

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

- 5 Ángela Guillén Jiménez y Miriam Delgado Ríos
Efectos de las intervenciones basadas
en Mindfulness en cuidadores/as de
familiares con demencia: Revisión
sistemática
- 20 Eliana Soledad Torrez y Valeria Portaluppi
Nuevos desafíos en una comunidad
envejecida: Cuando las personas
mayores cuidan a otras personas
mayores
- 27 Jazmín Camacho Hernández, Montserrat Duarte
Moreno y Sandra Pàmies Tejedor
La figura del Gerontólogo en el servicio
de atención a domicilio (SAD) Home
care: Temas de interés
- 40 Noelia Sánchez González, Antonio Sánchez Cabalo,
Jose David Urchaga Litago y Alba Villasan Rueda
Aplicación de técnicas de estimulación
cognitiva en envejecimiento utilizando
TIC: Estudio de caso
- 48 Eneritz Jiménez-Etxebarría, Elena Bernaras Iturrioz, Joana
Jaureguizar Albaniga-Mayor
Inteligencia emocional y envejecimiento
activo en las personas mayores
- 59 Cristina Buiza Bueno, Pura Diaz Veiga
Las actividades cotidianas significativas para
personas con demencia

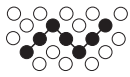
Nº — Vol

1 6

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20
JUNIO
19



“Buscando el bien de nuestros semejantes, encontramos el nuestro”

(Platón , c. 427-347 a. C)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

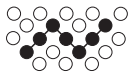
Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
María del Carmen Martínez Sánchez (Madrid)
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)
Victor José Aragonés Sánchez (Madrid)
Charo Pita Díaz (A Coruña)
Laura Rubio Rubio (Granada)

Comité Asesor Internacional

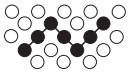
Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Ángela Guillén Jiménez y Myriam Delgado Ríos
Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de familiares con demencia: Revisión sistemática
- 20 Eliana Soledad Torrez y Valeria Portaluppi
Nuevos desafíos en una comunidad envejecida: Cuando las personas mayores cuidan de otras personas mayores
- 27 Jazmín Camacho Hernández, Montserrat Duarte Moreno, Sandra Pámies Tejedor, Serena del Pino Sisteré, Iván Sánchez Martínez
La figura del Gerontólogo en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés
- 30 Noelia Sánchez González, Antonio Sánchez Cabalo, Jose David Urchaga Litago, Alba Villasán Rueda
Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva en envejecimiento utilizando TIC: Estudio de caso
- 34 Eneritz Jiménez-Etxebarría, Elena Bernaras Iturrioz, Joana Jaureguizar Albaniga-Mayor
Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores
- 34 Cristina Buiza Bueno, Pura Díaz Veiga
Las actividades cotidianas significativas para personas con demencia



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

Claves de un futuro saludable

*La buena salud y el buen
juicio son dos de las mayores
bendiciones de la vida
(Publilio Siro)*

A nivel global, países de todo el mundo están experimentando un aumento de la longevidad, la esperanza de vida y a consecuencia también, un ascenso de los casos de demencia y envejecimiento patológico en los albores de la cuarta edad. Sin lugar a dudas, este fenómeno constituye un considerable reto de cara al futuro más próximo. Si bien las enfermedades neurodegenerativas a nivel clínico se posicionan en el primer lugar de la lista de problemas, a nivel social y familiar, abordar el aislamiento, el sufrimiento existencial y la falta de apoyos, cuidados y cobertura conciben, nuevamente, contrariedades añadidas que dificultan la calidad de vida de las personas mayores.

El extraordinario avance de tratamientos y terapias psicológicas y familiares, justifican el optimismo hacia un punto de intervención en una dirección muy positiva. Es verdaderamente importante, continuar indagando en programas de investigación para desarrollar soluciones útiles y creativas a los futuros desafíos

que marcará el envejecimiento en años sucesivos.

Por otra parte, educar en valores a una sociedad marcada por el retroceso en sentencias prejuiciosas hacia la tercera edad, es crucial buscar prever de información veraz y específica a determinados sectores para instruir en una perspectiva realista y justa del envejecimiento.

El diagnóstico temprano de patologías como la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia, considera un punto transcendental para orientar tratamientos iniciales y la ilustración familiar para sobrellevar las consecuencias de una enfermedad devastadora.



Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de familiares con demencia: Revisión sistemática

Ángela Guillén Jiménez¹ y Myriam Delgado Ríos²

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones basadas en mindfulness (IBM) en cuidadores/as de familiares con algún tipo de demencia, con el fin de conocer los efectos y posibles beneficios que tiene la aplicación de este tipo de terapias de 3ª generación sobre esta población.

Método: La búsqueda se realizó en los meses de Enero y Febrero de 2018 en las bases de datos: MEDLINE, PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES, SCOPUS y Web of Science. Se han incluido un total de 20 publicaciones tras una evaluación interjueces.

Resultados: Las IBM producen mejoras en carga, estrés, depresión, ansiedad, mindfulness y calidad de vida de quienes cuidan de un familiar mayor. Mientras que los resultados cuantitativos y cualitativos a corto plazo sugieren beneficios, los efectos en el mantenimiento no están claros, a excepción de la depresión. Esta ha mostrado ser la variable con mayor repercusión mostrando efectos a corto y a largo plazo.

Conclusiones: La dificultad para mantener los resultados tras la intervención se ha relacionado con una disminución de la práctica durante y tras el programa por lo que sería conveniente tener este aspecto en cuenta para futuras investigaciones. Este es uno de los motivos de la variedad de formatos de programas utilizados, que tratan de paliar las dificultades de los familiares para participar.

Palabras clave: mindfulness, demencia, cuidadores familiares, revisión sistemática

Abstract

Objective: To carry out a systematic review of the literature on interventions based on mindfulness (IBM) in caregivers of relatives with some type of dementia, in order to know the effects and possible benefits of the application of this type of therapies of 3rd generation on this population. **Method:** The search was conducted in the months of January and February of 2018 in the databases: MEDLINE, PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES, SCOPUS and Web of Science. A total of 20 publications have been included after an interjudge evaluation.

Results: The IBMs produce improvements in load, stress, depression, anxiety, mindfulness and quality of life of those who care for an elderly relative. While short-term quantitative and qualitative results suggest benefits, the effects on maintenance are unclear, with the exception of depression. This has shown to be the variable with the greatest impact showing short and long term effects.

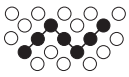
ISSUE N°1
JUNIO
2019

Recibido:
15/01/2019

Aceptado:
05/02/2019

(1) Estudiante Máster Psicología General Sanitaria, Universidad de Málaga. angela.guillen@uma.es

(2) Profesora. Departamento Psicología Evolutiva y Educación, Universidad de Málaga. delgadorios@uma.es



Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

Conclusions: The difficulty to maintain the results after the intervention has been related to a decrease of the practice during and after the program, so it would be convenient to take this aspect into account for future research. This is one of the reasons for the variety of program formats used, which try to alleviate the difficulties of family members to participate.

Keywords: mindfulness, dementia, family caregivers, systematic review

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población española, consecuente aumento de la prevalencia de demencia (19,4%) y la repercusión que sus síntomas cognitivos y conductuales provocan en el cuidador, mayoritariamente mujeres familiares (80%), es un desafío pendiente en la actualidad (Abellán, Ayala, Pérez & Pujol, 2018; CEAFA, 2016; OECD, 2017)

La asistencia física de un familiar exige un gran compromiso y dedicación que, en la mayoría de las ocasiones, conlleva un desgaste físico y emocional en la persona que la lleva a cabo (Richardson, Lee, Berg-Weger, Grossberg, 2013). Es importante atender a sus necesidades ya que este desgaste puede suponer un obstáculo para transmitir la parte del cuidado emocional, que no podría ser sustituido ni por otro tipo de cuidado ni ejercido por un cuidador que no sea un ser querido. En estos cuidadores, se encuentran altas tasas de depresión, ansiedad, carga, estrés, alteraciones en el sueño y estado de ánimo e incluso deterioro en el funcionamiento cognitivo. En cuanto a salud física, se sugiere que este colectivo tiene mayor dificultad para mantener una buena salud (CEAFA, 2016; Mackenzie & Poulin, 2006; Richardson et al., 2013). Uno de los cambios fisiológicos más destacados asociados con el estrés del cuidador es el incremento en los niveles de cortisol. Esta es una hormona que se libera como respuesta al estrés y que repercute en la alteración del sistema endocrino e inmunológico (Pinquart & Sörensen, 2007; Richardson et al., 2013).

Numerosos estudios han encontrado que el estrés en las personas que cuidan de familiares con demencia es mayor que para las personas que cuidan de familiares con dependencia física o con escasos problemas conductuales y/o emocionales, siendo estos síntomas la principal causa de estrés (Brodaty & Donkin, 2009; Pinquart & Sörensen, 2003). Se trata por tanto, de un colectivo particular si se atiende al tipo y diversidad de la sintomatología de la demencia así como a las implicaciones de su evolución.

Existe una amplia variedad de intervenciones que demuestran, en su gran mayoría, efectos sobre variables psicosociales del cuidador, sobre todo los programas psicoeducativos, aunque sin resultado en las mediciones de seguimiento (Pinquart & Sörensen, 2007; Velázquez, Villarreal, Carrillo, Benavides-Torres y González, 2016). En el contexto de la demencia, el número de revisiones acerca de la efectividad de las intervenciones sobre los cuidadores es escaso y la metodología utilizada hace complicado extraer conclusiones precisas (Pinquart & Sörensen, 2007; Velázquez et al., 2016). La mayoría de las revisiones existentes no muestran consenso en relación al impacto de dichos programas en las variables específicas del cuidador: depresión, estrés, carga, ansiedad y/o calidad de vida. En este sentido, Sörensen, Pinquart & Duberstein (2002) observan que los cuidadores de este colectivo se benefician menos de las intervenciones que los cuidadores de personas mayores sin demencia.

En los últimos años, han ido apareciendo nuevas terapias de 3ª generación con resultados alentadores como son las intervenciones basadas en mindfulness (IBM). Este es un término vigente, que poco a poco se va utilizando más en el contexto científico y se traduce al español como atención plena. Se trata de un estado particular de conciencia promovido por técnicas meditativas orientales desde hace milenios (Pérez & Botella, 2006). En palabras de Kabat-Zinn (2003), el mindfulness trata de llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar.

Las IBM más conocidas son el MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) y MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), diseñados en principio para población clínica específica aunque actualmente vistos los resultados, Kabat-Zinn (2003) sugiere que el mindfulness se podría aplicar en todos aquellos contextos en los que el estrés principalmente u otras



Guillén Jiménez, Delgado Ríos

afectaciones emocionales y físicas son destacables, ya sea población clínica específica o general, pudiendo mantener los resultados incluso cambiando el formato estándar.

La práctica de Mindfulness o “atención plena” en personas que cuidan de familiares con una enfermedad neurodegenerativa como Alzheimer u otra demencia, es muy reciente y los estudios sobre su eficacia son escasos. No obstante, existe acuerdo en que su práctica podría ser muy útil para este colectivo (Epstein-Lubow, Miller & McBee, 2006; Gallagher, 2016). En este sentido, Mackenzie & Poulin (2006) encuentran la práctica de mindfulness, como una alternativa o complemento de las terapias ya existentes que puede ayudar a los cuidadores de familiares a estar en el momento presente, observando lo que sucede sin juzgar ni valorar. Estos autores, defienden tres ventajas para su aplicación en este colectivo: (1) Atender a los sentimientos diversos que surgen durante la evolución de la enfermedad, desde el dolor al alivio; (2) Darles la oportunidad para alejarse de reacciones automáticas y ver cuáles son los factores del ambiente, de la persona mayor o propios que resultan ser una fuente de estrés y la reacción derivada; (3) Fomentar la conciencia intrapersonal para facilitar la conciencia interpersonal y así atender a las necesidades que sus mayores en muchas ocasiones no sabrán o podrán comunicar.

Por lo que el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura sobre aplicación de las IBM en cuidadores/as de familiares con algún tipo de demencia, con el fin de conocer los efectos y posibles beneficios que tiene la aplicación de este tipo de terapias de 3ª generación sobre esta población.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda

Durante los meses de Enero y Febrero de 2018, se consultaron 6 bases de datos electrónicas de ciencias médicas y sociales: MEDLINE, PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES, SCOPUS y Web of Science. La combinación de palabras utilizada fue la siguiente: (mindful* OR MB* OR MSC OR meditation) AND (famil* care* OR informal care*) AND (dement* OR Alzheimer). La estrategia de búsqueda consistió en identificar todos los artículos científicos hasta la actualidad, escritos en español o inglés que en título, resumen o palabras clave tuvieran alguna de las palabras

o frases descriptoras señaladas. Para la redacción de esta revisión, se siguió los ítems principales de la guía de revisiones sistemáticas y meta-análisis PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis)(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, PRISMA Group, 2009)

Criterios de selección

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta a la hora de seleccionar la muestra fueron: (1) Intervención basada en mindfulness (yoga, meditación, mantras), (2) Intervenciones dirigidas a cuidadores de familiares con demencia, (3) Artículos científicos escritos en español e inglés.

Por otro lado, los criterios de exclusión seguidos fueron: (1) Publicaciones no experimentales, (2) Revisiones sistemáticas y/o de meta-análisis, (3) Intervenciones dirigidas a la persona que recibe los cuidados y/o cuidadores formales, (4) Intervenciones dirigidas a cuidadores familiares por causas distintas a una demencia (cáncer, parkinson, fibromialgia, operación quirúrgica, discapacidad física o intelectual, etc.), (5) Publicaciones que no incluyen los efectos de la intervención basada en mindfulness en variables psicosociales del cuidador, (6) Publicaciones que tomen mindfulness como estado o rasgo y no como intervención.

Proceso de selección

Se llevó a cabo a través de una evaluación interjueces. La Figura 1 muestra un diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra de acuerdo con PRISMA 2009 (Moher et al., 2009).

Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

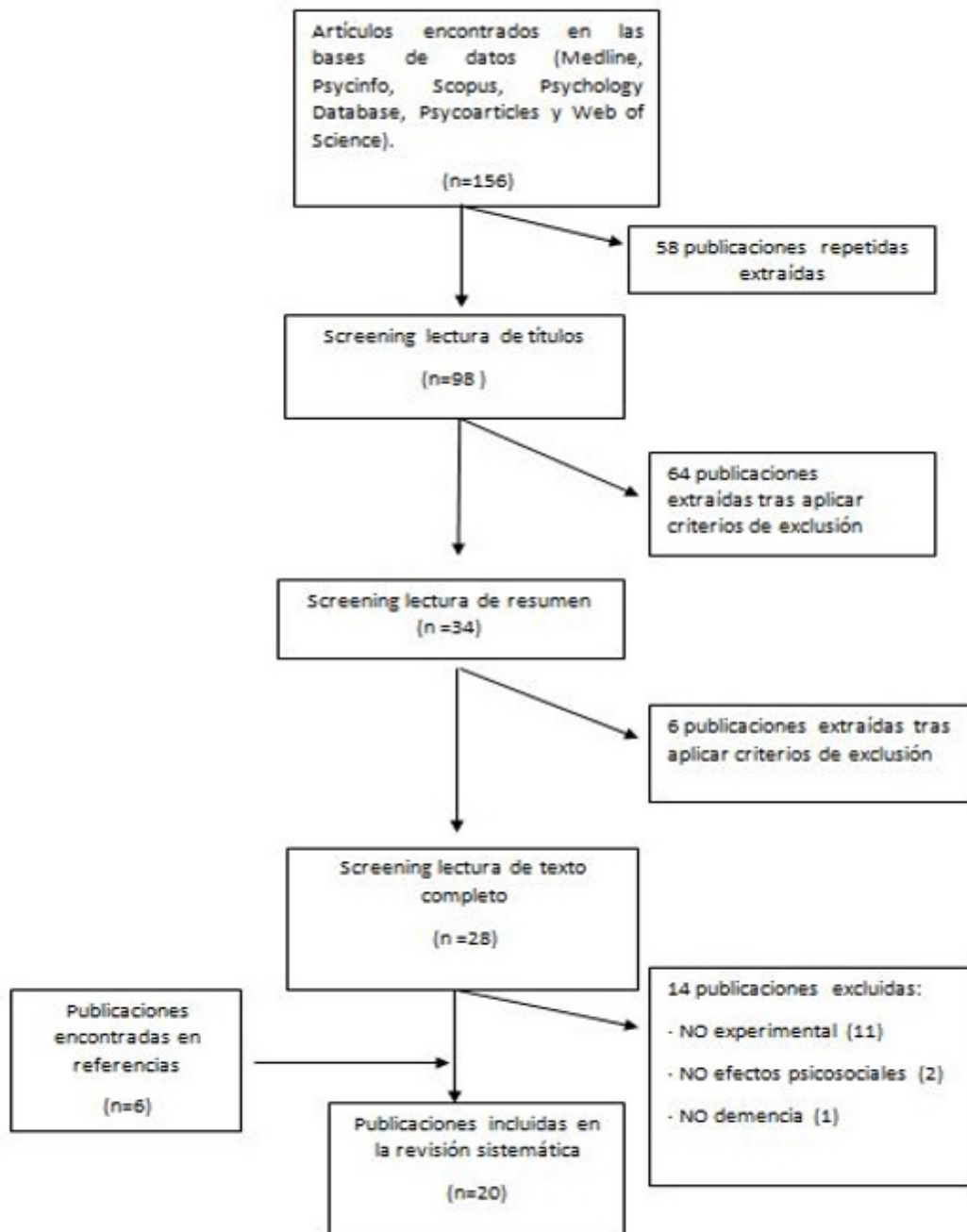


Figura 1. Diagrama de flujo.

Figura 1. Diagrama de flujo.

Datos extraídos



Guillén Jiménez, Delgado Ríos

Todas las publicaciones se consiguieron en formato electrónico a través de las bases de datos mencionadas. A las que no se tuvo acceso, se les solicitó expresamente al autor. Una vez seleccionados los artículos para su inclusión, se extrajeron las siguientes variables:

Citación: Principal autor, año de publicación y país.

Metodología: 1) Diseño (pre-post o pre-post-seguimiento); 2) Tipo de intervención: IR (Inner Resources meditation); MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy); MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction); YMCP (Yoga and Compassion Meditation Program group); KK (Kirtan Kriya Meditation); CMIT (Central Meditation and Imagery Therapy); MT (Meditación Transcendental); ACT (Acceptance and Commitment Therapy); CBT (Cognitive-conductual therapy); Mantras; Programa educativo; Programa de Relajación; Grupo de respiro; Grupo de autoayuda; 3) Muestra de los grupos de intervención y control en su caso (tamaño, media de edad y porcentaje de mujeres en su caso); 4) Duración y frecuencia de las sesiones de intervención.

VARIABLES DE ESTUDIO: Depresión, Carga, Ansiedad, Estrés, Calidad de vida y Mindfulness.

Instrumentos: CES-D (Center for Epidemiological Studies depression scale)(Radloff, 1977); GDS (Geriatric Depression Scale)(Yesavage et al., 1982); HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) (Hamilton, 1960); POMS (Profile of Mood State) (McNair, Lorr & Droppleman, 1992); BAI (Beck Anxiety Inventory)(Beck & Steer, 1993); STAI (State-trait anxiety inventory)(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983); ZBI (Zarit burden interview)(Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1983); RMBPC (Revised Memory and Behavior Problems Checklist)(Teri et al., 1992); PSS (Perceived stress scale)(Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983); SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey) (Alonso et al., 1998); SF-12 (the 12-item Short-form Health Survey)(Ware, Kosinski & Keller, 1996); QLES-Q-SF (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form)(Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993); MAAS (Mindful Attention Awareness Scale)(Brown & Ryan, 2003); FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire)(Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Tooney, 2006).

