno.

Sobre los contenidos a impartir a los alumnos los profesionales sanitarios concretaron en la importancia de los cuidados al paciente y cuidador, últimos avances en la investigación y la importancia de la coordinación sociosanitaria.

Se identificaron las siguientes dificultades: necesidad de apoyo técnico o la promoción mediante jornadas o premios, falta de tiempo. Destacaron la necesidad de considerar la investigación en los baremos de oposiciones y crear fondos para proyectos o financiación para grupos emergentes.

CONCLUSIONES

- Destacar en el aula la importancia de los cuidados de enfermería
- Revisar los últimos avances en la investigación sobre las demencias
- Insistir en la importancia de la coordinación sociosanitaria.
- Parece necesaria la creación de unidades de investigación y el reconocimiento de los profesionales que trabajen con esta dinámica.

Palabras clave: Investigación. Contenidos docentes. Demencias. Investigación cualitativa. Interrelación institucional.

PROFESIONALES SOCIALES Y DE LA SALUD INTERACCIONANDO PARA ¿CONVENCER O CONVERSAR?

María Plaza Carmona[1], Carmen Requena Hernández[2]

[1] **Universidad de León. Facultad de Ciencias de la Salud**
[2] **Universidad de León. Facultad de Educación**

Introducción

Expertos en competencia social señalan que capacitar a los profesionales en prosocialidad además de formales técnicamente, añade calidad al trabajo y a la satisfacción de realizar el mismo. La prosociabilidad es un estilo de comunicación de calidad que se caracteriza por realizar un discurso intencionado, con atención a los contenidos tratados, a elementos metacomunicativos y con la intención de comprender desde la perspectiva del otro.

Objetivo

Elaborar una herramienta que permita observar la prosociabilidad entre profesionales sociales y sanitarios mientras interaccionan con personas mayores en situación de consulta.

Metodología

20 profesionales

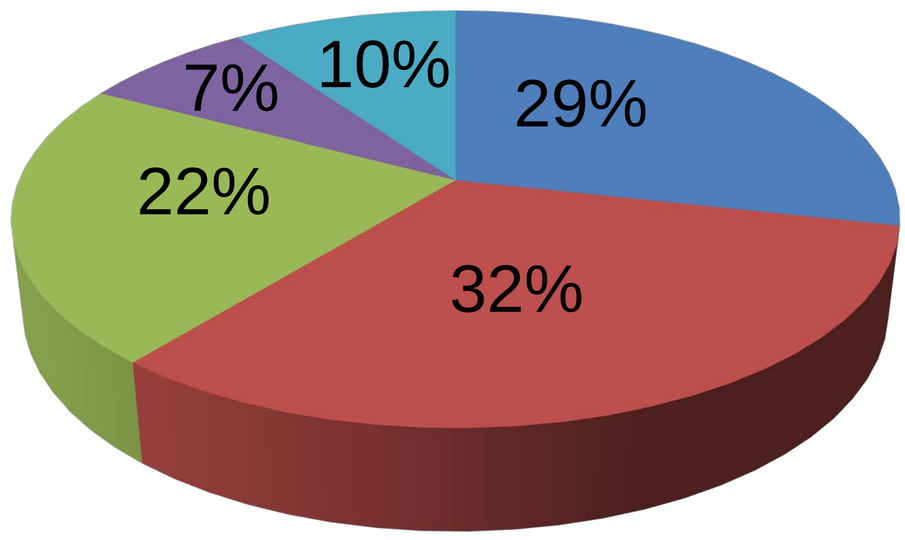
- 1 Hospital
- 1 Centro de día
- 2 Residencias
- 1 Actividad Deportiva

"Cuestionario de buenas prácticas de comunicación prosocial diseñado para la observación"

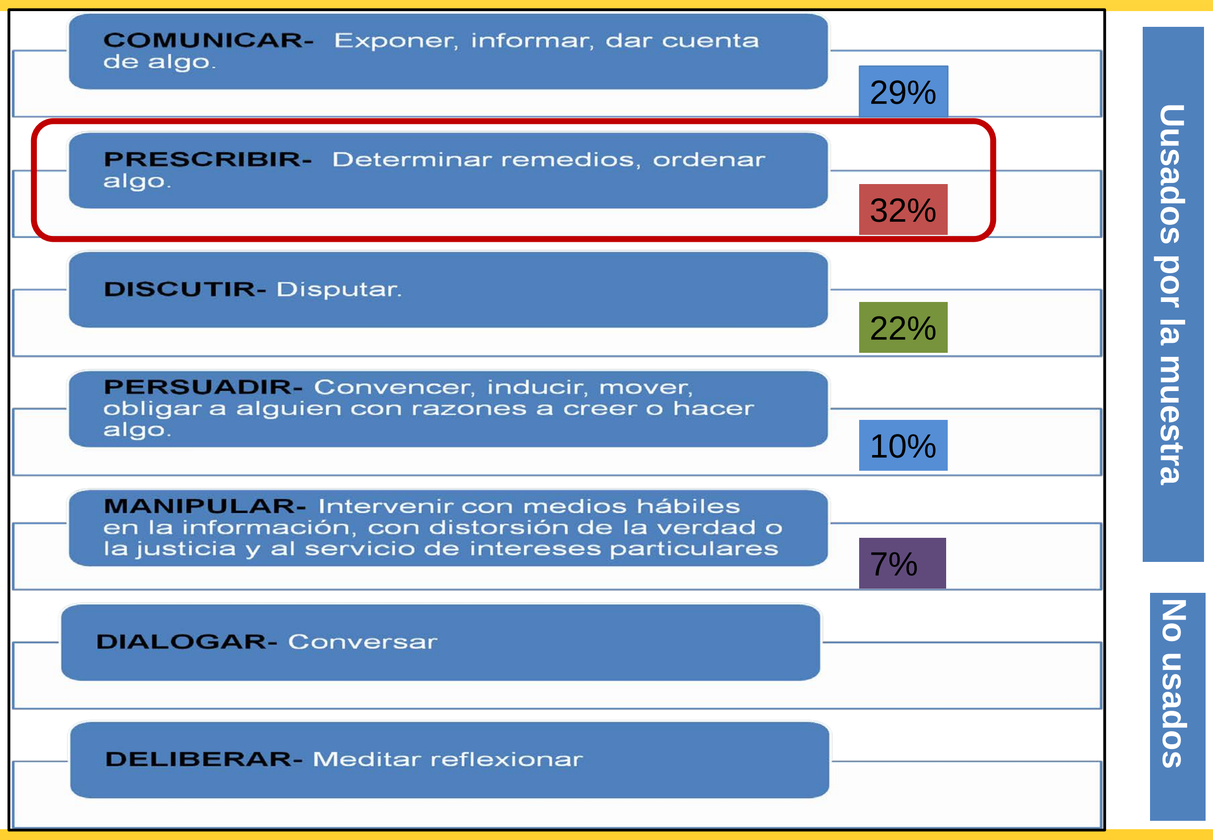
- 17 componentes de comunicación de calidad prosocial
- 67 ítems de observación de conductas y actitudes