RESULTADOS

Descripción de estudios

Las características principales de los 20 estudios

incluidos fueron publicadas en la Tabla 1. Se encuentran en orden ascendente según el año de publicación.

Tabla 1.

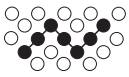
*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Abreviaciones: G₁: Grupo intervención 1; G₂: Grupo intervención 2; Gc: Grupo control; IR, Inner Resources meditation; MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy; MBSR, Mindfulness-based stress reduction; YMCP, Yoga and Compassion Meditation Program group; KK, Kirtan Kriya Meditation; CMIT, Central Meditation and Imagery Therapy; MT, Meditación transcendental; ACT, Acceptance and Commitment Therapy; CBT, Cognitive-conductual therapy.

Notas: CES-D, Center for Epidemiological Studies depression scale; GDS, Geriatric Depression Scale; BDI, Beck Depression Inventory; HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression; POMS, Profile of Mood States; CSAQ, Caregiver Self Assessment Questionnaire; SCL-90, Symptom Checklist-90-R; BAI, Beck Anxiety Inventory; STAI, State-trait anxiety inventory; ZAS, Zung Anxiety Scale; ZBI, Zarit burden interview; MBCBS, Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale; RMBPC, Revised Memory and Behavior Problems Checklist; PSS, Perceived stress scale; LSSI, Lipps's Stress Symptoms Inventory for Adults; SF-36, Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey; SF-12, the 12-item Short-form Health Survey; QLES-Q-SF, Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form); QOL-AD, Quality of Life in AD; AQOL-8D, Quality of Life 8-dimension; MHOQOL-BREF, the World Health Organization Quality of Life questionnaire Abreviada; KIMS, Kentucky inventory of mindfulness skills; MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; FMI, Freiburg Mindfulness Inventory.

La fecha de publicación oscilan entre 2004 y 2017, publicándose la mayoría de ellos en los últimos 10 años.

Los artículos encontrados realizan estudios con cuidadores de familiares dementes de diferentes países. La mayoría de ellos (65%) son estadounidenses. En relación a la intervención, todas ellas utilizan medidas pre-post y el 60%, han llevado a cabo un estudio de seguimiento de los resultados. La muestra se compone del 80% de mujeres familiares entre 43 y 70 años variando el número entre 9 a 141.



Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

Se han utilizado diferentes IBM y formatos. Los programas más utilizados, en un 55%, han sido el de MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) y MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy). Se incluyen otros programas menos conocidos que utilizan específicamente otros componentes: mantras (Bormann et al., 2009), aceptación y compromiso (Losada et al., 2015), Meditación Transcendental (Leach et al., 2015), yoga en el programa KK (Lavrestsky et al., 2013) o una combinación de estos con meditación como en los programas IR (Waelde et al., 20014; 2017), CMIT (Jain et al., 2014); YCMP (Danucalov et al., 2013; 2015). Todos ellos utilizan el formato grupal y presencial, excepto el programa KK que es individual (Lavrestsky et al., 2013) y Bormann et al. (2009) que utiliza teleconferencia. El número de sesiones y duración es variable, incluyendo práctica en casa el 45% de las intervenciones

Por último, se incluyen las variables psicosociales de los/as cuidadores/as más estudiadas en este ámbito, que ordenadas de mayor a menor frecuencia son: depresión, calidad de vida, ansiedad, carga, estrés y Mindfulness.

Efectos en las variables psicosociales del cuidador

DEPRESIÓN. La depresión y el instrumento CES-D han sido, respectivamente, el instrumento y la variable más presentes (90%). El 72% de los estudios que evalúan depresión obtienen que ésta disminuye significativamente tras la intervención encontrándose un tamaño de efecto alto-moderado (Franco et al., 2010; Jain et al., 2014; Losada et al., 2015; Norouzi et al., 2014; Waelde et al., 2004; Whitebird et al., 2013). Waelde et al. (2017) no encuentran resultados significativos para la depresión, sin embargo los participantes, antes de la intervención, no presentaban sintomatología depresiva destacada. De manera similar, en el estudio de Epstein-Lubow et al. (2011), las puntuaciones oscilaban desde una severidad leve a moderada, encontrándose que las mejoras fueron pequeñas y no se mantuvieron seguimiento. Esto sugiere que se benefician más aquellos que tienen mayor sintomatología depresiva al inicio.

Por otro lado, en los estudios en los que se hace un seguimiento, el 55% encuentran que se mantienen los efectos de la intervención (Bormann et al., 2009, O'Donnell et al., 2012; Norouzi et al., 2014; Jain et al., 2014; Hou et al., 2014; Whitebird et al., 2013). Epstein et al. (2011) encuentran en esta medida que existe una correlación significativa entre depresión y ansiedad. También, a corto plazo, O'Donnell et al.

(2012) encontraron correlaciones significativas entre depresión y otras variables, concretamente, positiva con estrés y negativa con compasión y mindfulness.

Los instrumentos utilizados para medir esta variable han sido: CES-D (50%), GDS (11%), HAM-D (11%), POMS (5,6%), CSAQ (5,6%) (Epstein-Lubow, Gaudiano, Hinckley, Salloway & Miller, 2010), BDI (5,6%) (Beck, 1988); SCL-90 (5,6%) (Derogatis & Cleary, 1977), Webneuro test battery (5,6%) (Silverstein et al., 2007).

CALIDAD DE VIDA. Esta variable se ha evaluado en el 60% de las publicaciones, siendo la escala SF-36 el instrumento de medida más utilizado. El 58% de las publicaciones que evalúan este constructo, encuentran un efecto significativo tras la intervención (Danucalov et al., 2015; Leach et al., 2015; Norouzi et al., 2014).

Generalmente, en el aspecto de salud mental se han encontrado más beneficios que en el aspecto físico y/o social (Danucalov et al., 2015; Leach et al., 2014; Paller et al., 2014; Whitebird et al., 2013). En relación a esto, Lavrestsky et al. (2013) y Waelde et al. (2004) encuentran mejoras en salud física aunque no sean estadísticamente significativas. Epstein et al. (2011) no observaron efectos en el área física pero, por el contrario, en salud mental, encontraron efectos significativos y con un gran tamaño del efecto. Además, Whitebird et al. (2013) observan que estos efectos se mantienen 6 meses después de la intervención, al igual que ocurría con los resultados encontrados en depresión.

Para medir esta variable se han utilizado los siguientes instrumentos: SF-36 (50%), SF-12 (16.4%), QLES-Q-SF (16.4%), MHOQOL-BREF (8.6%) (Fleck, 1999), QOL-AD (8.6%) (Logsdon, Gibbons, Mc Curry & Terri, 2002).

ANSIEDAD. El 55% de las publicaciones han estudiado esta variable utilizando en mayor medida la escala STAI. El 73% de los trabajos que han estudiado esta variable, han encontrado mejoras significativas tras la intervención con un tamaño del efecto grande ($d=0.8-1.51$) (Franco et al., 2010; Jain et al., 2014) y moderado ($d=0.77$) (Losada et al., 2015; Waelde et al., 2004; Whitebird et al. 2013). Paller et al. (2014) no encuentran diferencias significativas en ansiedad por dos de los participantes que disparan las puntuaciones, sin embargo, excluyendo estos, la medida es significativa ($p=0.028$).

Los resultados para los estudios que hacen un seguimiento muestran que es una de las variables

Guillén Jiménez, Delgado Ríos

que reporta mejores resultados a largo plazo junto a depresión, ya que un 50% de ellos mantienen sus efectos en el tiempo de manera significativa (Franco et al., 2010; Jain et al. 2014; Leach et al., 2015; Whitebird et al., 2013). Waelde et al. (2004) indican que las mejoras encontradas tanto en ansiedad como en depresión, no se debe al paso del tiempo por sí mismo, sino al grado de implicación durante la intervención.

Se han utilizado los siguientes instrumentos: STAI (36,4%), POMS (18,2%), BAI (18,2%), ZAS (9,1%) (Zung Anxiety Scale)(Zung, 1971), SCL-90 (9,1%) (Derogatis & Cleary, 1977), Webneuro test battery (9,1%)(Silverstein et al., 2007).

CARGA. Al igual que ansiedad, esta variable ha sido medida en el 55% de las publicaciones, siendo ZBI el instrumento más utilizado. Es la que reporta mejores efectos tras la intervención. Se encuentran resultados significativos en el 82% de los estudios que la evalúan (Brown et al., 2015; Danucalov et al., 2015; Hoppes et al., 2012; Paller et al., 2014; Oken et al., 2010) y hay quienes reportan un tamaño del efecto grande ($d=0.89-0.96$)(Franco et al., 2010; Norouzi et al., 2014). El 29% de ellas, han mantenido mejoras significativas en el tiempo (Franco et al., 2010; Norouzi et al., 2014).

Por último, destacar los resultados de Hoppes et al. (2012) que encuentran beneficios en tan sólo cuatro semanas con un programa MBSR, aunque no se mantienen en el tiempo. No obstante, se observa que la carga correlaciona fuerte y significativamente en el tiempo con atención plena, optimismo y esperanza.

La escala ZBI ha sido utilizada en un 55% de los casos. Otros de los instrumentos utilizados para medir carga han sido: RMBPC (27%), MBCBS (9%)(Montgomery, 2000), CSAQ (9%)(Epstein-Lubow et al. 2010).

ESTRÉS. Esta variable ha sido medida en el 50% de las publicaciones, siendo la escala PSS, el instrumento más utilizado. El 70% de estudios que miden esta variable encuentra un efecto significativo tras la intervención. Se han encontrado que las mejoras se mantienen incluso al mes de la intervención ($p=0.058$; $d=0.60$) (Epstein-Lubow et al., 2011; O'Donnell et al., 2012), aunque sus puntuaciones no resultaron significativas.

Las pruebas psicométricas utilizadas han sido las siguientes: PSS (70%); LSSI (10%)(Lipp, 2000), Webneuro test battery (10%)(Silverstein et al., 2007), CSAQ (10%) (Epstein-Lubow et al., 2010).

Los hallazgos encontrados, son apoyados por otras medidas fisiológicas: cortisol y actividad telomerasa. Por un lado, el nivel de cortisol salival, se ha medido

en el 40% de los estudios y aunque indiquen mejoras, sólo son significativas además de mantenidas en el tiempo en el estudio de O'Donnell et al. (2012). Waelde et al. (2017) que miden estrés únicamente a partir de la pendiente de cortisol diurno, encuentran resultados alentadores tras la intervención IR ($d=1.2$). Por otro lado, se encontraron mejoras en la actividad telomerasa tras el programa KK. Esto sugiere una mejoría en el envejecimiento celular provocado por el estrés (Lavrestsky et al., 2013).

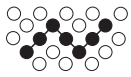
MINDFULNESS. Esta variable se ha medido en el 45% de las publicaciones con la escala MAAS en la mayoría de los casos. El 56% de ellas han resultado significativas tras la intervención y en el 17% de los casos obtienen resultados significativos en la medida de seguimiento (Hou et al., 2014). O'Donnell et al. (2012), a pesar de no obtener resultados significativos, encuentran efectos en atención plena tras la intervención y en el seguimiento en un programa MBSR.

Se han encontrado distintas correlaciones entre atención plena como variable disposicional y las variables psicosociales anteriores: depresión (Ho et al., 2016; Hou et al. 2014; O'Donnell et al., 2012; Oken et al., 2010), ansiedad (Ho et al., 2016; Hou et al. 2014), estrés (Epstein-Lubow et al., 2011; Franco et al., 2010; O'Donnell et al., 2012; Oken et al. 2010) y carga (Hoppes et al., 2012). Oken et al. (2010), aluden a que las medidas de atención plena correlacionan con depresión y estrés incluso antes de la intervención, lo que sugiere que las medidas de atención plena reflejan cierta calidad basal que se relaciona tanto con la depresión y el estrés sin entrenamiento específico de atención plena. En general, todo ello sugiere que la capacidad de atención plena repercute en las variables de salud mental del cuidador.

El mindfulness o atención plena, ha sido medida con los siguientes instrumentos: MAAS (44.4%), FFMQ (33.3%), KIMS (11.1%)(Baer, Smith & Allen, 2004), FMI (11.1%)(Buchheld, Grossman & Walach, 2001)

OTRAS MEDIDAS. En la muestra de estudio de esta revisión, se han encontrado resultados alentadores para otras variables psicosociales que aunque no se midan con la misma frecuencia que las anteriores, es interesante tenerlas en cuenta. Entre ellas están: la autoeficacia (Franco et al., 2010; Hou et al., 2014; Oken et al., 2010; Waelde et al., 2004) y el funcionamiento cognitivo (Lavrestsky et al., 2013; Leach et al., 2014).

Otros hallazgos que pueden resultar de interés, son los



Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

encontrados por Waelde et al. (2017) para un grupo de MBSR en la variable de satisfacción con un gran tamaño del efecto ($p < 0.05$) ($d = 0.94$) y Jain et al. (2014) para el insomnio ($p < 0.05$) ($d = 0.8$). Para la variable de compasión también hubo quienes encontraron mejoras significativas ($p < 0.05$) (Danucalov et al., 2015; O'Donnell et al., 2012).

CONCLUSIONES

En los últimos años, existe un interés creciente en las IBM y concretamente, en los beneficios que producen en cuidadores/as de familiares con demencia, no obstante, esta es una de las pocas revisiones que existen en esta población. A pesar de la variabilidad entre los estudios incluidos, los resultados encontrados son alentadores. Las IBM han mostrado tener beneficios en las variables psicosociales de las personas que cuidan de un familiar con deterioro por demencia.

Se han encontrado mejoras para todas las variables estudiadas, superando en cada una de ellas, el 50% de estudios que encuentran resultados significativos. Carga, estrés, depresión y ansiedad han conseguido los porcentajes de mejoras significativos más altos (70-82%), mientras que calidad de vida y capacidad de atención plena o mindfulness han obtenido porcentajes algo más bajos, 58% y 56% respectivamente. Esto sugiere que las IBM tienen fuertes efectos en la salud mental de los/as cuidadores/as y así se ha constatado, alcanzando un tamaño de efecto (Cohen's d) superior a 1 (Franco et al., 2010; Jain et al., 2013; Waelde et al. 2004; 2017).

Los resultados a corto plazo sugieren beneficios, no obstante, los efectos en el seguimiento son diversos. Los porcentajes de mejoras significativas en esta medida para cada una de las variables, de mayor a menor, son los siguientes: depresión (55%), ansiedad (50%), carga (29%), mindfulness (17%), estrés (14%) y calidad de vida (13%). Más del 50% de las publicaciones que lo miden en depresión y ansiedad encuentran mejoras estadísticamente significativas tras la intervención y en el seguimiento y además, con tamaños del efecto moderados-grandes. Los resultados hallados para ansiedad son novedosos mientras que, acorde con la literatura, depresión es una de las variables más prometedoras (Brown et al., 2015; Lavretsky et al., 2013; Leach et al., 2014).

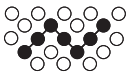
Tras el análisis, se observan otros aspectos destacables con evidencia en la literatura. Serían los siguientes: a) las mujeres son las que en la mayoría de los casos ejercen esta labor, b) la atención plena como

variable disposicional en el cuidador repercute en sus variables psicosociales, c) los efectos similares con las intervenciones psicoeducativas y grupos de autoayuda, d) la dificultad para mantener estas mejoras a largo plazo y e) la disminución de la práctica de atención plena durante y tras la IBM (Jaffray, Bridgman, Stephens & Skinner, 2015; Hurley, Patterson & Cooley, 2013; Kor, Chien, Liu & Lai, 2017; Li Yuan & Zhang, 2015; Liu, Chen & Sun, 2017).

En esta revisión, se ha encontrado que la práctica continuada de mindfulness produce mejoras en las variables psicosociales (Waelde et al., 2004; O'Donnell et al., 2013; Waelde et al., 2017), no obstante, Hou et al. (2014) indica que sólo el 50% de los cuidadores continuaron con el entrenamiento tras la intervención lo que impidió una evaluación posterior. Sería interesante investigar de qué depende seguir practicando mindfulness en casa, ya que aunque hay estudios donde los cuidadores han manifestado su disposición por continuar con su práctica (Hou et al., 2014; Waelde et al., 2004), se desconoce qué variables motivan o impiden el mantenimiento de ésta una vez finalizada la intervención. El número y carga de tareas a las que atienden diariamente este colectivo podría estar relacionado con la dificultad para mantener este entrenamiento a lo largo del tiempo.

Durante la intervención, se ha observado una disminución de la práctica incluso en aquellos programas que han intentado adaptarse a los cuidadores/as. En algunos de ellos, se ha reducido la duración y/o frecuencia de las sesiones con el fin de paliar las dificultades para asistir o continuar practicando en casa (Epstein et al. 2011; Franco et al. 2010; Hoppes et al. 2012). El formato original consiste en 8 sesiones durante 2 meses de 2.5h más un día de retiro, pero sólo O'Donnell et al. (2013) y Whitebird et al. (2013) mantuvieron esta estructura. La duración en los demás programas ha oscilado entre 8-4 semanas desde 4-10 sesiones semanales de entre 1-2.5h cada una y un tiempo de práctica en casa de entre 10-45 minutos diarios. La diversidad de resultados encontrados en este ámbito cobra sentido por sí misma al modificarse la estructura de los programas y utilizar formatos diferentes de los que ya se ha comprobado su eficacia. Por otro lado, su análisis se ha visto dificultado por la diversidad de instrumentos utilizados y la heterogeneidad en el modo de presentar los resultados. Todo ello ha supuesto una gran limitación a la hora de poder extraer resultados concluyentes.

La intervención breve de Hoppes et al. (2012) y un formato de teleconferencia utilizado por Bormann et



Guillén Jiménez, Delgado Ríos

al. (2009), encuentran mejoras subjetivas y objetivas en carga, depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida. Estos resultados sugieren que los beneficios se deben en mayor medida al entrenamiento en atención plena independientemente del formato seguido. No obstante, también se encuentra que si la práctica no continúa estos desaparecen (Franco et al., 2010; Epstein et al., 2011; Hoppes et al., 2012). Bormann et al. (2009) hicieron llamadas telefónicas semanales para asegurar su práctica en el seguimiento y consiguieron mantener sus efectos en todas las variables.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados cualitativos en esta revisión también son alentadores. Los participantes han señalado la utilidad de las estrategias de mindfulness (Jain et al., 2014; Hou et al., 2014; Waelde et al., 2004). Indican que la conciencia en el momento presente ha aumentado, aceptan situaciones que antes luchaban por cambiar y ha disminuido la reactividad a comportamientos difíciles (Hoppes et al., 2012; Paller et al., 2014; Waelde et al., 2017).

Hay evidencia de que hay personas que han desarrollado la capacidad de atención plena sin necesidad de IBM, no obstante, en esta revisión se observa que el entrenamiento en mindfulness influye en su desarrollo. Esta capacidad se ha relacionado con variables psicosociales del/ de la cuidador/a tales como depresión, ansiedad, estrés y carga. Esto sugiere que el entrenamiento en atención plena influye amortiguando el desgaste emocional de las personas que cuidan de familiares con demencia. En trabajos futuros, sería interesante investigar específicamente, cuáles son las variables que influyen en el desarrollo de esta capacidad, en la misma línea de trabajos como los de O'Donnell et al. (2012) dónde encuentran una relación positiva significativa entre la práctica continuada y desarrollo de atención plena.

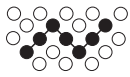
Con el fin de prevenir y reducir las consecuencias negativas que tiene el cuidar de una persona con demencia, existen una amplia variedad de intervenciones que ya han demostrado su eficacia en las variables estudiadas. Concretamente, son las intervenciones psicoeducativas y los grupos de autoayuda y en esta revisión han resultado tener en algunos casos efectos similares a las IBM (Brown et al., 2015; Jain et al., 2014; Lavrestsky et al., 2013; Losada et al., 2015; O'Donnell et al., 2012; Oken et al., 2010; Whiterbird et al., 2013). Por ahora no hay evidencia suficiente para concluir que se puedan utilizar las IBM como alternativa a otro tipo de intervenciones, pero sí de forma complementaria, coincidiendo así con

Mackenzie & Poulin (2006).

Los resultados encontrados coinciden en su gran mayoría con los obtenidos por las revisiones existentes en este ámbito (Hurley et al., 2013; Jaffray et al., 2015; Kor et al., 2017; Li et al., 2015; Liu et al., 2017). La intervención estaría dirigida a crear una nueva actitud en las personas que cuidan de sus familiares, centradas en su rol, sus tareas y sus demandas, con el fin de reducir el impacto psicológico de cuidar a una persona con demencia. Es un enfoque que resulta innovador y prometedor por lo que sería conveniente en investigaciones futuras utilizar una metodología rigurosa para conseguir resultados más consistentes a los aquí encontrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. & Pujol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red n) 17, 1-48.
2. Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, P., Rodríguez, C. & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. Medicina Clínica, 111, 410-416.
3. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. Assessment, 11(3), 191-206.
4. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment, 13 (1), 27-45
5. Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). Beck Depression Inventory Manual Psychological. San Antonio, USA: Psychological Corporation.
6. Bormann, J., Warren, K.A., Regalbutto, L., Glaser, D., Kelly, A., Schnack, J. & Hinton L. (2009). A spiritually based caregiver intervention with telephone delivery for family caregivers of veterans with dementia. Family and Community Health, 32, 345-53.
7. Brown, K., Coogle, C. & Wegelin, J. (2015). A pilot randomized controlled trial of mindfulness based stress reduction for caregivers of family members with dementia. Aging & Mental Health, 20 (11), 1157-66.
8. Brodaty, H. & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 11 (2), 217-228.
9. Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personality & Social Psychology, 84(4), 822-848.
10. Buchheld, N., Grossman, P. & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). Journal for Meditation and Meditation Research, 1, 11-34.
11. CEAFA (2016). El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención. Recuperado de: https://www.ceafa.es/files/2017/04/ESTUDIO_20CUIDADORES.pdf



Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

12. Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
13. Danucalov, M.A., Kozasa, E.H., Galduroz, J.C. & Leite, J.R. (2017). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 85–91.
14. Danucalov, M.A., Kozasa, E.H., Ribas, K.T., Galduróz, J.C., Garcia, M.C., Verreschi, I.T.;Leite, J.R. (2013). Yoga and compassion meditation program reduces stress in familial caregivers of Alzheimer's disease patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 3, 1–8.
15. Derogatis, L. R. & Cleary, P (1977). Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981–989.
16. Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.
17. Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B. A., Hinckley, M., Salloway, S. & Miller, I. W. (2010). Evidence for the validity of the American Medical Association's caregiver self-assessment questionnaire as a screening measure for depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 387–388.
18. Epstein-Lubow, G., McBee, L., Darling, E., Arme, M. & Miller, I. (2011). A pilot investigation of mindfulness-based stress reduction for caregivers of frail elderly. *Mindfulness*, 2(2), 95–102.
19. Epstein-Lubow, G. P., Miller, I. W., & McBee, L. (2006). Mindfulness training for caregivers. *Psychiatric Services*, 57(3), 421.
20. Fleck, M. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19–28.
21. Franco, C., Sola, M.M. & Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (Conciencia plena). *Revista Española De Geriatria Y Gerontología*, 45, 252–258.
22. Gallagher, A. (2016). Mindfulness, moral distress and dementia care. *Nursing Ethics*, 23(6), 599–600.
23. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.
24. Ho, L., Bloom, P.A., Vega, J.G., Yemul, S., Zhao, W., Ward, L.; Pasinetti, G.M. (2016). Biomarkers of resilience in stress reduction for caregivers of Alzheimer's patients. *Neuromolecular Medicine*, 18(2), 177–89.
25. Hoppes, S., Bryce, H., Hellman, C. & Finlay, E. (2012). The effects of brief mindfulness training on caregiver's well-being. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(2), 147–166.
26. Hou, R.J., Wong, S.Y., Yip, B.H., Hung, A.T., Lo, H.H., Chan, P.H.; Ma, S.H. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45–53.
27. Hurley, R., Patterson, T. & Cooley, S. (2013). Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. *Aging & Mental Health*, 18(3), 281–288.
28. Jain, F., Nazarien, N. & Lavrestky, H. (2014). Feasibility of Central Meditation and Imagery Therapy for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 870–876.
29. Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M. & Skinner, T. (2015). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 1–15.
30. Kabat-Zinn (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
31. Kor, P., Chien, W., Liu, J. & Lai, C. (2017). Mindfulness-based intervention for stress reduction of family of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 1–16.
32. Lavrestky, H., Siddarth, P., Nazarien, N., Cyr, N., Khalsa, D.S., Lin, J.; Irwin, M.R. (2013). A pilot study of yogic meditation for family dementia caregivers with depressive symptoms: Effects on mental health, cognition and telomerase activity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 56–65.
33. Li, G., Yuan, H. & Zhang, W. (2015). The effects of Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 292–9.
34. Lipp, M.P. (2000) Manual do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp. Brazil: Casa de Psicólogo.
35. Liu, Z., Chen, Q. & Sun, Y. (2017). Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1521–1529.
36. Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., Mc Curry, S.M. & Terri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510–519.
37. Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B.T., López, J., Fernández-Fernández, V. & Nogales-González, C. (2015) Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Dementia Family Caregivers With Significant Depressive Symptoms: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (4), 760–772.
38. Mackenzie, C. & Poulin, P. (2006). Living with the dying: Using the wisdom of mindfulness to support caregivers of older adults with dementia. *International Journal of Health Promotion & Education*, 44(1), 43–7.
39. McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1992). Revised Manual for the Profile of Mood States. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
40. Montgomery, R. J. V. (2002). Using and Interpreting the Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale. Recuperado de: http://www4.uwm.edu/hbssw/PDF/Burden_20Scale.pdf
41. Norouzi, M., Golzari, M. & Sohrabi, F. (2014). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on the quality of life, depression and demented women caregivers. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(9), 5–11.
42. O'Donnell, R.M.M (2013). Mindfulness-based stress reduction as an intervention among family caregivers of persons with neurocognitive disorders. The university of Arizona, US.
43. OECD (2017). Dementia prevalence. En OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD indicators. OECD: París, 204–205. Recuperado en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-76-en
44. Oken, B.S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J.B., Zajdel, D. & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of Mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(10), 1031–38.
45. Paller, K.A., Creery, J.D., Florczak, S.M., Weintraub, S., Mesulam, M.M., Reber P.J.; Maslar, M. (2014). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's*



Guillén Jiménez, Delgado Ríos

- Disease & Other Dementias, 30(3), 257-67.
46. Pérez, M.A. & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17, 77-120.
 47. Pinqart M. & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The Journal of Gerontology. Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 62(2), 126-37 .
 48. Pinqart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
 49. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(6): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
 50. Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
 51. Richardson, T., Lee, S., Berg-Weger, M. & Grossberg, G. (2013). Caregiver health: Health of caregiver and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 367.
 52. Shulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L.M.; Stevens, A. (2002). Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *Gerontologist*, 42(5), 589-602.
 53. Silverstein, S.M., Berten, S., Olson, O., Paul, R., Williams, L.M., Cooper, N. & Gordon, E. (2007). Development and validation of a World-Wide-Web-based neurocognitive assessment battery: WebNeuro. *Behavior Research Methods*, 39, 940-9.
 54. Sörensen, S., Pinqart, M. & Duberstein, D. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3), 356-72.
 55. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, P.R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
 56. Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S. & Vitaliano, P.P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631.
 57. Velázquez, N., Villarreal, M.A., Carrillo, A.L., Benavides-Torres, R.A. & González, J. (2016). Síntesis de revisiones sistemáticas de intervenciones para cuidadores de pacientes con demencia. *Nure Investigación*, 13 (84), 1-7.
 58. Waelde, L. C., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 677-687.
 59. Waelde, L.C., Meyer, H., Thompson, J.M., Larry, T. & Gallagher-Thompson, D. (2017). Randomized controlled trial of inner resources meditation for family dementia caregivers. *Journal of Clinical Psychology*, 1-13.
 60. Ware, J.Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
 61. Whitebird, R. R., Kreitzer, M., Crain, A.L., Lewis, B.A., Hanson, L.R. & Enstad, C.J. (2012). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *Gerontologist*, 53(4), 676-686.
 62. Yesavage, J.A, Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1982) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
 63. Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1983). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
 64. Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.

Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

Tabla 1.

Descripción de los estudios y resultados principales.

Autores (Año)	País	Diseño y tipo intervención	Formato (sesión*hr)	G (N, edad media, % mujeres)	Variables psicosociales (Instrumentos)
Waelde et al. (2004)	EE.UU	Pre-post. No control G ₁ : IR	6* 1.5h/s + 1* 3h+ práctica	G ₁ (12; 56; 100)	Depresión (CES-D) ** Ansiedad (STAI)* Carga (RMBPC)
Bormann et al. (2009)	EE.UU	Pre-post-seg. No control G ₁ : Mantras	8*1h/s	G ₁ (16; 69.2; 94)	Depresión (CES-D)* Carga (ZBI)* Estrés (PSS)*** Calidad de vida (QLES-Q-SF)* Mindfulness (MAAS)
Oken et al. (2010)	EE.UU	Pre-post. G ₁ : MBCT G ₂ : Educación G ₃ : Respiro	6* 1.5h/s + práctica	G ₁ (10; 62.50; 20) G ₂ (11;67.09; 27.27) G ₃ (10; 63.80; 10)	Depresión (CES-D) Carga (RMBPC)* Estrés (PSS) Calidad de vida (SF-36) Mindfulness (MAAS)
Franco et al. (2010)	España	Pre-post-seg. G ₁ : MBSR Gc: Control	10* 1.5- 2.5h + práctica	G ₁ (19; 43.3; 89,5) Gc (17;43.3; 82,35)	Depresión (SCL-90) *** Ansiedad (SCL-90) *** Carga (ZBI)**
Epstein-Lubow et al. (2011)	EE.UU	Pre-post-seg. No control	8*1.25h/s + práctica	G ₁ (9; 56.2; 100)	Depresión (CES-D) *** Ansiedad (STAI)

Guillén Jiménez, Delgado Ríos

						Calidad de vida (SF-36)*
						Mindfulness (KIMS)
Hoppes et al. (2012)	EE.UU	Pre-post-seg No control G ₁ : MBSR	4* 1h/s+ práctica	G ₁ (11; 63.8; 90.9)		Carga (ZBI) ** Mindfulness (FMI)
O'Donnell et al (2012)	EE.UU	Pre-post-seg. G ₁ : MBSR G ₂ : Relajación	8* 2.5 h/s + práctica	G ₁ (12; 70.42; 83.3) G ₂ (13)		Depresión (GDS) *** Estrés (PSS)** Mindfulness (MAAS)**
Danucalov et al. (2013)	Brasil	Pre-post. G ₁ : YMCP Gc: Control	24*3.75h/s	G ₁ (25; 55.5; 88) Gc (21; 53.4; 86.36)		Depresión (BDI) *** Ansiedad (BAI)*** Estrés (LSSI)*
Lavrestskv et al. (2013)	EE.UU	Pre-post. G ₁ : KK G ₂ : Relajación	8 semanas, 12 min/día	G ₁ (23; 60.5; 100) G ₂ (16; 60.6; 88)		Depresión (HAM-D) Calidad de vida (SF-36)
Whiterbird et al. (2013)	EE.UU	Pre-post-seg. G ₁ : MBSR G ₂ Educación	8*2.5h/s	G ₁ (38; 57.2; 86.8) G ₂ (40; 56.4; 90)		Depresión (CES-D)** Ansiedad (STAI)** Carga (MBCBS) Estrés (PSS)** Calidad de vida (SF-12)*
Jain et al.(2014)	EE.UU	Pre-pos-seg. No control G ₁ : CMIT	8* 1.5 h/s + práctica	G ₁ (10; 64; 100)		Depresión (CES-D)* Ansiedad (ZAS)* Calidad de vida (QLESQ-SF)

Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática

					Mindfulness (FFMQ)*
Paller et al. (2014)	EE.UU	Pre-post. No control G ₁ : MBSR	8* 1.5h/s + práctica	G ₁ (20; 62.5; 80)	Depresión (GDS)* Ansiedad (BAI) Carga (RMPBC)* Calidad de vida (SF-36)*(QOL-AD)
Hou et al. (2014)	China	Pre-post-seg. G ₁ : MBSR G ₂ Educación	8* 1.75 h/s	G ₁ (70; 57.9; 86.7) G ₂ (71; 57.08; 80.6)	Depresión (CES-D) ** Ansiedad (STAI) ** Estrés (PSS) Calidad de vida (SF-12) Mindfulness (FFMQ) ***
Norouzi et al. (2014)	Irán	Pre-post-seg. G ₁ : MBCT G ₂ Educación	8*1.5- 2.5h/s + práctica	G ₁ (10; - ; 100) G ₂ (10; - ; 100)	Depresión (HAM-D)*** Carga (ZBI)*** Calidad de vida (SF-36)***
Leach et al. (2015)	Australia	Pre-post- seg. G ₁ : MT Gc: Control	12* 1h/s	G ₁ (8, 69.4; 87.5) Gc (9; 63.2; 88.9)	Depresión (Web neuro) Ansiedad (Web neuro)* Estrés (Web neuro) Calidad de vida (AQOL-8D)*
Brown et al. (2015)	EEUU	RCT . Pre-post- seg G ₁ : MBSR G ₂ : Autoayuda	8* 1.5-2h/s	G ₁ (23; 61.4; 84.2) G ₂ (15; 61.4; 84.2)	Depresión (POMS) Ansiedad (POMS) Carga (ZBI)* Estrés (PSS)** Calidad de vida (SF-36)

Guillén Jiménez, Delgado Ríos

Losada et al. (2015)	España	Pre-post-sez.	8* 1.5h/s	G ₁ (25; 61.69; 82.2)	Depresión***(CES-D)
		G ₁ : ACT		G ₂ (19; 61.48; 90.5)	Ansiedad** (POMS)
		G ₂ : CBT		G ₃ (22; 62.28; 81.02)	
		G ₃ : Autoayuda			
Danucalov et al. (2015)	Brasil	Pre-post.	24* 3.75h/s	G ₁ (25; 55.5; 88)	Calidad de vida (MHOQOL-BREF)*
		G ₁ : YCMP		Gc (21; 53.4; 90)	Mindfulness (MAAS) ***
		Gc: Control			
Ho et al. (2016)	EE.UU	Pre-post.	8*1.5h/s	G ₁ (20; 60.9; 95)	Depresión (CSAQ) **
		No control			Carga (CSAQ) **
		G ₁ : MBSR			Estrés (CSAQ) **
					Mindfulness (FFMQ) **
Waelde et al. (2017)	EE.UU	Pre-post.	8* 1.5h/s	G ₁ (16; 59.6; 100)	Depresión (CES-D)
		G ₁ : IR		G ₂ (5; 59.6; 100)	
		G ₂ : Educación			

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05

Abreviaciones: G₁:Grupo intervención 1; G₂: Grupo intervención 2; Gc: Grupo control; IR, Inner Resources meditation; MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy; MBSR, Mindfulness-based stress reduction; YMCP, Yoga and Compassion Meditation Program group; KK, Kirtan Kriya Meditation; CMIT, Central Meditation and Imagery Therapy; MT, Meditación transcendental; ACT, Acceptance and Commitment Therapy; CBT, Cognitive-conductual therapy.

Notas: CES-D, Center for Epidemiological Studies depression scale; GDS, Geriatric Depression Scale; BDI, Beck Depression Inventory; HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression; POMS, Profile of Mood States; CSAQ, Caregiver Self Assessment Questionnaire; SCL-90, Symptom Checklist-90-R; BAI, Beck Anxiety Inventory; STAI, State-trait anxiety inventory; ZAS, Zung Anxiety Scale; ZBI, Zarit burden interview; MBCBS, Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale; RMBPC, Revised Memory and Behavior Problems Checklist; PSS, Perceived stress scale; LSSI, Lipps 's Stress Symptoms Inventory for Adults; SF-36, Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey; SF-12, the 12-item Short-form Health Survey; QLES-Q-SF, Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form); QOL-AD, Quality of Life in AD; AQOL-8D, Quality of Life 8-dimension; MHOQOL-BREF, the World Health Organization Quality of Life questionnaire Abreviada; KIMS, Kentucky inventory of mindfulness skills; MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; FMI, Freiburg Mindfulness Inventory.



Nuevos desafíos en una comunidad envejecida: cuando las Personas Mayores cuidan a otras Personas Mayores

Eliana Soledad Torrez ¹, Valeria Portaluppi ²

Resumen

El presente escrito toma en consideración la experiencia del “Taller de Cuidadores: para familiares y otros cuidadores de personas mayores con demencia” realizado en el Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el marco de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG). Para tales fines se realiza el siguiente recorrido: presentación del proyecto (antecedentes, coordinación, población destinataria, objetivos, contenidos a trabajar), desarrollos teóricos respecto de la demencia y rol del cuidador, articulación teórico-clínica en relación al desarrollo del taller y los efectos que ha tenido en sus participantes. Se pondrá especial énfasis en el desafío que representa el cuidado de personas mayores que queda a cargo de otras personas mayores.

Palabras clave: Cuidadores; Demencia; Personas Mayores.

Abstract

New challenges for an aged community: when elderly people cares of elderly people.

This article aims to consider the experience of “Caregivers group: for relatives and caregivers of elderly people with dementia”, which took place in the Dr. Vélez Sarsfield General Hospital, City of Buenos Aires, made by the Gerontology Post basic Interdisciplinary Residency.

The following aspects will be considered: project’s introduction (background, coordination, target population, objective and contents) and theoretical developments considering dementia and caregiving. Furthermore, the case of some of the group’s participant will be considered to analyse the effects that this group had in their caregiving task.

In this respect, particular attention will be devoted to the elderly people who cares of elderly people.

Key words: Caregivers; Dementia; Elderly people.

Nuevos desafíos en una comunidad envejecida:

cuando las Personas Mayores cuidan a otras Personas Mayores.

El presente escrito relata la experiencia del “Taller de Cuidadores para familiares y otros cuidadores de Personas Mayores con Demencia” (en adelante “Taller de cuidadores”) realizado en el Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el marco de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) durante el mes de Marzo del año en curso.

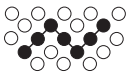
ISSUE N°1
JUNIO
2019

Recibido:
24/01/2019

Aceptado:
07/03/2019

(1)Lic. en Comunicación Social. Actualmente, Jefa de Residentes de la Residencia Posbásica interdisciplinaria en Gerontología . Egresada de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología .Egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Educación y Promoción de la Salud. soltorrez1984@gmail.com

(2)Lic. en Psicología. Actualmente, Asesora de Dirección Centro Interdisciplinario de Salud Mental, Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Ministerio de Salud de la Nación. Egresada de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología Egresada Residente y ex Jefa de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.. valeriaportaluppi@hotmail.com



Para tales fines se realizará el siguiente recorrido: presentación del proyecto (antecedentes, coordinación, población destinataria, objetivos, contenidos a trabajar), desarrollos teóricos respecto de las demencias y del rol del cuidador, articulación teórico-clínica en relación al desarrollo del taller y los efectos que ha tenido en sus participantes.