Resultados

Roles de comunicación empleados por la muestra del estudio

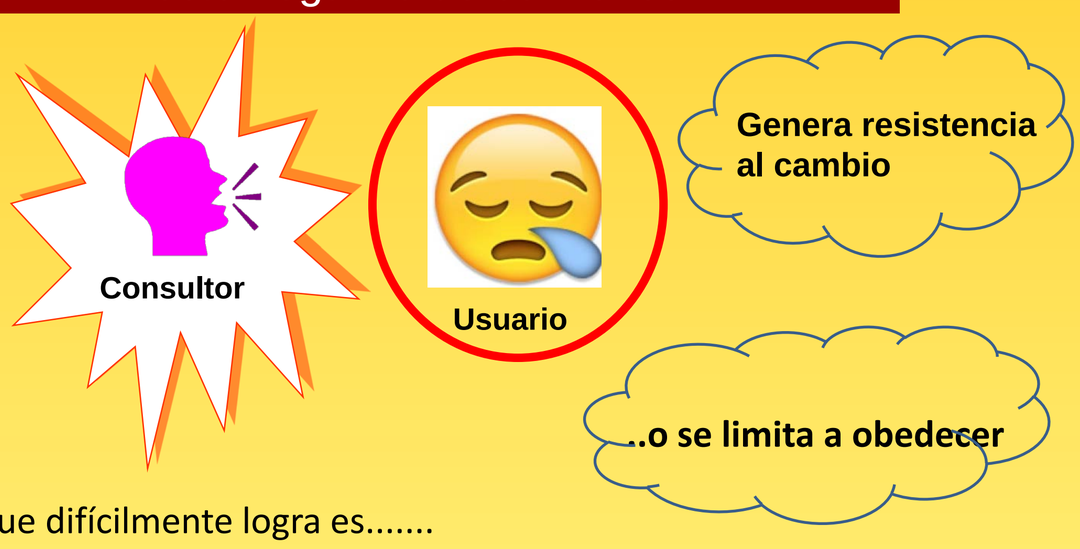


Roles de comunicación



Conclusiones

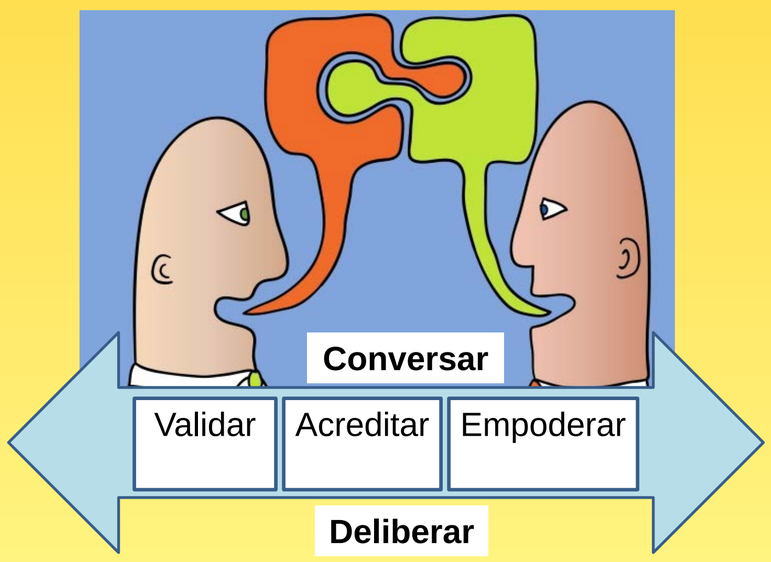
Efecto negativo de convencer



Pero lo que difícilmente logra es.....
EL COMPROMISO ACTIVO del consultante en cómo gestionar su vida.

Efecto positivo de conversar

No nos relacionamos con conductas sino con personas. Una consulta es un encuentro entre personas que establecen relaciones de interdependencia y se influyen mutuamente.



Bibliografía

Visita el cuestionario "*Cuestionario de buenas prácticas de comunicación prosocial diseñado para la observación:* *www.envejecimientoentodaslasedades.unileon.es*
- López-Méndez E, Costa-Cabanillas M. Los problemas psicológicos no son enfermedades. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.
- Escotorín P, Roche R. Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desfíos y propuestas. Conclusiones del proyecto CHANGE. La Garriga: Fundación Martì L´Humà; 2011.

Agradecimientos

Agradecer a todos los profesionales sociales y sanitarios, así como a todos las personas mayores que han participado en este trabajo de manera desinterasada.