El proyecto y sus orígenes

Uno de los objetivos transversales de la RPIG es detectar las diferentes problemáticas que surgen del contacto con la población de Personas Mayores (PM) y sus familiares y, en la medida de lo posible, ofrecer una respuesta que pueda abordarlas. En este contexto, donde el fenómeno del envejecimiento poblacional trae aparejado nuevas temáticas, surge el Taller de Cuidadores. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 las demencias afectaban a alrededor de 46.8 millones de personas en todo el mundo. Y en Argentina en el mismo año, según la organización Alzheimer Disease International (2015), se contabilizaban 503.000 personas con demencia con una incidencia anual de 74.061 nuevos casos.

Partiendo de estos datos, y teniendo en cuenta que la sede formadora de la RPIG se encuentra ubicado en la comuna 10 (entiéndase por comuna una división geográfico-administrativa), una de las más envejecidas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es que se comienza a indagar acerca de esta problemática y su relación con la población local. A su vez, en diversas intervenciones del equipo, se logró pesquisar la necesidad de generar un espacio donde alojar diferentes preocupaciones e inquietudes de los familiares y la red social más próxima de la PM con demencia, tanto como ofrecer diferentes herramientas para transitar la situación de cuidado que irrumpe en la organización de la vida familiar.

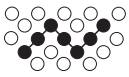
De este modo, se planifica un taller de frecuencia semanal, coordinado por residentes de segundo año de la RPIG dirigido a cuidadores (familiares y amigos) de PM con demencias y que estén experimentando situación de sobrecarga del cuidador. Si bien, a lo largo de las distintas ediciones se han ido realizando modificaciones respecto de su implementación: cambio de sede, horarios, cantidad de encuentros, por ejemplo, dichos cambios se implementaron en función de las evaluaciones realizadas de cada edición. De este modo, el Taller se planifica y se constituye como

un espacio semanal con una cantidad determinada de encuentros (que varían entre 4 y 6) donde los cuidadores de PM con demencias se constituyen en los destinatarios principales del proyecto. Los objetivos se enmarcan en la conformación de un espacio de acompañamiento y psicoeducación donde los participantes puedan problematizar su rol como cuidadores, adquirir herramientas útiles para el desempeño de dicho rol, trabajar sobre conocimientos teóricos acerca del desarrollo de las demencias con el fin de conocer cuáles son los cambios conductuales esperables y compartir experiencias y estrategias de autocuidado para minimizar la sobrecarga del cuidador a través de una modalidad grupal y participativa. En este sentido, los contenidos principales trabajados en el taller son los siguientes conceptos: cuidado y autocuidado, sobrecarga del cuidador, características de deterioro cognitivo leve y demencias (modos de inicio, tratamientos posibles, evolución) y estrategias de autocuidado que puedan evitar o minimizar la sobrecarga del cuidador.

La metodología de trabajo implica tres momentos: como instancia previa a la incorporación al taller, cada uno de los participantes acudió a una entrevista de admisión individual. Los objetivos de la misma se centraban en conocer la situación de cuidado (a quién y desde cuándo cuida), administrar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Zarit, et al, 1980), determinar si la propuesta del taller podría acercarse a las expectativas del potencial participante. El segundo momento se encuentra constituido por la realización del taller. Por su parte, el tercer momento implica el acompañamiento de manera individual a aquellos participantes que lo requieran a través del dispositivo "Equipo de Orientación al Adulto Mayor" (EOAM).

Acerca del deterioro cognitivo y las demencias

De acuerdo a Russo y Allegri (Demey, I; Feldberg, C. 2015), "deterioro cognitivo" es el término que se utiliza al describir la pérdida o alteración de las distintas funciones mentales como la percepción, la memoria, el aprendizaje, la orientación, el lenguaje, la atención, la conducta, el juicio, el razonamiento abstracto, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la planificación. El deterioro cognitivo leve es aquel que presenta una significativa reducción en el desempeño cognitivo, pero sin presentar repercusión en la funcionalidad, es decir, en su capacidad para la



Torrez, Portaluppi

realización de las actividades de la vida cotidiana –en sus diferentes grados de complejidad-. Por su parte, las demencias “constituyen un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo y catastrófico de las funciones cognitivas y conductuales y representan una de las principales causas de discapacidad entre las personas de edad avanzada” (Demey, I; Feldberg, C., 2015).

¿Por qué es importante hablar de deterioro cognitivo y demencias en PM? porque en algunos tipos de demencias, por ejemplo, la Enfermedad de Alzheimer, la edad es el mayor factor de riesgo para padecerla. En efecto, la prevalencia de la misma se duplica cada cinco años a partir de los 70 años, es decir, que serán las PM aquellas que presenten mayor riesgo de contraerla. Otros tipos de deterioro cognitivo y demencias que afectan a personas mayores de 60 años son: demencia fronto-temporal, demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, degeneración cortico-basal, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva y atrofas multisistémicas (Demey, I; Feldberg, C., 2015). Cabe destacar, que en muchos casos, la declinación de las funciones cognitivas se presenta asociada a trastornos conductuales o psiquiátricos. En este sentido, el deterioro cognitivo, funcional y conductual genera como resultado un gran impacto no solo en la vida de quienes lo padecen sino también en la de sus cuidadores a cargo. Por este motivo, y en línea con el Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de la Salud Pública a la Demencia propuesta por la OMS (2017), desde la RPIG se considera prioritario establecer propuestas dirigidas a la red de apoyo de las PM con deterioro cognitivo y demencias brindando un acompañamiento en las tareas de cuidado.

Acerca del rol de cuidador

La importancia de desarrollar estrategias de intervención que apunten a los cuidadores familiares y no familiares de PM con deterioro cognitivo radica en que los mismos se constituyen como un grupo de riesgo debido al impacto que generan en su salud las tareas que realizan. Esta situación se debe a que este tipo de enfermedades no afectan solamente a quien las padece sino a todo el grupo familiar.

Respecto al concepto de cuidador, cabe destacar que se conoce como cuidador informal a aquel cuidador principal quien dedica la mayor cantidad de tiempo a cuidar a su familiar enfermo, éste no recibe ninguna remuneración por la realización de esta tarea y es

percibido por los miembros de la familia como el único responsable del cuidado (Demey, I; Feldberg, C. 2015). En términos generales, el perfil sociodemográfico de quienes se ven afectados a dicha tarea son mujeres, de bajo nivel educativo, sin ocupación laboral (Zarit, Todd y Zarit, 1986; Roig, Abengozar y Serra, 1999), siendo los parentescos de mayor presentación: esposa, hija, madre y nuera.

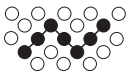
Es importante subrayar que el ejercicio de este rol no es sin consecuencias. Su realización genera efectos desfavorables sobre la salud de quienes lo encarnan. Los mismos se engloban bajo la denominación “síndrome del cuidador” y se refiere al conjunto de patologías que se presentan como una consecuencia por realizar la tarea de cuidado debido al alto nivel de estrés que implican. En él se incluyen problemas físicos: astenia, cefaleas, alteraciones del sueño, lumbalgias, afecciones de la piel, alteraciones gastrointestinales; y psíquicos: sentimientos de cansancio, tristeza, ansiedad/depresión, irritabilidad y culpabilidad (Mateo, Rodríguez et al., 2000). Por su parte, la OMS (2004) considera que el cuidado de un enfermo crónico representa un factor de riesgo para la salud mental, siendo predominante la presentación de alteraciones del estado de ánimo y depresión.

Al pensar en la variedad de intervenciones posibles que se presentan hoy en día con el fin de abordar la sobrecarga del cuidador informal, los autores Tartaglino, Feldberg, Stefani (2015) plantean las siguientes opciones:

*Talleres psicoeducativos o grupos informativos: su objetivo principal se centra en ofrecer información tanto médica como específica en relación a los cuidados que requieren los pacientes con deterioro cognitivo. Su duración es limitada y en cada uno de los encuentros se trabajan temáticas previamente pre establecidas y a cargo de uno de los coordinadores.

*Grupos de apoyo: presentan la particularidad de ser llevado a cabo por un cuidador con amplia trayectoria en el rol, generando la circulación espontánea de la información y de los recursos y estrategias que se proponen. Desde el punto de vista profesional, se sostiene que estos grupos presentan la dificultad de no tener en cuenta la singularidad que atañe a cada persona que padece deterioro cognitivo, planteando en general estrategias “para todos”.

*Grupos psicoterapéuticos: el objetivo central de



este dispositivo es la reducción de los efectos a nivel psíquico que se presentan en el cuidador. Se apunta, principalmente, a generar un mayor sentido de competencia, a poner en marcha estrategias que compensen las alteraciones físicas o psíquicas. Entre sus objetivos se destacan: entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de conflicto, brindar apoyo emocional, ofrecer información acerca de recursos disponibles, establecimiento de redes sociales de apoyo, información acerca de las características del deterioro cognitivo, trabajar en relación a la distribución de tareas y responsabilidades de cuidado.

El cuidado y el autocuidado atravesado por el incremento del grupo de los viejos-viejos y la feminización del envejecimiento. Reflexiones sobre el Taller de Cuidadores.

Tal como se ha expresado en este artículo, el envejecimiento poblacional trae aparejado nuevos desafíos sociales que requieren de una mirada reflexiva que pueda tener en cuenta las necesidades de la población adulta mayor con el fin de promover una mayor calidad de vida de la PM y su red social más próxima. En tal sentido, esta situación convoca a quienes nos desempeñamos en este ámbito a mantener una perspectiva de trabajo que permita repensar nuestras propias prácticas. Por este motivo, el Taller de Cuidadores merece un momento de pausa que sea capaz de promover una evaluación sobre lo realizado y plantear nuevas posibilidades de intervención comunitaria con la intención de dar respuestas al nuevo contexto social y sus nuevas demandas, para ello nos valdremos de tres conceptos fundamentales del fenómeno del envejecimiento, los cuales se han evidenciado en nuestra experiencia: el crecimiento del grupo etario de viejos-viejos, la feminización del envejecimiento y la feminización del cuidado.

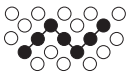
Respecto al primer concepto, se puede sostener que la profundización del envejecimiento dentro de la población de PM se presenta como un rasgo característico del proceso de envejecimiento y se encuentra asociado a las mejoras en la calidad de vida de la población y al aumento de la esperanza de vida. De acuerdo a la socióloga Julieta Oddone (2012), se puede diferenciar al interior del grupo de PM entre viejos-jóvenes (mayores de 60 años pero menores de 80 años) y viejos-viejos (mayores de 80 años y más). Esta diferenciación permite estudiar los cambios poblacionales con mayor detenimiento, ya que en los

últimos años se ha evidenciado que las personas de 80 años y más, es decir los viejos-viejos, adquieren mayor preponderancia dentro de la población envejecida. En línea con esta conceptualización, cabe destacar que la RPIG realiza sus intervenciones en el marco de la CABA, en dicha ciudad el grupo etario de viejos-viejos alcanza el 5.1% de su población total (INDEC. 2010).

Consecuentemente, al analizar quiénes son los participantes de este taller, se hace evidente los cambios en la pirámide poblacional y el modo en que afecta a los cuidados: se incrementan las PM que cuidan a PM.

En todas las ediciones de este proyecto se ha evidenciado el número creciente de PM del grupo de los viejos-jóvenes que se encuentran cuidando a PM del grupo de los viejos-viejos. Asimismo, también ha aumentado la presencia de mayores de 80 años que se encuentran al cuidado de otras PM, en muchos casos de sus parejas. Por lo tanto, se puede sostener que éstas situaciones complejizan aún más la temática de cuidado, la sobrecarga del cuidador y las demencias.

A su vez, la feminización del proceso de envejecimiento se evidencia en el índice de masculinidad que arroja el 70.9% para la franja de 65 a 69 años, de 64.5% para la franja 70 a 74 años, y para la franja de mayores de 75 años dicho índice se reduce significativa a un 48.1% (GCBA. 2015). No existe un consenso acerca del motivo por el cual las mujeres presentan mayor sobrevida que los varones; sin embargo, los roles sociales que inciden en el cuidado de la salud diferenciado por género, en el desarrollo de la actividad laboral y las vivencias que las características tradicionales de género han exigido tanto a varones como mujeres a lo largo de su vida repercuten en los años de vejez y pueden ser una explicación del fenómeno. Al respecto, resulta una incógnita cómo las nuevas generaciones que ponen en debate los roles y estereotipos tradicionales de género transitaran su vejez. Por lo pronto, se puede sostener que ésta “sobrevida” actual que se observa en las mujeres respecto a los varones no indica que las condiciones de vida de ellas sean óptimas, sino por el contrario, las mujeres que por razones de género han sido y son responsables del cuidado de otras personas (por ejemplo, en la crianza de sus hijos) en detrimento de su inserción laboral, educativa y desarrollo personal han observado un impacto en el modo en que transitaron el curso de vida y transitan en la actualidad la vejez. Asimismo, la mayor longevidad femenina, por arriba de 80 años, va acompañada de mayor deterioro físico y mental. En este punto, la feminización del cuidado tanto en la crianza de hijos como en el cuidado de nietos, parejas, padres, abuelos



Torrez, Portaluppi

o PM cercanas demuestra que aún los estereotipos y roles de género condicionan a las mujeres a cuidar a otras personas como si ello fuese un mandato social que deben cumplir. Aún cuando implique dejar de lado proyectos personales.

Durante nuestra experiencia en la realización del Taller de Cuidadores nos hemos encontrado con distintas situaciones que responden a las concepciones descritas en los párrafos anteriores. De este modo, se comentarán tres reseñas de participantes del Taller que dan cuenta de ello.

Cuando los cuidados de las PM se realizan entre PM

M. es una PM de 84 años que se acercó al Taller porque se encontraba a cargo del cuidado de su esposa, quien cursaba el inicio de enfermedad de Alzheimer y ya había comenzado a manifestar los primeros signos de deterioro cognitivo a nivel de la memoria. M. era su cuidador principal. A su vez M. también se ocupaba del cuidado de su hija de 45 años, quien presentaba diagnóstico de discapacidad intelectual leve, y de sus nietos (de 18 y 20 años), el perro y el canario. Todos convivían en la misma casa, y según refería, él era el único responsable de la administración del hogar y del cuidado de los integrantes de la familia. Impresionaba sentirse agobiado por el trabajo que implica el rol de cuidador, pero sobre todo preocupado por cómo se arreglarían sus familiares una vez que él ya no esté. Se evidenciaban en M. grandes dificultades para delegar las tareas de cuidado y la posibilidad de pensar en estrategias alternativas que hicieran que su carga fuera menos pesada.

El caso de M. puso de relieve la horizontalidad de los cuidados, entendida como un cuidado extensivo entre el grupo de pares. M. es una PM de 84 años al cuidado de otra PM de 72 años.

Por otra parte, M. evidenciaba en su relato las huellas de una cultura donde el varón debía ser el proveedor familiar y el protector de sus integrantes. Aquí, las ideas dominantes a lo largo de la historia y de su experiencia vital habían exacerbado ciertas características de masculinidad que se expresaban en la imposibilidad de delegar tareas en otros integrantes del grupo familiar o de la red social continente. Para él era imposible asumir la idea de sobrecarga del cuidador, aunque dicha situación se evidenciaba al analizar sus dichos y expresiones. M. había dejado muy en claro tanto en la entrevista individual como en la administración de la escala de Zarit que hacía lo que le correspondía hacer.

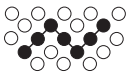
Ese era su deber.

La feminización del envejecimiento y las cuestiones de género en el cuidado de las PM.

I., es una mujer de 60 años, quien trabajó durante 33 años como docente y dedicó los últimos tres años de actividad laboral para planear su proyecto jubilatorio. Dicha idea consistía en realizar un viaje por el país documentando determinados aspectos geográficos, históricos y sociales que constituirían el insumo para un proyecto pedagógico de su autoría. Sin embargo, se encontraba al cuidado de su madre, por lo cual, no pudo realizar su viaje. Al acontecer la jubilación (cinco años atrás) se encontró con que su madre dejó de hacer las cosas, preocuparse por su auto-cuidado y por el de la casa, afirmando “yo ya hice”, motivo por el cual I. comenzó a ocuparse tanto del cuidado de su madre como del hogar, el cual compartían. No contaba para la realización de esta tarea con la asistencia de ninguna de sus dos hermanas; por tal motivo se vio impedida de emprender el proyecto que añoraba. Si bien no había un diagnóstico establecido, pareciera que en el caso de su madre no se trataba de una situación de deterioro cognitivo sino más bien de una afección a nivel conductual relativa a la salud mental.

I. ubicaba como focos problemáticos, por un lado, no poder dar curso a su propio proyecto de vida, y por otro lado, no contar con las herramientas que le permitirían intervenir de manera adecuada con su madre. Solía oscilar entre la insistencia y la resignación ante ella. Al no tener en claro cuál era la etiología de la problemática de su madre no sabía cómo proceder. Con criterio, decía que sentía que si no le insistía con aspectos del autocuidado sentía que contribuía al deterioro y pérdida de funcionalidad; pero a su vez, vislumbraba que su madre ya no podía hacerse cargo de estas cosas.

Se evidencia nuevamente en este caso la manera en que el curso de vida ha impactado en la vida de las personas. En este sentido, la condición de género de I. como mujer y sus roles sociales como hija y jubilada, se expresan como condicionantes de prácticas sociales que relegan a I. al cuidado de otras personas. Los roles sociales asumidos por las mujeres en una concepción de género tradicional que asimila a la mujer a su rol de cuidadora (idea relegada de la maternidad) determinan de algún modo las vivencias de personas como I. que se disputan entre la necesidad de desarrollar sus proyectos personales y las demandas sociales que le indican que debe cuidar de su madre.



A su vez, al conocer un poco más la experiencia de cuidado que atraviesa I., nos encontramos con más elementos que ponen de manifiesto cómo los constructos sociales condicionan la vida de las mujeres: I. era la menor de tres hermanas, la única que no había conformado pareja ni había tenido hijos. I. era la única hija que convivía con su madre. Esta situación de algún modo la obligaba a hacerse cargo del cuidado de su madre, porque de cierta forma sus hermanas utilizaban a su favor el hecho de que I. no tuviese “su familia propia” (sic). En este sentido, nos preguntamos dónde quedan los proyectos de desarrollo personal que I. tenía. Esa posibilidad que se vislumbraba con la realidad de la jubilación de llevar a cabo el proyecto del viaje documentando las experiencias vivenciadas, luego de haber trabajado durante poco más de 30 años en tres turnos diarios sin descanso. u parte, N. de 40 años se encontraba cuidando a su madre, con quien convivía, y quién hace 9 años había sufrido un ACV producto del cual presentaba secuelas tanto a nivel cognitivo como motor. Previamente, N. se había ocupado del cuidado de su abuela, y también de su padre, éste último había fallecido tres meses antes del inicio del taller. Esta pérdida implicó un impacto no sólo a nivel afectivo sino también en la reorganización del hogar dado que él la ayudaba en las tareas de cuidado de su madre.

En el caso de N. se presentaban ciertas dificultades en la incorporación al taller dado que en principio se podría pensar que acudía al mismo para tratar sobre aspectos vinculares con su madre de modo catártico, más bien al modo de una crítica respecto de lo que su madre hacía, como si leyera en dichas acciones cierta intencionalidad. Si bien es un punto de partida habitual en quienes realizan tareas de cuidado de familiares con deterioro cognitivo, en muchos casos al trabajar sobre las características del mismo esta lectura de la situación puede ceder. En el caso de N. dicha lectura persistía a lo largo de los encuentros. Pero más allá de esa dificultad en el trabajo con N. se visualizaban las huellas de una conceptualización de la feminización del cuidado que había condicionado, de cierta forma, su vida.

N. era la participante más joven del Taller de Cuidadores pero también era quien más tempranamente se había encontrado con este rol. Hija única, “malcriada” (sic), con una vida relativamente tranquila se había topado no solo con los mandatos más tradicionales de género si no también con las dificultades económicas que las situaciones de cuidado de PM trae consigo. Con pocos recursos y con escasa red social continente, el cuidado de su madre se presentaba como una situación difícil

de transitar.

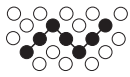
El caso de N. deja en evidencia que las políticas públicas de cuidado recaen sobre las familias reforzando las desigualdades sociales y de género; obligando a las personas con menores recursos a resolver de manera artesanal y creativa la situación de cuidado de sus seres queridos.

Reflexiones finales

A lo largo del presente artículo se ha reflexionado en relación a diferentes dimensiones que intervienen en el cuidado de las personas mayores que presentan deterioro cognitivo y demencias. El eje se ha puesto en las implicancias que el ejercicio del rol de cuidador tiene sobre aquellas personas que lo encarnan y en cómo, desde diferentes representaciones sociales (Jodelet. 1984), éste es configurado.

La intención ha sido no solamente reflexionar al respecto, sino además poder relatar una experiencia de intervención ante esta problemática. Siendo un modo de responder a los desafíos que la distribución demográfica actual plantea. Consideramos que los conceptos de horizontalización y feminización del cuidado nos invitan a continuar repensando nuestras prácticas profesionales. En este sentido, sostenemos que estos espacios pueden representar la posibilidad de instalar cambios que repercutan en la calidad de vida de quienes participan del mismo, tanto como en la modalidad en que se establece la dinámica de cuidado que se encuentran atravesando. En efecto, en los participantes de la edición sobre la cual aquí se ha trabajado, se ha corroborado la problematización del rol de cuidador, la visibilización de los efectos que conlleva en la propia vida y la posibilidad de comenzar a pensar en estrategias alternativas que logren minimizar y/o evitar la sobrecarga del cuidador.

Como equipo profesional, ponderamos que resulta fundamental no perder de vista las representaciones sociales desde las cuales se sostiene la feminización del cuidado a fin de evitar contribuir a su reproducción. Asimismo, la profundización del proceso de envejecimiento exige continuar desarrollando diversas modalidades de intervención comunitaria dirigidas a este grupo etario con el fin de promover una mejor calidad de vida tanto para las PM que padecen deterioro cognitivo o demencias como para las PM que son sus cuidadores principales. En esta línea de trabajo, y con el fin de generar instancias de reflexión en nuestra



Torrez, Portaluppi

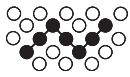
formación, es que revalorizamos la importancia de sostener espacios de actualización en el campo gerontológico estrechamente ligados a los procesos de trabajo y a las nuevas demandas de las sociedades envejecidas. Por ello, consideramos que las prácticas de salud deben adaptarse a las necesidades de la población donde el rol del gerontólogo o gerontóloga puede brindar una mirada especializada sobre las nuevas demandas que genera el proceso de envejecimiento.

Bibliografía

1. Alzheimer's Association. 2015 Alzheimer's facts and figures. *Alzheimer & Dementia* 11 (2015) 332–384. Demey, I; Feldberg, C. (2015). Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias. Paidós. Buenos Aires, 2015. Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona–Buenos Aires–México: Paidós.
2. Oddone, J. Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión. *Revista Población*, Año 5, Número 9, páginas 55 a 65. Dirección Nacional de Población. Año 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia (2017).
4. Tartaglino, Feldberg, Stefani, (2015). Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias. Paidós. Buenos Aires, 2015.
5. Zarit, et al. (1980), adaptación al español de Martín M.; Salvado, I; Nadal, S; Mijo, L. C. Rico, J.M.; Lanz, P. y Taussig, M.I. (1996), "Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit", *Rev. Gerontol.*, 6 (4): 338–346.

Fuentes consultadas

6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Buenos Aires. Disponible en:
7. http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135
8. GCBA. La situación de los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de resultados. Abril de 2015.
9. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2015_852.pdf



La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

Jazmín Camacho Hernández¹, Montserrat Duarte Moreno², Sandra Pàmies Tejedor³,
Serena del Pino Sisteré⁴, Iván Sánchez Martínez⁵

Resumen

Las BBPP Buenas Prácticas en el Servicio de Atención a Domicilio son el eje principal de la Calidad del Servicio: del bienestar de las personas mayores así como del de las personas cuidadoras – cuidadores formales e informales –, contemplando des de Técnicos/as Sociosanitarios, Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Psicólogos/as, Enfermeros/as, Integradores/as Sociales, Técnicos/as en Atención a Personas en Situación de Dependencia hasta familiares prójimos a la persona en situación de dependencia.

La figura del profesional especializado en Gerontología es imprescindible en los Servicios de Atención a Domicilio con tal de desarrollar una metodología basada en el Modelo Internacional de la Atención Integral y Centrada en la Persona y en el Modelo Innovador Baluchon Alzheimer, paliando con el Efecto Burnout o Síndrome del Trabajador Quemado. Se considera una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto mundial en Home Care así como al abordaje de las distintas manifestaciones neurocognitivas y las BBPP Buenas Prácticas en el Domicilio en UK, EEUU, México, España y Francia.

PALABRAS CLAVES: Startups, Home Care, Servicio de Atención a Domicilio, Baluchon Alzheimer, gerontólogos, cuidadores de personas mayores en el domicilio.

Abstract

The BPIPs Best Practice Intervention Packages in the Home Care Service are the main axis of Service Quality: of the well-being of the elderly as well as of the carers - formal and informal caregivers -, contemplating the socio-technical technicians, Nurse Technicians, Psychologists, Nurses, Social Integrators, Technicians in Attention to People in Situation of Dependency to relatives close to the person in situation of dependency.

The figure of the professional specialized in Gerontology is essential in Home Care Services in order to develop a methodology based on the International Model of Comprehensive and Person Centered Care Planning

and the Baluchon Alzheimer Innovative Model, palliating with the Burnout Effect or Burn-out syndrome among critical care workers.

It is considered a later revision (2019/2020) regarding the global impact in Home Care as well as the approach of the different neurocognitive manifestations and The BPIPs in the Home in the UK, USA, Mexico, Spain and France.

KEYWORDS: Startups, Home Care, Home Care Services, Baluchon Alzheimer, gerontologists, caregivers.

ISSUE N°1
JUNIO
2019

Recibido:
20/02/2019

Aceptado:
09/03/2019

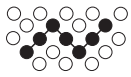
(1) Licenciada en Gerontología. Presidente de Gerontólogos en Acción S.A.S. México. Universidad Estatal del Valle de Toluca.

(2) Licenciada en Gerontología. Vicesidente de Gerontólogos en Acción S.A.S. México. Universidad Estatal del Valle de Toluca.

(3) Psicóloga y Gerontóloga Social. Barcelona, España. Psicogerontóloga activa en Home Care y Formadora del Ciclo Formativo de Grado Medio 'Atención a personas en situación de dependencia' Pauta Centre de Formació – Gerneraltat de Catalunya – Institut Obert de Catalunya.

(4) Psicóloga Forense y Psicogerontóloga, responsable de Protocolo de Maltrato, Diputación de Barcelona, España

(5) Psiogerontólogo y Psicólogo General Sanitario, experto en el Método de Validación, profesor asociado en la Universitat de Vic, estudiante de doctorado en la Universitat de Vic, Barcelona, España.



La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

INTRODUCCIÓN.

SAD, por sus siglas hace referencia al Servicio de Atención a Domicilio, cuya importancia ha ido en aumento en países como España y Francia, dichos servicios van en función a los requerimientos de las personas adultas mayores, la familia y/o el cuidador.

Las empresas prestadoras de SAD, ofrecen sobretodo el servicio de cuidado a las personas adultas mayores, para lo cual se seleccionan cuidadores sociosanitarios de personas mayores: desde Técnicos/as Sociosanitarios/as a Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Gerocultores Internos con experiencia, Integradores Sociales e incluso licenciados en Gerontología y Médicos.

En España y Francia respecto al Gerontólogo, su formación es meramente especialidad o posgrado, tal es el caso de los Psicogerontólogos, Gerontólogos sociales, etc. Y su participación en el SAD, puede ser un tanto limitada dada su formación principal (Psicología, Derecho, trabajo social, etc), y para quienes han estudiado Gerontología como licenciatura, tal es el caso de Gerontólogos Mexicanos pese a que su formación es holística (biopsicosocial), actualmente en España y Francia éstos desempeñan el rol de cuidador en el SAD, definiendo a cuidador como “Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”(Reyes, 2001).

De ahí a que hoy en día, exista confusión entre el Gerontólogo (a) y Gericultista. Por lo que resulta importante entender que Gerontólogos y Gericultores son diferentes profesionales – que no deben ser confundidos, que no ejercen la misma función – pero que es más, se complementan y son realmente ambos el valor añadido de todo Servicio a Domicilio, que se viene manejando en España y Francia.

Y si bien, brindar cuidados Gerontológicos, son parte de las competencias y habilidades de los Licenciados en Gerontología, éstos también cuentan con otras más, las cuales resultan favorables e importantes en el SAD.

Lo anterior nos ha llevado a exponer la diferencia que existe entre aquellos profesionistas que trabajan en pro del adulto mayor. Por lo que, a continuación. Se da una aproximación teórica y conceptual en torno a estos profesionistas que forman parte del SAD en personas adultas mayores.

Y finalmente se da una aproximación teórica de temas de interés para el SAD; Maltrato en las personas adultas mayores, Sexualidad en la vejez, y al modelo innovador Baluchon Alzheimer.

Recordemos que una actualización constante de éstos y otros temas en los profesionistas que brindan servicio a las personas adultas mayores, su familia y/o cuidador. Resulta sumamente indispensable para brindar un servicio oportuno y de calidad, logrando así, mejorar la calidad de vida en las personas adultas mayores.

La Gerontología y el Gerontólogo: Una ciencia a favor de la Vejez

Justificación teórica y conceptual sobre la figura imprescindible del gerontólogo. Autores: Duarte, Pàmies, Camacho (2018).

“Los médicos salvan vidas, los Gerontólogos hacemos que la vida valga la pena”

Jazmin Camacho Hernández

El envejecimiento demográfico global se presenta como un gran reto tanto para los Gobiernos, como para las instituciones. Ante tal situación en distintos países se tomó la decisión de dar apertura a la capacitación y formación de profesionales dedicados al envejecimiento y a la población adulta mayor, que contribuyan a la investigación y planeación de estrategias que permitan cubrir sus necesidades y preparar a la sociedad en general para el futuro que se avecina.

Para ello, ha sido esencial la preparación de médicos con especialidad en geriatría, de Gerontólogos y Gericultores.

En este apartado hablaremos específicamente de la Gerontología y los Gerontólogos.

La Gerontología es nombrada por primera vez en 1903, cuando Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que de acuerdo con él “traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida”. (Secretaría de salud, 2012)



Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez

Actualmente es denominada como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores (Prieto, 1999)

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, *geron* = viejo y *logos* = estudio. Ésto hace referencia al término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos. Los Gerontes eran un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado (Ministerio de Salud y Protección social, 2016)

Llegados a este punto, hoy en día existen distintas formas de estudiar gerontología. Algunos lo estudian como carrera técnica, otros como carrera de educación superior (con durabilidad variable), y unos más como especialidad o posgrado. Sin embargo queda claro que el objetivo es el mismo: la triada adulto mayor-vejez-envejecimiento, aunque la manera de intervención será diferente, por ejemplo en México aquellos Gerontólogos con educación en universidades con la oferta de licenciatura en Gerontología a 5 años, van enfocados al servicio integral (biopsicosocial y espiritual) de la persona adulta mayor, mientras que en España estudiar Gerontología es mediante un amplio abanico de posgrados y másters oficiales, tal es el caso de la Psico-gerontología.

En España existen en la actualidad diferentes caminos profesionales con tal de llegar a ser un profesional de la Gerontología, siendo los más relevantes: el Máster oficial en Psicopatología Clínica, el Máster oficial en Psicogerontología, el Máster de Título propio en Gerontología Social, el Máster de Título propio en Dirección y Gestión de Centros Residenciales y otros recursos gerontológicos, etc. Asimismo en Francia también radican diferencias, y es que la especialización en Gerontología pasa por la posgraduación o especialización mediante el Máster oficial en Gerontopsiquiatría o Neuropsicología.

Así pues, se conoce al Gerontólogo como el profesional del área de la salud que atiende, orienta, asesora, apoya al adulto mayor y a la población en general en todos los procesos biopsicosociales que se enfrenta durante el envejecimiento, realiza una evaluación y valoración integral, mediante una batería de instrumentos validados para población adulta mayor, la cual le permite identificar las necesidades reales del paciente y de esta forma diseñar un plan de intervención

que le ayude a desenvolverse en todas sus esferas, aplicando terapias que lo lleven a mejorar su calidad de vida, tomando siempre en cuenta sus recursos y posibilidades.

Su visión es preventiva, de planeamiento y de rehabilitación, propiciando que la persona adulta mayor mantenga sus capacidades o bien logre incorporarse a su medio de manera autosuficiente, trayendo como resultado el favorecer su condición de persona activa. Añadiendo a su visión la gestión y emprendimiento.

De manera breve, dentro del área física valora la funcionalidad, capacidad de desplazarse de un lugar a otro y de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente, enfocándose en los desencadenantes de los síndromes geriátricos. También valora el estado emocional, detectando problemas de comportamiento, posible depresión y el estado cognitivo; y finalmente en el área social valora funcionalidad familiar y recursos sociales con los que cuenta el paciente.

Es importante mencionar que el gerontólogo trabaja de manera cercana con el cuidador primario y/o familiares, capacitándolos para el cuidado de su paciente ya sea o no institucionalizado, además de valorar sobrecarga del cuidador y diseñar planes de intervención que le permitan mantener una salud mental.

Puede realizar sus funciones en diferentes ámbitos, como el administrativo, el clínico, el educativo y el de trabajo comunitario y a domicilio.

En el libro Principios de abordaje Gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas, edición 2012, de la Secretaría de Salud de la República Mexicana, se enumeran las actividades y las habilidades que debe realizar y poseer el profesional en Gerontología para desempeñarse correcta y completamente en su área.

Dichas premisas son mencionadas a continuación:

- Determinar de forma integral el estado funcional de la persona adulta mayor.
- Brindar asesoría a las personas adultas mayores tanto a nivel individual como familiar sobre los diversos procesos biopsicosociales inherentes al envejecimiento.
- Sensibilizar al personal que atiende a las personas adultas mayores sobre sus necesidades especiales de atención.
- Realizar acciones de prevención, promoción y atención de la salud, referencia y contra referencia encaminada a la preservación y mejora de la salud en las personas adultas mayores, en los tres niveles y

La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

modalidades intermedias de atención.

- Favorecer el desarrollo humano de las personas adultas mayores, sus familiares y cuidadores mediante el otorgamiento de información y acciones específicas a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, en colaboración con otros profesionales que atienden adultos mayores.
- Ofrecer asesoría en materia de envejecimiento a instituciones tanto públicas como privadas para la formulación y puesta en marcha de programas y acciones específicas.
- Planificar, ejecutar y evaluar planes y programas de salud y acción social.
- Cooperar en la creación y puesta en marcha de programas contra la discriminación a las personas adultas mayores.
- Plantear, organizar, implementar y llevar a cabo investigación gerontológica social.
- Coadyuvar en la realización de investigación clínica con contenido geronto-geriátrico.
- A partir del conocimiento generado, impartir y promover el aprendizaje de acciones, que lleven a la persona, en cualquier etapa de la vida, a un envejecimiento activo, saludable y funcional.

Así mismo menciona que el gerontólogo se debe formar en los siguientes aspectos para poder desenvolverse:

- Estudiar los cambios biopsicosociales producidos en las personas adultas mayores.
- Comprender la legislación vigente en materia de protección a la persona adulta mayor y su aplicación dentro de su campo de acción.
- Saber los principios de geriatría, rehabilitación y los fundamentos terapéuticos de medicamentos prescritos en las personas adultas mayores.
- Entender los principios de bioética y su aplicación en la atención de las personas adultas mayores.
- Conocer los principios de tanatología en las personas adultas mayores con enfermedades terminales y pérdidas diversas, concibiendo a estas y sus familiares con una unidad de atención.
- Percibir y analizar los cambios en la sociedad como consecuencia de un envejecimiento poblacional.
- Conocer y analizar los cambios epidemiológicos como consecuencia de un envejecimiento poblacional.
- Aplicar este conocimiento a programas y políticas de

desarrollo individual y social.

- Conocer, promover e innovar los modelos educativos en materia gerontológica.

Definitivamente el trabajo que se aproxima es amplio y pudiera verse bastante complicado, sin embargo, el Gerontólogo en conjunto con el equipo interdisciplinar, deberán realizar todo lo que está a su alcance para lograr el impacto deseado e incidir de manera positiva en la sociedad, en las instituciones y en los gobiernos y, como consecuencia, en las determinantes de la salud y del envejecimiento activo y con calidad.

El profesional en Gerontología tiene el firme compromiso de direccionar su actuación profesional, para dar respuesta a los desafíos que se presentarán contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y de la población en general, especialmente de aquellos que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad y en condiciones de riesgo, construyendo estrategias y gestionando los recursos para su empoderamiento y corresponsabilidad frente a su propia vejez.

La Gericultura, el Gerocultor y otros profesionales

Justificación conceptual respecto al Gerocultor/a y otros profesionistas necesariamente complementarios.

Autores: Duarte, Pàmies, Camacho (2018).

*“Serán los ojos de los viejos,
sabrán comprender lo que el paciente
envejecido experimenta”.*

Raquel Langarica Salazar.

Los inicios de la Gericultura, se remontan hasta 1977, cuando “...la Secretaría de Educación Pública tomó la iniciativa de crear la carrera de gericultura y diseñar el plan académico. Las enfermeras en salud pública Raquel Langarica Salazar (ya fallecida) y Gloria Corona Méndez fueron las encargadas de diseñar el currículo... El plan de estudios se reestructuró en 1982, con la denominación de técnico profesional gericultista, y en 1985 se elaboró un nuevo plan de estudios con materias de tronco común y de especialidad.” (Rodríguez, 2011).



Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez

El concepto de Gericultura, se fundamenta en la Geriatria que es una rama de la medicina encargada de los problemas de salud en los adultos mayores y en la Gerontología, la cual se especializa en estudiar a las personas de la tercera edad en cada uno de los ámbitos de su vida: en el psicológico, económico, familiar, educativo, demográfico y social.

Por lo tanto al definir qué es Gericultura se integran ambas especialidades, de forma que se busca promover el envejecimiento exitoso, brindar atención al adulto mayor con patologías, pero también a los que se encuentran sanos.

Técnico en Gericultura, fue el primer término utilizado para estos profesionistas, sin embargo tiempo después, ante su desarrollo, sus cambios curriculares y académicos, dicho termino o denominación cambió a lo que hoy en día se conoce como técnico gericulturista.