Programa de intervención basado en actividad física vigorosa (AFV) para personas mayores usuarios de clases de gimnasia de mantenimiento

II ENCUENTRO DE INVESTIGADORES "INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO"

María Plaza Carmona [1], Leticia Martínez González [2], Laura Plaza Carmona [3]

[1] Universidad de León. Escuela de Ciencias de la Salud
[2] Complejo Hospitalario de León
[3] Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

RESUMEN DEL PROYECTO

En España, el número de personas mayores de 65 años ha aumentado considerablemente en los últimos años . Se estima que en el año 2050, el porcentaje de personas mayores sea próximo al 33,2%. El envejecimiento es un proceso multi-factorial caracterizado por múltiples cambios, entre los que se encuentra la composición corporal. A modo general s puede señalar como se produce un incremento de la masa grasa, disminución de la masa muscular y la reducción de la masa ósea. Estos cambios pueden desarrollar diversas enfermedades de carácter crónico como la obesidad, sarcopenia y osteoporosis, que producen un mayor grado de dependencia y disminución de la calidad de vida.
Debido a esta inactividad de la población adolescente se plantea este estudio que tiene como **objetivo principal:**

Analizar si un programa de intervención basada en actividad física vigorosa (AFV) de 3 meses de duración puede provocar modificaciones en la composición corporal y condición física en personas mayores usuarios de clases de gimnasia de mantenimiento.

Esta investigación se llevó a cabo con la siguiente **metodología:**

27 mujeres (78,4 ± 2,6 años)

Valoración inicial:

-Senior Fitness Test.
-Valoración composición corporal (Báscula Tanita BC-601)

Programa actividad física:

- 3 meses (33 sesiones)
- 3 sesiones/semana
- 60'/sesión
- Juegos, ejercicios de resistencia, movilidad articular y fuerza

Valoración final:

Desarrollo de la investigación

Estudio piloto

Firma Consentimiento informado de las participantes → Evaluación inicial previa a la intervención (octubre) → 3 MESES DE INTERVENCIÓN AFV → Evaluación post intervención (diciembre) → **Resultados**

Resultados y Conclusión

- No s encontraron resultados significativos en la composición corporal .
- La MMT aumenta ligeramente tras 3 meses de programa.
- % MG disminuye ligeramente tras 3 meses de programa.

Tabla 1. Comparación de las evaluaciones (pre-post) *p*<0,05.

	Evaluación PRE		Evaluación POST	
	Media	DE	Media	DS
Fuerza piernas (repeticiones)	13,1	± 2,8	14,3	± 3,2
Fuerza Brazos (repeticiones	17,4	± 4,2	18,3	± 3,9
Resistencia (repeticiones)	68,1	± 10,2	70,4*	± 9,7
Flexibilidad Piernas (cm)	0,18	± 1,8	0,22	± 2,1
Flexibilidad (cm) Brazos (cm)	-3,8	± 1,8	-4.0	± 2,3
Agilidad (s)	4,1	± 0,88	5,8*	± 0,96

CONCLUSIÓN

La inclusión de un **programa de actividad física vigorosa (AFV)** en mayores influye **positivamente** sobre el cambio en la composición corporal (**menos grasa y aumento músculo**) durante el envejecimiento.

Agradecimientos

Estudio llevado a cabo gracias a la colaboración de los usuarios de las actividades de gimnasia de mantenimiento de León que participaron de forma voluntaria en el estudio.

CUADERNILLO DE EVALUACIÓN PARA MEDIR LA FUNCIONALIDAD EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS MAYORES SANAS DE 80 AÑOS Y MÁS

Paula Álvarez Merino[1], Carmen Requena Hernández[1], Jennifer Quiñones Fuentes [2]

[1] **Universidad de León. Facultad de Educación**

[2] **Becaria de la cátedra extraordinaria de envejecimiento en todas las edades**

RESUMEN DEL PROYECTO

Frecuentemente nos encontramos con instrumentos de evaluación que miden la funcionalidad de las personas mayores con herramientas poco ecológicas. La mayoría de la población española de 80 años y más tienen dificultades para la lectura y la escritura. El tipo de tareas de evaluación sobreentiende en el usuario capacidades que no tiene.

Objetivo

Proponer instrumentos de evaluación adaptados al nivel cultural e intereses de personas mayores sanas de 80 años y más.

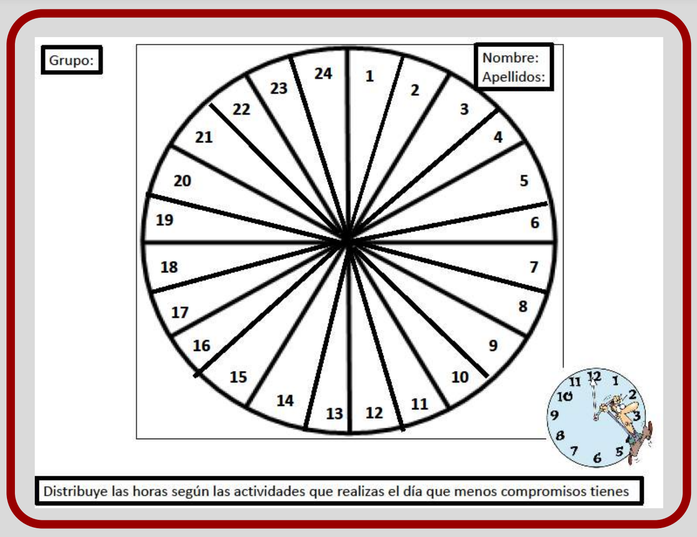
Desarrollo de la investigación

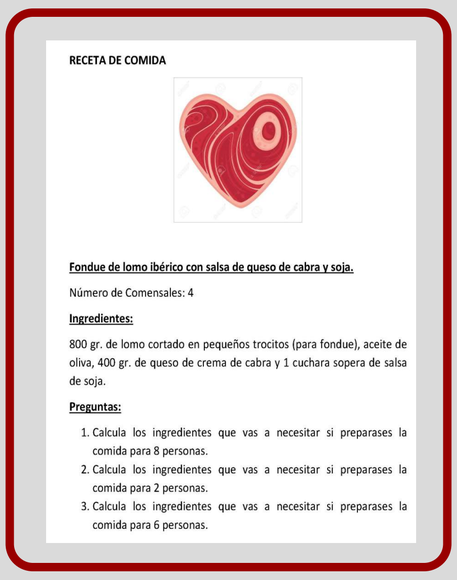
200 mayores 80 ≥ años → **Estudio piloto** → **9 herramientas**