Según La sociedad Mexicana de técnicos Gericulturistas A.C. “es el personal técnicamente preparado con los conocimientos necesarios para brindar atención particular o institucional al adulto mayor sano o enfermo, aprovechando al máximo sus facultades físicas y mentales para elevar al máximo nivel su calidad de vida.”.

En España y Francia Gericultura tiene estrecha relación con las siguientes profesiones:

- Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, fue una formación profesional creada en 1995 por el Ministerio Español de Educación y Ciencia y aún vigente. Según la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado Español “es el profesional que proporciona cuidados auxiliares al paciente/cliente y actúa sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente.

Saber más acerca de la titulación TCAE: BOE Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Español.

- Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia, fue una formación profesional actualizada en 2011 por el Ministerio Español de Educación y Ciencia y aún vigente. Según la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado Español la

competencia general de este título consiste en atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario.

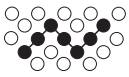
Saber más acerca de la titulación Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia: BOE Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Español.

- Técnico/a Superior en Integración Social, fue una formación profesional actualizada en 2013 por el Ministerio Español de Educación, Cultura y Deporte y aún vigente. Según la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado Español “es el profesional que programa, organiza, implementa y evalúa las intervenciones de integración social aplicando estrategias y técnicas específicas, promoviendo la igualdad de oportunidades, actuando en todo momento con una actitud de respeto hacia las personas destinatarias y garantizando la creación de entornos seguros tanto para las personas destinatarias como para el profesional.

Saber más acerca de la titulación Técnico/a Superior en Integración Social: BOE Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Español.

- Diplôme d’Etat Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) / Auxiliar de Vida, fue actualizado según el Ministerio des Affaires de Francia (Le Service Public de la Diffusion du Droit) en 2002 y aún vigente. Según le Service Public de la Diffusion du Droit) el profesional Auxiliar de Vida Social interviene directamente en las familias, sobretudo en las personas mayores con enfermedades y en situación de dependencia. Su principal función es compensar el estado de fragilidad de la persona beneficiaria sobrellevando una ayuda cotidiana en el domicilio de la persona y por lo tanto evitando su soledad. El/la auxiliar de vida vela por la preservación de la autonomía que implica el mantenimiento de la autonomía de la persona y el acompañamiento de en la vida social e interpersonal.

Saber más acerca de la titulación Auxiliaire de Vie / Auxiliar de Vida: Le Service Public de la Diffusion du Droit / Ministerio des Affaires de Francia.



La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

**Psicogerontología y Maltrato en el domicilio :
Home Care**

Aproximación teórica al Maltrato en personas mayores y a las BBPP Buenas Prácticas en el domicilio.

Autora: Del Pino (2018).

El objetivo de este apartado es el concienciar de la importancia del Psicogerontólogo/a en las organizaciones destinadas al cuidado de las personas mayores. En concreto, en la función de prevención, detección y derivación que puede aportar ante el maltrato de las personas mayores.

Seguidamente se exponen las dos definiciones de maltrato más consensuadas:

Declaración de Toronto, 2002: «La acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que sucede en una relación en que existe una expectativa de confianza y en la que se produce daño o ansiedad en una persona mayor»

Declaración de Almería, 1995: «Maltrato es todo acto u omisión sufrido por una persona que vulnera la integridad física, psíquica, sexual o económica, el principio de autonomía o de un derecho fundamental del individuo que se percibe o se constata objetivamente con independencia de la intencionalidad y del medio dónde tiene lugar: familia, comunidad o instituciones».

El maltrato hacia las personas mayores es una realidad poco visible por las estadísticas que revelan el bajo porcentaje de casos que acaban en manos de los juzgados. Por otro lado, se debe tener en cuenta el engranaje psicológico, social y los factores de personalidad que interfieren en una persona para denunciar una situación de maltrato.

Debemos tener en cuenta que el maltrato en la vejez puede darse en el ámbito familiar, institucional y estructural. El ámbito familiar es el más inaccesible por las murallas infranqueables del que dirán, la culpa, la justificación, la protección de un ser querido y la falta de confianza en la justicia y los servicios sociales.

Es por ello que el papel del Psicogerontólogo/a es crucial para identificar situaciones donde existe un riesgo para sufrir un maltrato. Su función principal es formar a todos los trabajadores que tengan acceso al domicilio y contacto con la persona usuaria, para que se identifiquen como potenciales detectores de situaciones de maltrato. No importa cuál es su tarea

como profesional, siempre que se tenga contacto con el usuario se puede detectar una situación de riesgo.

La formación debe tener dos objetivos diferenciados, por un lado, sensibilizar al profesional ante el maltrato en la vejez y, por otro lado, formarlo para reconocer las tipologías de maltrato existentes. Es decir, el maltrato físico, psicológico, sexual, económico, la negligencia, la vulneración de derechos y el abandono. Procurar a los profesionales información sobre los indicadores de riesgo es básico para poder saber qué se debe detectar.

Por otro lado, se debe destacar la importancia de los factores de riesgo. Puede que no se identifique un tipo de maltrato de forma clara, pero los factores de riesgo que rodean la situación en el domicilio puedan desencadenar una situación de riesgo a largo plazo.

Existen factores de riesgo propios de la persona beneficiaria del Servicio de Atención a Domicilio y de la persona a su cuidado.

El hecho de ser mujer es un factor de riesgo para sufrir maltrato a lo largo de toda la vida, pero de forma más abrupta en la vejez.

El aislamiento tanto de la persona mayor como del cuidador/a, la falta de apoyo social tanto formal como informal, la agresividad de la persona hacia el cuidador/a, sufrir demencia y/o la dependencia económica o de vivienda son factores de riesgo de maltrato. El trastorno mental y el consumo de estupefacientes en el cuidador/a, asimismo, es un factor de riesgo que puede provocar una situación de maltrato.

También existen factores de riesgo relacionales como el parentesco o convivir con familiares. Vivir solo en la vejez puede ser un factor de protección. La cultura de la violencia y el edadismo son factores de riesgo a nivel social que dificultan la empatía de la sociedad ante la vejez.

Por todo ello, es imprescindible la figura del Psicogerontólogo/a en las startups prestadoras de Servicio de Atención a Domicilio en el cuidado de las personas mayores. A pesar de la formación y la tarea de sensibilización, los cuidadores/as deben tener presente una figura de apoyo con la que puedan compartir dudas, sospechas de maltrato y sientan que están respaldados ante situaciones de riesgo.

Una vez se identifica una situación de riesgo se debe saber cómo actuar, teniendo en cuenta las circunstancias de la persona y respetando sus decisiones, aunque no sean compartidas y provoquen frustración al/



Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez

la cuidador/a. Siempre se debe actuar provocando la menor perturbación posible a la persona víctima de maltrato.

Si se forma a los trabajadores sobre las etapas del cambio y la violencia de género, pueden entender por qué se debe ser prudente ante una situación de maltrato y qué dañino puede llegar a ser, actuar de forma alarmista o paternalista ante una confesión de maltrato.

El Psicogerontólogo debe velar por la buena práctica de los/las cuidadores/as. Es decir, procurar que no existan situaciones de Efecto Burnout o sobrecarga, que puedan inducir a provocar situaciones de riesgo. También es el encargado de formar a los/las cuidadores/as, en relación al cuidado a personas con deterioro cognitivo, demencia y/o limitaciones físicas o psíquicas, porque puede provocarse un maltrato si no se sabe actuar correctamente.

Por último, una vez se ha detectado una posible situación de riesgo es el Psicogerontólogo/a el encargado de trasladar la información a los organismos que procedan. Que según el caso pueden ser los servicios sociales de cada municipio, fiscalía, los juzgados de primera instancia o la policía. Se deberá seguir el protocolo establecido en la organización para estandarizar el proceso facilitando la derivación de una información válida y confidencial, para que pueda utilizarse en dichos organismos.

Sexualidad en la vejez: BBPP Buenas prácticas en el domicilio (Home Care) Aproximación teórica a la Sexualidad en personas mayores y a las BBPP Buenas Prácticas en el domicilio.

Autores: Sánchez, Pàmies (2018).

Según Villar, Triadó, Celdrán, Fabà (2017), en su reciente investigación sobre sexualidad y personas mayores institucionalizadas, hacen hincapié en la importancia de tener en cuenta tanto la perspectiva de la persona mayor como la de los profesionales de atención directa que los acompañan, coincidiendo así, con las valiosas aportaciones de Teresa Martínez sobre esta temática.

Envejecer es un fenómeno natural, universal y progresivo que ocurre al final del ciclo vital. Durante este proceso suceden cambios biológicos, fisiológicos, modificaciones psicológicas y alteraciones sociales, que inevitablemente afectan al ser humano como ser

integral. El cambio no es sinónimo de enfermedad, aunque es cierto que algunas capacidades pueden mermarse con el transcurso de los años, otras muchas se mantienen, mejoran, o simplemente, se modifican. Estos cambios se hacen visibles también en la sexualidad. Envejecer no tiene que significar el final de la actividad sexual.

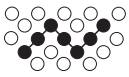
Hablar de sexo durante la vejez es una tarea ardua por ser una cuestión poco conocida y, en multitud de ocasiones, maltratada e incomprensida por la sociedad. Es un tema que se considera tabú y, en la mayoría de los casos, se prefiere no hablar del tema, incrementando así los prejuicios relacionados con la sexualidad durante la vejez e incentivando en los mayores sentimientos de culpabilidad y vergüenza ante su deseo sexual por considerar que lo que siente no es normal (Leyva, 2008).

¿Qué es la Sexualidad exactamente y cuáles son los beneficios de la actividad sexual?

La sexualidad es una dimensión del ser humano que nos acompaña durante toda nuestra vida. Es la forma en que nos expresamos y nos experimentamos como seres sexuados, por lo que no sólo se limita a la actividad sexual. Abarca también aspectos como la identidad, roles de género, la orientación sexual, el erotismo, la intimidad, nuestros pensamientos, creencias, actitudes y valores sobre la sexualidad, el deseo, las fantasías.

El deseo de sentir, ser seducido, expresar afectos o alcanzar una fantasía sin soñar, son sensaciones inalterables, permanentes en el tiempo, y posibles a cualquier edad. En las personas mayores, los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y los sociales (apego, amistad y cuidados) permanecen activos toda la vida, tanto como la posibilidad de amar o ser amado (López, 2012). El mantenimiento de la actividad sexual en la vejez contribuye a la salud y calidad de vida. Entre los beneficios encontrados existen (López, 2012):

- Activación cerebral positiva de sustancias que mejoran el humor y dan ganas de vivir.
- Es una actividad respiratoria y muscular adecuada, salvo en momentos de contraindicación médica.
- Aportan momentos de gozo y placer.
- Mejora la relación con la pareja.
- Provoca sentimientos de ternura, cariño, afectos amorosos, comunicación, etc., contrarrestando el sentimiento de soledad.



La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

- Mejora el sueño.
- Se liberan endorfinas que neutralizan las hormonas del estrés y protegen de enfermedades cardiovasculares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “salud sexual” es: un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; no es sólo la ausencia de enfermedad o disfunciones. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

¿Qué y cómo podemos favorecer el derecho a la sexualidad en las personas mayores?

Con este artículo, no pretendemos incrementar la práctica sexual de las personas mayores en las residencias e intentar normalizar un tema que para la población mayor de ahora ha sido un tema muy cerrado por el tipo de educación represiva de antaño. No obstante, pretendemos poner en valor una dimensión humana que muchas veces se ha omitido e ignorado como un derecho de todas las personas, incluidas las personas mayores y que aporta grandes niveles de bienestar y consecuencias positivas para el ser humano.

Dicho esto, para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos con total libertad. Esa libertad debe ser asumida con responsabilidad y ética con uno mismo y con los demás.

Se entiende que pueden existir situaciones, donde la preservación de la salud sexual se vea dificultada. Como por ejemplo, en el caso de personas mayores que viven en residencias y la tendencia a desarrollar una actitud paternalista en el cuidado por parte del entorno familiar y de los profesionales de la salud.

Por este motivo, es importante que tanto las organizaciones que atienden a personas mayores, ya sean residencias o servicios de atención a domicilio, adopten una visión global, integral, centrada en la persona, donde haya calidad asistencial. Para conseguirlo, es fundamental que se orienten los servicios a la calidad de vida de las personas y se ofrezcan planes formativos especializados en esta materia para proporcionar herramientas tanto a los profesionales como a las propias familias y, así, poder gestionar de la

forma más digna posible estas situaciones.

Así pues, según lo que Villar et al. (2017) exponen en sus conclusiones es verdaderamente importante conocer todo el proceso vital por el que ha pasado la persona, así como retardar el proceso de institucionalización y fomentar la comunicación entre profesionales. De hecho, una de las opiniones que tienen los participantes de su estudio es que la normativa de los centros residenciales en relación a la sexualidad “debería ser planteada entre los diferentes agentes implicados en la vida en una residencia: profesionales, familiares y residentes.”

En resumen, los profesionales podemos hacer lo siguiente:

1. Conocer la Historia de vida: comprender la biografía de las personas es fundamental en primer lugar para ofrecer un trato personalizado pero en segundo lugar y en relación al tema que tratamos es imprescindible para entender el comportamiento de los adultos mayores e intervenir si es necesario.
2. Retardar el Ingreso: el ingreso en un centro residencial depende claramente de la situación por lo que es muy importante contemplar las necesidades personales así como las dificultades contextuales, familiares y clínicas; así pues, es una cuestión decisiva que influye directamente en el bienestar personal -tanto de la propia como de la familia cuidadoras- por lo que en la medida de lo posible es recomendable preservar la autonomía del adulto mayor en su propio contexto con el fin de favorecer también su intimidad.
3. Fomentar la comunicación y participación de los equipos: la participación de los equipos en la gestión y funcionamiento del recurso, es fundamental para generar dinámicas de mejora continua. Para ello, es crucial que el equipo de trabajo desarrolle una metodología adecuada y sistematizada, acordes a los objetivos de trabajo. La participación de los equipos, proporciona una mayor motivación y fidelización, permitiendo mejorar la calidad de las relaciones y una mejor calidad asistencial y calidez humana. Algunas técnicas a tener en cuenta serían las reuniones interdisciplinarias, actividades informales socializadoras, de ocio, etc (Bermejo, et al., 2009).

Para profundizar más sobre el tema, se recomienda que se consulten:

- Guía nº3 de Fundación Pilares. Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para Profesionales (Villar, Celdrán, Fabà, Serrat, Martínez, 2017)



Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez

•Guía de Buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia (Bermejo, et al., 2009).

Sexualidad y Demencia: ¿Qué es el comportamiento sexual inapropiado?

En relación a las enfermedades neurodegenerativas, según Johnson, Knight y Alderman (2006) citado por Villar et al. (2017), “la demencia puede facilitar la aparición de lo que se conoce como comportamientos sexualmente inapropiados”, dicho comportamiento hace referencia a “actos verbales o físicos de naturaleza sexual explícita o percibida que resultan inaceptables en el contexto en el que se dan”. Y es que, en numerosas ocasiones puede estar relacionado con los tratamientos psicofarmacológicos. De hecho, los autores Series y Décano (2005), hace 12 años, expusieron ya en aquél entonces que las benzodiazepinas podían ocasionar una desinhibición sexual tanto en personas sanas como en personas con demencia, además de la levodopa cuyo efecto podría desencadenar hipersexualidad en personas con la Enfermedad de Parkinson.

La Asistencia Sexual: la Figura del Asistente Sexual

La asistencia sexual es una realidad con más de veinte años de experiencia en Alemania, Holanda, Dinamarca, Suiza; Francia está en proceso de legalizarla, aseverando la viabilidad de la propuesta.

Muchos Estados consideran la asistencia sexual como un servicio más a favor de la salud integral, cubriendo los costes en su totalidad o financiando emprendimientos de asociaciones en tal sentido. Sin embargo, en muchos otros países, el tema es completamente desconocido o rechazado sin las previas y necesarias consideraciones (Mateos, 2013; Arnau Ripollès, 2017).

Según Asistencial Sexual (2017): ¿Qué entendemos por asistencia sexual?

Es un tipo de trabajo sexual que consiste en prestar apoyo para poder acceder sexualmente, al propio cuerpo o al de una pareja. La persona asistente no es alguien con quien tener sexo si no alguien que te apoya para tener sexo contigo mismo o con otra persona. La persona asistida decide en qué y cómo recibe apoyo.

En definitiva, tiene como objetivo explícito favorecer el empoderamiento de la persona, con necesidad de apoyos generalizados permanentes, en su ámbito sexual, entiéndase a lo largo de su ciclo vital.

¿Qué tipo de tareas lleva a cabo el asistente sexual?

Aquellas que la persona asistida no puede hacer por sí misma: explorar su cuerpo, masturbarse, conseguir posiciones y/o movimientos en prácticas sexuales con otra persona.

El objetivo principal del asistente sexual es promover un “capacitismo con apoyo”, centrándose en el plano sexual.

¿Por qué el interés de esta figura en la vejez?

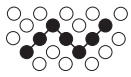
De igual modo que las personas con diversidad funcional institucionalizadas, las personas mayores que viven en una institución, son también víctima de una construcción de su existencia percibida desde una cultura de sumisión y asistencialismo que le ha privado de su plena ciudadanía. Es una realidad que, tanto las personas mayores como las personas con diversidad funcional, conviven con limitaciones que les dificulta y restringe su participación en la comunidad, así como ejercer su derecho de disfrutar de su sexualidad. En éste sentido, la figura del asistente sexual es imprescindible para romper con dichas limitaciones en el desarrollo como seres sexuados.

En nuestro país, afloran proyectos que van en ésta línea. La asociación Tandem Team Barcelona[1], es un ejemplo a seguir. Ésta es miembro de la European Platform Sexual Assistance y se definen como “una asociación sin ánimo de lucro cuya meta es impulsar, colaborar y promover proyectos en pro de la defensa de la diferencia y la diversidad en cualquiera de los dominios de expresión humana (social, cultural, sexual, laboral o económica) con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con diversidad funcional”. Asimismo, también existe en nuestro país la Sex Assistant Europa -coordinado por Rafa Reoyo-, que además tiene repercusión en Francia, Italia y Latinoamérica.

Tal y como expresan Malón Marco (2009), no puede haber una dignidad humana si no es una dignidad sexuada. En éste sentido, determinadas prácticas sexuales que tienen que ver con el autoerotismo y la realización de acto sexual entre personas diversas, es un derecho humano.

Marcelo Nuss, decía “reconocer la sexualidad de las personas con discapacidad es reconocer su humanidad y la plena legitimidad de su ciudadanía” (Arnau Ripollès, 2017).

Finalmente, es importante evitar edadismos y descartar falsos mitos anclados en la vejez que no tienen ningún tipo de fundamento, más allá de centrarse en prejuicios



La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

y valores culturales represores.

Es imprescindible que se reconozca un modelo basado en los derechos humanos en vez de un modelo meramente asistencial.

Conclusión: La Sexualidad no tiene fecha de caducidad y debemos formar parte para su solución.

En el presente artículo hemos hablado de personas mayores y de diversidad funcional, y en ambos casos todo lo relacionado con la sexualidad es un tabú y son los profesionales de atención directa (auxiliares de enfermería, gerocultores, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, etc.), quienes se encuentran con situaciones difíciles de gestionar dónde intervienen, en muchas ocasiones, conflictos éticos puesto que quedan en juego la identidad, las creencias, los valores y sobretodo, la intimidad. Es verdaderamente importante tomar conciencia para con el objetivo de reaccionar adecuadamente, puesto que los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y los sociales (apego, amistad y cuidados) permanecen activos toda la vida, no tienen fecha de caducidad y no se deteriora con el curso de la demencia.

En éste sentido, no se trata pues de propiciar un incremento de las prácticas sexuales, puesto que somos conscientes que sería incongruente a causa del gran tabú intrapersonal e interpersonal, a la educación represiva de antaño. No obstante, sí que se trata de reivindicar el derecho a ejercer la libertad de cada uno para decidir si quiere o no expresarse como ser sexuado. ¿A caso ese derecho se pierde cuando estás institucionalizado o estás en situación de dependencia? ¿Dejás de ser persona?. Se deben de fomentar cambios en las startups de atención a domicilio, centros de atención diurna...) hacia modelos de calidad de vida, donde se garanticen los derechos humanos, la personidad, la intimidad y se enfatice por encima de todo, la libertad de la persona mayor para tomar decisiones en su vida cotidiana, incluyendo su plano sexual como una dimensión influyente en el bienestar personal.

Según aportaciones de Villar et al. (2015^a, 2014b), había dos medidas imprescindibles a tomar en cuenta para tomar acción:

1. "Formar mejor a los profesionales" en cuestiones relacionadas con la sexualidad en la vejez y con la sexualidad en entornos residenciales. Porque hemos de tener en cuenta que son los profesionales (dirección, equipo técnico, auxiliares, etc.) quienes están en

contacto directo con los mayores y deben asesorarlos y apoyarlos en relación con su sexualidad. Puesto que ellos deben velar por satisfacer cualquier tipo de necesidad que incremente su bienestar.

2. "La formación debe tener lugar en un entorno institucional adecuado. Hemos de avanzar hacia la presencia de políticas y regulaciones, por parte de la dirección de las residencias y de las instancias que las supervisan, que explícitamente recojan medidas para formar, informar, garantizar y promover los derechos sexuales de los residentes, así como la aceptación de la diversidad sexual dentro de las residencias, dentro de un contexto de respeto mutuo y convivencia."

3. Elaborar directrices y protocolos formales de actuación en relación a la expresión sexual en los centros institucionales.

En éste sentido y llegados a éste punto, no hay que olvidar que es imprescindible que haya un trabajo interdisciplinar, con vías de comunicación fluidas y horizontales, en el que el eje central de su trabajo, sea el empoderar a las personas en situación de dependencia a ejercer plenamente sus derechos, incluyendo el derecho a disfrutar de una vida sexual plena. Para concluir dicho artículo, recordar unas palabras de uno de los investigadores que lleva más años estudiando el desarrollo sexual, afectivo y social de las personas, Félix López

"Las personas mayores también pueden tomar decisiones, su sexualidad está en el reino de la libertad. Por eso estamos contra los modelos represivos y contra los modelos prescriptivos" (López, 2012).

Baluchon Alzheimer-Québec : La nueva ley en Francia

Recopilación y revisión teórica posible gracias a Frederique LUCET – Psicóloga y Doctora en Sociología del Trabajo, Conservatorio Nacional de las Artes y de las Profesiones de Francia LISE CNRS UMR 3320 – Secretaria General de APFEL 'Acting to Promote Foster Care at the European Level'.

AUTORES: Camacho, Pàmies (2018).

La Doctora en Sociología y Psicóloga experta en envejecimiento Frederique LUCET defiende el Modelo Baluchon Alzheimer® actualmente considerado en Francia por importantes entidades como la 'Société



Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez

Alzheimer de Québec, 'Le réseau Euro Québec de Coopération autour de Baluchon Alzheimer' y APFEL 'Acting to Promote Foster Care at the European Level'.

Lucet recoge el año 2012 en <<Le Modèle du Baluchon Alzheimer® est-il adaptable en France?>> el desarrollo de BBPP Buenas Prácticas en el Servicio de Atención a domicilio dirigido a las personas mayores en situación de dependencia. Así mismo, el año 2014 publica << Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer >>.

BBPP Buenas Prácticas en el Servicio de Atención a Domicilio | Home Care

- Integración entre los actores clave en el Servicio – empresa prestadora del servicio de atención a domicilio <<coordinador/a>>, profesional cuidador en el domicilio y familia beneficiaria del servicio.

- Cuidados adecuados a la persona y a la enfermedad, cuidados institucionales y financieros: atención a las ventajas del convenio vigente de contratación del/la profesional cuidador/a así como protección financiera y administrativa de la persona beneficiaria del servicio.

- Reclutamiento de profesionales cuidadores formales basado en su motivación y experiencia así como en sus conocimientos adquiridos en relación a las enfermedades neurocognitivas. Reclutamiento basado en su calidad humana <<care>>.

- Formación, marco y acompañamiento: formación especializada sobre enfermedades neurocognitivas vinculadas al envejecimiento, vínculo de apego, técnicas de cuidado y supervisión, reconocimiento, prevención del Síndrome del Trabajador Quemado – efecto Burnout – seguimiento en la evolución. Jornadas de reunión de equipo, para realizar formación y analizar las BBPP Buenas Prácticas.

- Coordinación | Rol del coordinador: crucial para el buen funcionamiento del servicio (contacto con las familias, manejo de equipo, contacto con partners del sector). El éxito de este puesto es un factor clave en el desarrollo exitoso de la estructura empresarial. El/la coordinador/a evoluciona en su rol conociendo y tratando in situ el <<baluchonage>> la carga de la persona cuidadora.

- Gestión de plannings y de desplazamientos: simplicidad y exigencia de la fórmula 24h/24. Para la entidad Baluchon Alzheimer Québec la fórmula adecuada es 14 días de trabajo seguidos de 14 días de recuperación, lo que implica una gestión de planning

en equipo y reemplazo entre trabajadores.

- Plan de trabajo: un continuo entre vigilancia e intervención de un equipo social, según las partes interesadas – familia y profesional cuidador/a – considerando el posicionamiento estratégico de la estructura empresarial. Se trata de un enfoque de calidad esencial.

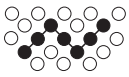
- Accesibilidad: metodología expandida, accesible al mayor número de familias, poniendo en valor la profesión de las personas cuidadoras y la Atención Integral y Centrada en la Persona en las personas mayores con deficiencias cognitivas y/o físicas vinculadas al proceso de envejecimiento.

Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer y los derechos de los/las cuidadores/as.

“El modelo del Baluchon Alzheimer, y los demás servicios de respiro, pierden su dimensión ética si proporcionan un servicio que encierra al cuidador en su papel acerca de la persona enferma. El respiro, como el apoyo o el acompañamiento, no debe contradecir el derecho del cuidador a escoger, día a día, su carga: la de cuidar a la persona amada, en cuanto sea posible. Con un servicio inclusivo, beneficioso tanto para la persona cuidada como para el cuidador, creemos que el respiro fortalece la capacidad del cuidador de elegir la carga del cuidado, si es así, y de poder realizarla con menos dificultad. Sostiene así su deseo de continuar la convivencia con el cuidado: se trata de proporcionar al cuidador más herramientas, más confort y menos aislamiento a lo largo del proceso de acompañamiento de su pareja o de su familiar. La prevención del agotamiento es un efecto secundario de la intervención, pero la intención nunca es de juzgar o heroizar su papel: Baluchon Alzheimer recomienda que las baluchonneuses – profesionales cuidadores/as que ejercen bajo los fundamentos de Baluchon Alzheimer – no se involucren en las cuestiones familiares y la toma de decisiones (institucionalización...), más bien que ofrezcan una validación (en el sentido de Naomi Feil, 1982) de lo que está viviendo el cuidador.” Frederique Lucet (2014).

Los 4 principios fundamentales e interrelacionados de Baluchon Alzheimer®.

- El respeto de su dignidad (respeto de sus derechos fundamentales, la actitud es cortés y amable hacia la



La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

persona cuidada y su familia, el ambiente es cálido y tranquilo).

- El respeto de su privacidad (deber de discreción, la injerencia en los asuntos personales de paciente o su familia se evita - excepto por razones de salud o seguridad).

- El respeto de su autonomía (valorando las habilidades y los recursos de las personas afectadas, el reconocimiento de su derecho a tomar decisiones : la práctica de la <<baluchonneuse>> resulta en un cuidado lo más « invisible » posible, que no afecta a la persona a su condición de minusválido o ayudado : dándole la oportunidad de vivirse como competente : un respiro también para él).

- El respeto de su parte de misterio (gracias a una actitud hecha de compasión, dulzura, a la construcción de una relación de confianza, la apertura y la aceptación serena de las manifestaciones individuales de la enfermedad de Alzheimer en cada paciente) .

Frederique Lucet (2014).

La Nueva Ley en Francia | Artículo 51 de la LFSS 2018.

Expérimenter et innover pour mieux soigner.

Organisation et financement du système de santé.

Loi de Financement de la Sécurité Sociale LFSS.

Experimentación e innovación para cuidar mejor

Organización y financiación del sistema de sanidad.

Ley de Financiamiento de la Seguridad Social LFSS.

CONCLUSIÓN

Consideramos una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto mundial en Home Care, así como al abordaje de las distintas manifestaciones neurocognitivas.

Concluimos tres puntos fundamentales respecto a la figura del profesional Gerontólogo en el Servicio de Atención a Domicilio:

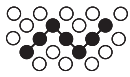
- Basándonos en el Impacto Demográfico de envejecimiento poblacional en México, Francia y España consideramos esencial la incorporación de profesionales de la Gerontología en las startups

emergentes en los tres países citados con tal de garantizar un servicio de calidad.

- Basándonos en “Baluchon Alzheimer®” y en el artículo 51 de la nueva ley LFSS (Ley de Financiamiento de la Seguridad Social) 2018 de la República Francesa, consideramos en suma imprescindible la figura del profesional de la Gerontología como coordinador complementaria a la figura del profesional cuidador y equipo social formado en Trabajo Social y Recursos Humanos; en los tres países citados con tal de garantizar un servicio de atención a domicilio de calidad y fundamentado del Modelo Internacional de la Atención Integral y Centrada en la Persona.

- Basándonos – *todos los autores* – en nuestros aprendizajes adquiridos como profesionales de la Gerontología en distintos países, consideramos fundamental la continua investigación entre países con tal de favorecer el desarrollo de la profesión.

Se considera una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto mundial en Home Care así como al abordaje de las distintas manifestaciones neurocognitivas y las BBPP Buenas Prácticas en el Domicilio en UK, EEUU, México, España y Francia.



Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez

Referencias

1. Rodríguez. Lazcano. B.G.A (2011), *Práctica de la Geriátría*, 3e, México: Mc Graw Hill.
2. Martínez (2011), *La Atención Gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad y dependencia*, [Archivo PDF] Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2012/05/4e96de5f42-2.pdf>
3. Penny M.E. & Melgar C.F, (2012), *Geriátría y Gerontología para el médico internista*, Bolivia: Grupo editorial la Hoguera.
4. *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas (2012)* Secretaría de Salud. Primera edición Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf
5. Prieto Ramos, Osvaldo Gerontología y Geriátría. Breve resumen histórico. 1999. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm
6. Ministerio de salud y protección social, (2016). Perfil profesional y competencias del Gerontólogo en Colombia Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfilcompetenciasgerontologia.pdf>
7. Asistencia Sexual (2017). *Asistencia Sexual*. Disponible en <https://asistenciasexual.org/asistencia-sexual/>.
8. Arnau Ripollès (2017). El modelo de asistencia sexual como derecho humano al autoerotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de vida independiente.
9. Bermejo, Martínez, Díaz, Maños, Sánchez (2009). Buenas Prácticas en residencias de personas mayores.
10. Mateos (2013). *Del Intervencionismo a la Prohibición. La Vanguardia*.
11. Leyva-Moral (2008). La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos. *Índex de enfermería*, 17(2), 124-127.
12. López, (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide.
13. Series, Dégano, (2005). Hypersexuality in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11 (6), 424 - 431.
14. Villar, Triadó, Celdrán, Fabà (2017) *Sexualidad y Personas Mayores Institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*. Madrid: Fundación Pilares.
15. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals (07/08/2017). *TV3 a la carta, Sense Ficció, Jo també Vull Sexe*. Barcelona: CCMA. Recuperado de: <http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/sense-ficcio/jo-tambe-vull-sexe/video/5634098/>.
16. Villar (2015). La sexualidad en entornos residenciales: una cuestión de derechos y calidad de vida. Disponible en: http://acpgerontologia.blogspot.fr/2015_11_01_archive.html. Consultado el 6 de noviembre de 2017.
17. Villar, Fabà, Celdrán, Serrat (2014). Regulación de la expresión sexual de los mayores ingresados en residencias: la visión de los profesionales. *Revista española de geriatría y gerontología*, 49(6), 272-278.
18. IV Reunión de Antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR. Noviembre, 2001. Curitiba. Brasil, Construyendo el concepto cuidador de ancianos. María Cristina de los Reyes.
19. Feil (1982). *Validation : the Feil method*. Edward Feil Productions.
20. Coduras, del Llano (2016). *Libro de Sanidad Española en Cifras*. Círculo de la Sanidad: Fundación Gaspar Casal. Recuperado de: http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/03/LIBRO_SANIDAD_ESPANOLA_EN_CIFRAS_2016.pdf
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hospitalización de las personas mayores en el domicilio. Sistema Nacional de Salud CMBD (2010). *Costes de Hospitalización. Información y Estadísticas Sanitarias*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/001-Hospitalizacion.pdf>
22. Carretero, Garcés, Ródenas (2015). *Análisis y propuestas de intervención psicosocial. La sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. El cuidado informal en cifras*: CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
23. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Cuidados de las personas mayores en los hogares españoles*: IMSERSO. Recuperado de: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>
24. International Labour Office (2013). *Domestic workers across the worlds. Global and regional statistics*. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_173363.pdf
25. *Analyzing the costs of informal care for persons with dementia in Spain (2015)*. *Journal of Promotion Management*. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10496491.2015.1051398>
26. Franco, Ruiz (2017) *Trabajo de ayuda a domicilio en España: hogar y cuidados. Mujeres migrantes trabajadoras en el hogar*: UGT Sindicato Unión General de Trabajadores.
27. Recuperado de: http://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf
28. Lucet (2014). *Un modelo de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores*: Baluchon Alzheimer. *Neurama Revista electrónica de Psicogerontología* (1), 1. Recuperado de: <http://46.29.49.21/~creanete/neu/articulos/1/articulo3.pdf>
29. Celdrán (2013). *La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica*. *Papel del Psicólogo*, 34 (1), 57 - 64. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2171.pdf>
30. *Documental Jo també vull sexe*. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals (07/08/2017). *TV3 a la carta, Sense Ficció*. Barcelona: CCMA. Recuperado de: <http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/sense-ficcio/jo-tambe-vull-sexe/video/5634098/>.
31. La Asociación Tandem Team [www.asociontandemteam.com] ha colaborado recientemente en Agosto de 2017 en el documental "Jo també vull Sexe" mediante la Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals (TV3 a la carta).



Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva en envejecimiento utilizando TIC: Estudio de caso

Noelia Sánchez González¹, Antonio Sánchez Cabaco², José David Urchaga Litago³,
Alba Villasan Rueda⁴

Resumen

En la actualidad podemos observar un desafío a nivel global en el aumento del número de personas mayores y como consecuencia se está produciendo un incremento de las enfermedades neurodegenerativas, debido a esta nueva realidad sociodemográfica. El abordaje de la situación en el campo del envejecimiento requiere implantar estrategias preventivas, que en nuestro ámbito se refiere a las Terapias No Farmacológicas (TNF). Y en el abanico de las TNF cobran especial interés el uso de las TIC (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) en el campo de la estimulación cognitiva. El trabajo desarrollado evidencia la utilidad de esta modalidad de intervención en la mejora de diferentes dimensiones cognitivas, mediante un diseño de caso único con análisis pre-post. Se discuten finalmente algunas limitaciones y perspectivas para futuras implementaciones.

PALABRAS CLAVES: Envejecimiento, Estimulación Cognitiva, Tecnologías de la Información y de la Comunicación, Terapias No Farmacológicas.

Abstract

At present we can observe a global challenge in the increase in the number of elderly people and as a result there is an increase in neurodegenerative diseases due to this new sociodemographic reality. The approach to the situation in the field of aging requires the implementation of preventive strategies, which in our field refers to Non-Pharmacological Therapies. And in the Non-Pharmacological Therapies range, the use of ICT in the field of cognitive stimulation is of special interest. The work developed shows the usefulness of this intervention modality, in the improvement of different cognitive dimensions, through a unique case design with pre-post analysis. Finally, some limitations and perspectives for future implementations are discussed.

KEY WORDS: Aging, Cognitive stimulation, Information and Communication Technologies, Non-Pharmacological Therapies

Introducción

El número de personas mayores está aumentando a gran velocidad en todo el mundo, lo que supone un mayor riesgo de sufrir deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas (Moniz-Cook, Vernooij-Dassen, Woods & Orrell, 2011). Se estima que para el 2050, el número de personas mayores de 60 años será alrededor de 2 billones (Daffner, 2010) y en el 2030 la previsión es que en torno a 65,7 millones de personas mayores sufrirán algún tipo

ISSUE N°1
JUNIO
2019

Recibido:
03/04/2019

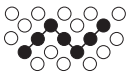
Aceptado:
24/04/2019

(1) Máster en Psicología General Sanitaria, especializada en Neuropsicología. Doctoranda en Psicología. Departamento de Neuropsicología. Universidad de Salamanca (España). Mail: noeliasanchezgonzalez@usal.es

(2) Catedrático de Psicología Básica en la Universidad Pontificia de Salamanca (España). Doctor en Psicología. Autor de correspondencia. Dirección: Facultad de Psicología, Calle Compañía 5-20. 37002 Salamanca. España Mail: asanchezca@upsa.es

(3) Profesor de Estadística y Psicología, en la facultad de Comunicación en la Universidad Pontificia de Salamanca (España). Doctor en Psicología, Máster en Estadística. Dirección: Facultad de Comunicación, calle Compañía 5-20. 37002 Salamanca. España Mail: jdurchagali@upsa.es

(4) Máster en Cerebro y Conducta. Especializada en neuropsicología. Doctoranda en Psicología en la Universidad Pontificia de Salamanca (España), Becada por el Banco Santander. Estancia de Investigación en México., Mail: albavillasan@gmail.com



Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva en envejecimiento utilizando TIC: Estudio de caso

de demencia (Alzheimer Disease International, 2010). El grupo de edad con un incremento más alto en la mayoría de los países europeos son las personas mayores de 80 años (Eurostat, 2011). Teniendo en cuenta que la frecuencia de las enfermedades degenerativas aumenta linealmente con la edad (Vidovich, Lautenschlager, Flicker, Clare, & Almeida, 2009), se espera que las demencias se conviertan en uno de los principales retos a los que se enfrentará en las próximas décadas la sociedad (Alzheimer Disease International, 2010). Algunos de los factores que han hecho posible mejorar nuestro estilo de vida y por tanto permitirnos vivir más tiempo respecto al pasado son la mejora de la medicina y de las condiciones socio-económicas (Cabras, 2012), como afirma este autor, envejecer hoy no es lo mismo que envejecer hace cincuenta años.

Debido a esta situación, numerosos organismos, destacan la importancia de tomar medidas al respecto y señalan la necesidad de investigar sobre esta problemática (Moniz-Cook et al., 2011). Estas investigaciones empiezan a tratar un nuevo enfoque, en el cual, se reconoce la necesidad de establecer una estrategia de prevención y promoción de la salud, entendiendo que para promover y prevenir las consecuencias negativas vinculadas al cambio demográfico y principalmente a las enfermedades degenerativas, resulta fundamental intervenir en los estadios más tempranos de este proceso (Etgen et al., 2010).