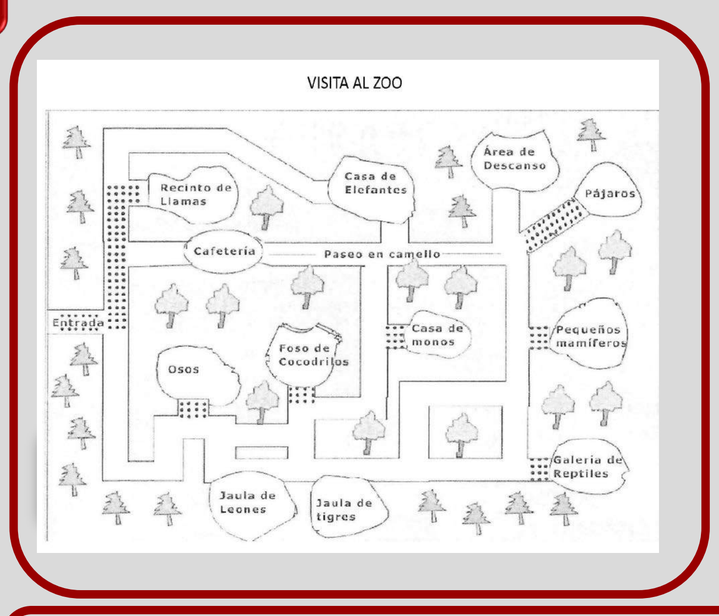
Resultados

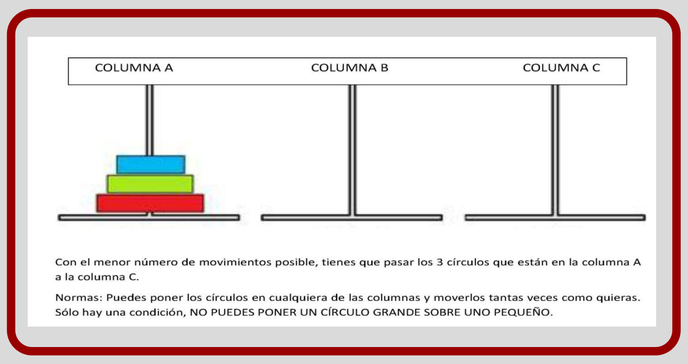
Este estudio nos lleva a proponer nueve herramientas que miden la planificación (del día, de comida, espacial y motora), el reconocimiento de caras, orientación espacial y soluciones a problemas cotidianos (buscar las llaves, listín telefónico, manejo del dinero e interpretación de prospectos).

Conclusiones: Propuesta de cuadernillo de evaluación









+ información

Visitar cuadernillo en: www.envejecimientoentodaslasedades.unileon.es .

Agradecimientos

Esta investigación forma parte del Proyecto *Modelo de Intervención Socio-Sanitaria para Mayores Octogenarios (MISMO)* concedido por la Consejería de Sanidad CyL. Modalidad Atención Socio-Sanitaria, 2014/15

vitalia

Centros de día, centros de vida

BENEFICIOS DE TERAPIAS FÍSICAS Y COGNITIVAS DE UN CENTRO DE DÍA VITALIA EN PATOLOGIA DE ICTUS

Ávila Sánchez, Pilar (Médico); **Parra Manzanares, Cristina** (Enfermera); **Solanas Carcasés, Inés** (Directora y neuropsicóloga); **Valentín Martín, Daniel** (TO); **Fernández Guijarro, Rebeca** (Fisioterapeuta).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares según la OMS afectan aproximadamente a 15 millones de personas anualmente, terminando un tercio en fallecimiento y presentando otro tercio discapacidades permanentes. En España la prevalencia es entre el 3,8% y 11,8% en personas mayores de 65 años, siendo más incidente en varones y zonas urbanas.

El ictus agudo es un episodio grave, que en un elevado porcentaje de pacientes deja secuelas permanentes. Es la primera causa de discapacidad aguda en mayores de 65 años y la segunda causa de demencia tras el Alzheimer .

Las secuelas derivadas de los ictus varían según la gravedad, seguimiento y rapidez de atención recibida.

PRESENTACION DEL CASO

Mujer 86 años con AP.

- HTA.
- Dislipemia
- Fibrilación auricular paroxística
- Deterioro cognitivo leve de origen vascular diagnosticado hace 5 años.
- Ictus isquémico de ACM izquierda en Enero 2014

Tras darle el alta hospitalaria acude a nuestro centro al mes de sufrir el ictus:

- Desorientada en tiempo.
- Deterioro cognitivo moderado.
- En silla de ruedas mostrando dificultad para la marcha, inestabilidad y alto riesgo de caídas.
- Lenguaje escaso poco fluente aunque sin afasia.
- Bradipsiquia y bradicinesia.
- Labilidad emocional, trastornos del ánimo.

ACTIVIDADES EN CENTRO DE DÍA

Nuestro Centro de Día es un lugar destinado a ofrecer asistencia integral, socio-sanitaria y rehabilitadora a personas mayores. El abordaje se realiza con un enfoque holístico y siguiendo el Método Hoffman.

Se proponen objetivos individualizados por departamento para el caso:

Médico: Control de factores de riesgo cardiovascular mediante dieta y tratamiento farmacológico.

Enfermería: Control de constantes vitales y evitar aparición de úlceras durante la recuperación.

Psicología: Mejora de la autoestima y estado anímico.

Terapia ocupacional: Recuperación de capacidades cognitivas, sociales y AVD.

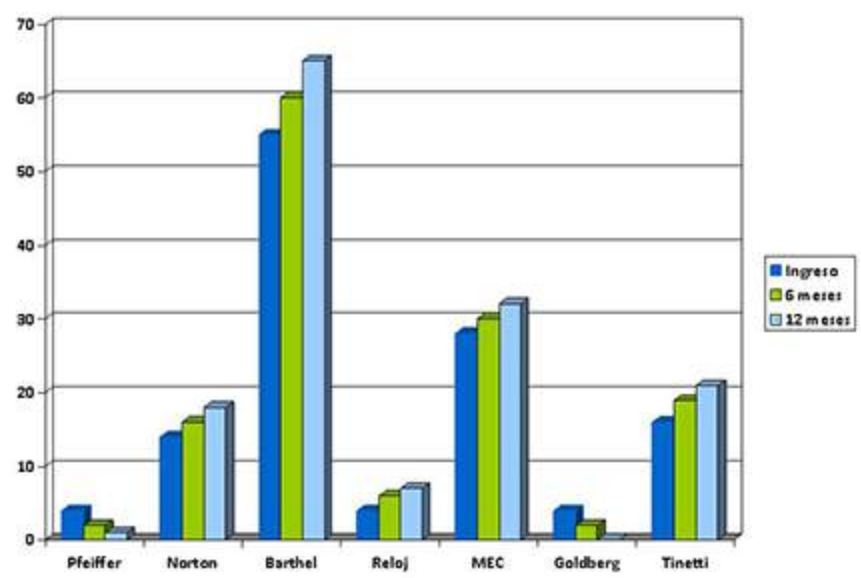
Fisioterapia: Fortalecimiento de miembros inferiores para reeducación de marcha, equilibrio y coordinación.

HORARIO PERSONALIZADO

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
10:30	Llegada al centro en ruta.	Llegada al centro en ruta.	Llegada al centro en ruta.	Llegada al centro en ruta.	Llegada al centro en ruta.
10:40	Terapia cognitiva individualizada.	Terapia cognitiva individualizada.	Terapia cognitiva individualizada.	Terapia cognitiva individualizada.	Terapia cognitiva individualizada.
11:00	Grupo de acondicionamiento físico grupal.	Grupo de acondicionamiento físico.	Grupo de acondicionamiento físico.	Grupo de acondicionamiento físico.	Grupo de acondicionamiento físico.
11:45	Hidratación	Hidratación	Hidratación	Hidratación	Hidratación
12:00	Taller de Salud	Taller de pintura.	Musicoterapia.	Taller de manualidades.	Taller de cocina.
13:00	RGS Kinnect®	Termoterapia.	Reeducación de la marcha.	Terapia ABVD	Fortalecimiento y estiramientos.
13:30	Comida.	Comida.	Comida.	Comida	Comida.
14:15	Tiempo de descanso y reposo.	Tiempo de descanso y reposo.	Tiempo de descanso y reposo.	Tiempo de descanso y reposo.	Tiempo de descanso y reposo.
15:00	Dinámica de grupo.	Psicoterapia.	Psicomotricidad.	Taller de memoria y expresión.	Ludoterapia.
16:15	Salida del centro en ruta	Salida del centro en ruta	Salida del centro en ruta	Salida del centro en ruta	Salida del centro en ruta

RESULTADOS

Tras un año de permanencia en el centro siguiendo las terapias individualizadas y grupales por parte de todo el equipo profesional, se observa la siguiente evolución:



CONCLUSIONES

Como podemos observar en los gráficos, tras la terapia brindada en nuestro centro a la paciente observamos una mejoría notable a los 6 meses y al año en las esferas física, cognitiva y psicológica social. La rehabilitación del paciente con ictus tiene como objetivo fundamental tratar la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso y facilitar la independencia y la reintegración en el entorno familiar y social. Este objetivo se consigue mediante la coordinación de un equipo multidisciplinar como el nuestro.

MÉTODO HOFFMANN