Esta prevención y promoción de estilo de vida saludable, es fundamental, ya que un entrenamiento dirigido a factores claves (plasticidad cognitiva, reserva cognitiva), puede tener efectos muy significativos en el envejecimiento satisfactorio (Ortega, Ramirez, & Chamorro, 2015). Además como señalan Tucker & Stern (2011), la mejora de la reserva cognitiva puede optimizar antes el inicio del daño. Por otra parte, algunos autores como Mayordomo, Sales & Melendez (2015), señalan una serie de estrategias para potenciar un envejecimiento saludable, entre las que destaca: ejercicio físico, la estimulación mental, los patrones saludables de ingesta, la participación social y el entrenamiento en habilidades educativas. Así pues, como afirman estos autores, el tipo de estrategia de compensación utilizada por los mayores (sustitución, acomodación o asimilación) es un mecanismo entrenable y que afecta a la reserva cognitiva.

Todas estas estrategias de estimulación cognitiva, se encuadran dentro del contexto de las Terapias No Farmacológicas (TNF), que son pautas de intervención cuyo objetivo es paliar el deterioro y la dependencia,

así como, fomentar el envejecimiento activo en la perspectiva de la promoción de la autonomía personal (Cabaco & Fernández, 2014). Estos autores, han señalado que la falta de tratamiento en el campo de las demencias ha propiciado un abordaje de intervención multidimensional con una triple perspectiva (la cognición, la conducta y la función de adaptación ecológica), tanto en las personas afectadas o en proceso de desarrollo de la enfermedad, como desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud.

Del mismo modo, una gran cantidad de estudios experimentales muestran los efectos positivos de los programas de entrenamiento cognitivo, beneficios que se hacen evidentes en un mejor mantenimiento de las funciones neuropsicológicas en adultos mayores sin deterioro (Winocur et al., 2007), en una reducción de las posibilidades de desarrollar un deterioro cognitivo, (Geda et al., 2010) y en una mejora de las funciones cognitivas en sujetos con deterioro cognitivo manifiesto (Baker et al., 2010).

Todos estos programas que estimulan funciones cognitivas, tienen un papel relevante en el constructo reserva cognitiva, que hace menos vulnerable el proceso de envejecimiento y que posibilita unos desarrollos menos insidiosos en los casos de aparición de la demencia (Cabaco, Fernández, Villasan & Carrasco, 2017; Wobbekin, Cabaco, Urchaga, Sitges & Bonete, 2017).

En este contexto, la intervención cognitiva de las personas a través del uso del ordenador (TIC), ofrece una solución prometedora para este sector de la población (González-Palau, 2013). Las TIC forman el conjunto de recursos necesarios para manipular información y particularmente los ordenadores, programas informáticos y redes necesarias para convertirla, almacenarla, administrarla, transmitirla y encontrarla, se han utilizado como alternativa de tratamiento cuando se presentan procesos de deterioro y para la estimulación cognitiva en pacientes con un envejecimiento normal (González & Muñoz, 2013). Estos autores exponen múltiples ventajas en la aplicación de estos programas, destacan los siguientes: El modo interactivo propicia un proceso de aprendizaje muy dinámico; Existe una gran flexibilidad en la elaboración de programas, lo que reduce la habituación y el aprendizaje de los mismos; Permiten graduar el tiempo, el número de estímulos y los diferentes parámetros de estos (tamaño, movimiento...) en función de las necesidades de cada paciente; La adaptación de los estímulos y el tipo de tarea es personalizada para cada persona aumentando



Sánchez González, Sánchez Cabalo, Urchaga Litago, Villasan Rueda

así la motivación del sujeto; El feedback con relación a los errores es inmediato; Tienes la capacidad de poder repetir los ejercicios múltiples veces; Ofrece la posibilidad de registrar las puntuaciones basándonos en aciertos, fallos, omisiones o tiempo de ejecución lo que posibilita un registro muy fiable y fácil de analizar; Permite controlar la evolución del rendimiento, así como presentar y registrar los resultados tras cada sesión de rehabilitación.

Además de las ventajas de estos programas se expondrán una serie de trabajos en los que distintos autores muestran los efectos positivos que estos programas tienen en diferentes áreas cognitivas en sujetos con y sin deterioro cognitivo. En primer lugar, Günther, Schäfer, Holzner, & Kemmler (2003), llevaron a cabo un tratamiento de rehabilitación cognitiva por medio del uso del ordenador con población normal. Los resultados mostraron una mejoría en la memoria de trabajo, memoria visual y espacial, velocidad de procesamiento de la información y aprendizaje verbal. Todos estos resultados se mantuvieron en la evaluación de seguimiento a los cinco meses de finalización del tratamiento.

Otros trabajos (Cipriani, Bianchetti, & Trabucchi, 2006; Barnes et al., 2009), mostraron los efectos positivos de la intervención cognitiva por medio del uso del ordenador en población con DCL, en diferentes áreas (aprendizaje verbal, en atención y memoria). Los estudios de Rozzini et al. (2007), mostraron mejoras en funciones cognitivas y disminución de síntomas de ansiedad y depresión después de llevar a cabo la intervención por medio de las tecnologías. Del mismo modo Talassi et al. (2007), llevaron a cabo un entrenamiento cognitivo y una reducción de síntomas comportamentales a través del uso del ordenador y observaron mejoras en las praxias constructivas, memoria viso-espacial a largo plazo, fluidez verbal, atención, memoria episódica, así como una reducción de síntomas de ansiedad y depresión.

Por otra parte, Basak, Boot, Voss, & Kramer (2008), implementaron un programa de entrenamiento cognitivo mediante la utilización de video-juegos y observaron una mejora en las funciones ejecutivas de cada participante. También Mahncke et al. (2006), pusieron en marcha un programa de estimulación cognitiva por ordenador y observaron una mejora en la velocidad de procesamiento y en la memoria auditiva. Estos resultados se mantuvieron en las

sesiones de seguimiento a los tres meses de finalización del programa.

Además de los trabajos expuestos, donde se observa la eficacia de este tipo de entrenamiento cognitivo, es necesario destacar una serie de programas gerontológicos mediados por las TIC de gran impacto. La Plataforma de entrenamiento “Long Lasting Memories” (LLM) (González-Palau, 2013). Esta plataforma está constituida por dos componentes principales: a) componente de entrenamiento cognitivo (CEC): Programa Gradior y b) Componente de entrenamiento físico (CEF). Este programa facilita el entrenamiento cognitivo en población saludable o con signos de deterioro. El Programa Mayordomo (Baños, 2010), tiene por objetivo, fomentar la socialización, el aprendizaje y el entrenamiento en habilidades de regulación emocional y fortalezas psicológicas en personas mayores. Un programa de enorme difusión que se ha propuesto como ejemplo de las aplicaciones gerontológicas mediadas por las TIC, es el programa informático ActivaLaMente. Se inscribe en la política ya clásica de la Fundación la Caixa para estimular el envejecimiento activo e intervenir sobre el deterioro. Es un software de tecnología avanzada, cuyo objetivo es estimular las capacidades cognitivas como parte de un envejecimiento activo (se expondrá más detalladamente a continuación).

En los aspectos previamente señalados, se encuentra la base argumental del presente trabajo que buscó determinar la efectividad del programa de intervención (ActivaLaMente) para evidenciar el mantenimiento y mejora de las funciones cognitivas y emocionales entrenadas.

Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación siguió un diseño de caso único con medidas repetidas con dos momentos de evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento.

La participante, a la que se le aplicó el programa de intervención (ActivaLaMente), es una persona de 68 años, residente en Salamanca que solicita ayuda a través del programa de Mayores de la Universidad.

Se llevó a cabo una primera y una segunda sesión informativa con la paciente, en estas sesiones se recolectaron los datos sociodemográficos de la paciente y contestó a una batería compuesta por siete test en los

Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva en envejecimiento utilizando TIC: Estudio de caso

dos momentos (pre y post). Las pruebas administradas fueron las siguientes:

1. Moca: Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Nasreddine et al., 2005).
2. FAS (Guilford, 1967).
3. Test Conductual de Memoria Rivermead (TVTC) (Wilson, Cockburn, & Baddeley, 1985).
4. Cuestionario de Fallos de Memoria (Sunderland,

administraron.

En relación a las sesiones de tratamiento, consistió en dos sesiones semanales con una duración de una hora cada sesión. Se comenzó el 19/07/2017 y se finalizó el 23/11/2017. Para las sesiones de tratamiento, se utilizó el programa informático ActivaLaMente (Obra Social La Caixa), programa que constituye un software de tratamiento clínico diseñado para facilitar el entrenamiento de funciones cognitivas en población

Test	Pre-Test	Post-Test	ICF ¹
MOCA	15	28	6,19
FAS: FF	F=7	S=15	4,22
FAS: FS	Cocina= 10	Países= 17	3,69
TVTC	10	14	2,11
F1. Cuestionario de fallos de la memoria: Recuerdo de actividades	9	4	-3,95
F2. Cuestionario de fallos de la memoria: Reconocimiento	3	0	-2,37
F3. Cuestionario de fallos de la memoria: Monitorización de la comunicación	5	1	-3,16
STROOP	10	14	2,11
Test del Reloj: copia	4	10	4,74
Test del Reloj: orden	3	10	5,53
Depresión y Ansiedad: Global	8	6	-1,59
Depresión y Ansiedad: Depresión	7	5	-1,59

1. ICF: Índice de cambio fiable

Harris, & Gleave, 1984).

5. Stroop. Test de colores y palabras (Charles & Golden (1994).

6. Test del Reloj: El test del dibujo del reloj o clock drawing test (CDT) (Cacho & Cols, 1998).

7. Depresión y Ansiedad (Goldberg & Hillier, 1979).

Las evaluaciones pre y post se realizaron en dos sesiones para evitar un cansancio por parte de la paciente, debido a la gran cantidad de test que se le

saludable e individuos con signos de deterioro. Su principal objetivo es estimular las capacidades cognitivas como parte de un envejecimiento activo y está centrado en seis áreas cognitivas principales: atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, procesamiento visual y el procesamiento auditivo. Para cada una de estas áreas el programa tiene diseñado actividades específicas, aunque ninguna de ellas estimula una sola capacidad, ya que son funcional y neuropsicológicamente interdependientes. Las áreas trabajadas con la paciente fueron las siguientes:

Sánchez González, Sánchez Cabalo, Urchaga Litago, Villasan Rueda

1. Atención y concentración: se trabajó la atención selectiva de la paciente.
2. Lenguaje: con esta área se evaluó la capacidad lingüística de la paciente.
3. Memoria: se trabajó la memoria verbal, memoria gráfica, memoria asociativa y memoria de trabajo.
4. Funciones ejecutivas: con esta área se evaluó la función ejecutiva de la paciente.
5. Procesamiento visual: se evaluó a lo largo de distintos ejercicios el procesamiento visual de la paciente.

Resultados

Los resultados globales obtenidos en la investigación, con la aplicación de las pruebas en el diseño pre-post evaluación, se refleja en la tabla 1. Resultados obtenidos de los Test en la fase de Pre y Post del estudio

(Página 43)

$$ICF = \frac{X_{post} - X_{pre}}{\sqrt{2(S_{pre}\sqrt{1 - r_{xx}})^2}}$$

1. ICF: Índice de cambio fiable

Para poder concluir si las diferencias entre la fase Pre y Post evaluación fueron significativas se tuvo en cuenta el “Índice de cambio fiable” de cada prueba (Tabla 1).

La última columna de la tabla refleja el Índice de cambio fiable (ICF). Estos índices basados en la psicometría (Urchaga, 2015), tienen como objetivo cuantificar un cambio clínicamente significativo medido con instrumentos válidos y, por lo tanto, fiables (la cual es medida).

El ICF se calcula como la diferencia postest-pretest de un sujeto dividida por el error típico de la diferencia entre esas dos puntuaciones:

Donde r_{xx} es la fiabilidad del instrumento de medida calculada mediante un coeficiente de consistencia interna o por el procedimiento test-retest; S_{pre} la desviación típica en el momento pretest. Si el $ICF > 1,96$ se considera que el sujeto ha mejorado significativamente tras el tratamiento (Urchaga, 2015).

Apoyándonos en este Índice de cambio fiable (Urchaga,

2015), podemos observar la existencia de diferencias significativas a partir de las puntuaciones recogidas en la fase pre y post, tras la aplicación del tratamiento:

En primer lugar, los resultados encontrados en el área de atención y concentración (Test Moca: Montreal Cognitive Assessment: MOCA) (Ziad Nasreddine in Montreal, Quebec, 1996), evidenciaron que tanto para el 95% como para el 99% de significación la diferencia pre-post fueron significativas: $ICF=6,19$; ($95\%=>1,96$) y ($99\%=>2,58$).

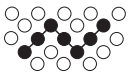
En segundo lugar, los resultados encontrados en el área de lenguaje (Test FAS) (Guilford, 1967), evidenciaron que tanto para el 95% como para el 99% de significación la diferencia pre-post fueron significativas: $ICF (FF)=4,216 / ICF (FS)=3,689$; ($95\%=>1,96$) y ($99\%=>2,58$).

En tercer lugar, los resultados en el área de memoria (Test Conductual de Memoria Rivermead: TVTC) (Wilson, Cockburn,, Baddeley & Hiorns, 1989) y Cuestionario de Fallos de Memoria (Sunderland, Harris, & Gleave, 1984), evidenciaron que para el 95% de significación la diferencia pre-post fue significativa en: $ICF (TVTC)=2,108$ y $ICF (F1, F2 y F3) = -3,953$; $-2,372$ y $-3,162$ en todos ellos ($95\%=>1,96$). Por el contrario, para el 99% de significación la diferencia pre-post fue significativa en: $ICF (F1 y F3) = -3,953$ y $-3,162$ en ambos el ($99\%=>2,58$). Las puntuaciones negativas obtenidas en el Cuestionario de Fallos de Memoria (F1, F2 y F3), significan que la paciente tras la intervención recordaba más cosas que al principio de la misma, es decir, se redujo la magnitud de los fallos mnésicos cotidianos.

En cuarto lugar, los resultados en el área de función ejecutiva (Stroop. Test de colores y palabras) (Charles & Golden, 1994), evidenciaron que para un nivel del 95% de significación las diferencias pre-post fueron significativas $ICF=2,108$ ($95\%=>1,96$). Por el contrario, no se encontró lo mismo con el 99% de significación ($99\%=>2,58$).

En quinto lugar, los resultados en el área de procesamiento visual (Test del Reloj: El test del dibujo del reloj o clock drawing test: CDT) (Cacho et al., 1998), evidenciaron que tanto para el 95% como para el 99% de significación la diferencia pre-post fueron significativas: $ICF (Copia)=4,74$; $ICF (Orden)=5,53$; ($95\%=>1,96$) y ($99\%=>2,58$).

En último lugar, los resultados en el área de depresión y ansiedad (Depresión y Ansiedad (Goldberg & Hillier, 1979), no muestran diferencias significativas entre la fase pre y post de la evaluación.



Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva en envejecimiento utilizando TIC: Estudio de caso

Expuestos los resultados encontrados en cada una de las variables analizadas vamos a exponer finalmente la discusión de los mismos así como conclusiones y perspectivas futuras.

Discusión y conclusiones

La evidencia de la eficacia de los programas de estimulación cognitiva mediados a través de las TIC, como se ha señalado en el apartado de introducción es amplio, lo que avala los resultados obtenidos en nuestro trabajo (González & Muñoz, 2013). La estimulación da resultados tanto con programas formales como también a través de videojuegos (Basak et al., 2008). Y, además, se ha comprobado su utilidad tanto en población normal (Gunther et al., 2003) como clínica (Cipriani et al., 2006; Barnes et al., 2009). Sin embargo, nuestras conclusiones no avalan los obtenidos por Rozzini et al., (2007) que, si encontraron mejoras en funciones cognitivas como disminución de síntomas de ansiedad y depresión, lo mismo que Talassi et al., (2007). Quizás la discrepancia de resultados se deba a que en las investigaciones citadas se centran en el entrenamiento de competencias emocionales.

De cara a futuras investigaciones deberíamos incluir una medida de seguimiento para determinar la estabilidad del cambio, como han señalado algunos autores (Manhcke et al., 2006), ya que permitirían apoyar la hipótesis de preservación de la capacidad de aprendizaje (Akhtar, Moulin & Bowie, 2006) así como de plasticidad cognitiva (Zamarron, Tarraga & Fernández-Ballesteros, 2008). Y tanto el programa utilizado en este trabajo, como los derivados de otras plataformas o paquetes, como el Gradior (González-Palau, 2013) demuestran la capacidad de ralentizar el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento (Torres, 2011). Aunque por los resultados en nuestro trabajo consideramos que deberían globalizarse las estrategias cognitivas y emocionales, como plantea el Programa Mayordomo, que se centra en fomentar la socialización, el aprendizaje y el entrenamiento en habilidades de regulación emocional y fortalezas psicológicas (Baños, 2010).

Y, por último, señalamos que la conclusión fundamental derivada del trabajo es que el programa mejoró las habilidades de atención y concentración, lenguaje, memoria, función ejecutiva y procesamiento visual tras el entrenamiento. Por el contrario, la depresión y

ansiedad no mostraron diferencias significativas entre la fase pre y post de la evaluación. Una de las explicaciones de que en esta área no se hayan observado diferencias significativas es que el programa ActivaLaMente está más orientado al entrenamiento de las funciones cognitivas, y su relevancia en aspectos emocionales no tiene repercusiones evidentes. Particularmente, como en el caso presente, es necesario considerar el historial biográfico y clínico de los potenciales usuarios y siempre que haya antecedentes de vulnerabilidad en estas áreas es necesario su abordaje explícito.

La importancia del estudio desarrollado es relevante no sólo por la confirmación de la eficacia de la aplicación de las TNE, en nuestro caso mediadas por las TIC, en las dimensiones ligadas al entrenamiento (estimulación cognitiva), sino que se deriva la necesidad de implementar paquetes o programas específicos para las dimensiones emocionales, que puedan prevenir o rehabilitar disfunciones ansiógenas o depresivas en población mayor. Estos resultados confirmarían, aplicando las TIC como clave innovadora, lo que hemos evidenciado dentro de nuestro grupo en experiencias anteriores tanto en mayores autónomos (Cabaco, 2016; 2018) como institucionalizados sin patologías (Blazquez, Cabaco, Wobbeking, López y Urchaga, 2018; Cabaco, Fernández y Bañuelos, 2018) o con trastornos específicos como diabetes (Pérez et al., 2017). En todos los casos se evidencia la importancia de seguir ampliando las posibilidades del constructo reserva cognitiva en las diferentes realidades del proceso de envejecimiento (Carrasco, Barahona, Cabaco y Fernández, 2018; Wöbbecking et al., 2017).



Sánchez González, Sánchez Cabalo, Urchaga Litago, Villasan Rueda

Referencias

1. Akhtar, S., Moulin, C. J., & Bowie, P. C. (2006). Are people with mild cognitive impairment aware of the benefits of errorless learning? *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(3), 329–346. <https://doi.org/10.1080/09602010500176674>
2. Alzheimer Disease International. (2010). World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. Recuperado de <http://www.alz.co.uk/>.
3. Baker, L.D., Frank, L.L., Foster-Schubert, K., Green, P.S., Wilkinson, C.W., McTiernan, A. & Craft, S. (2010). Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment: a controlled trial. *Archives of Neurology*, 67(1), 71–79. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.307>
4. Baños, R. (2010). La red social y de apoyo es uno de los pilares principales del envejecimiento saludable. Recuperado de http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2010/05/15/193083.php
5. Barnes, D.E., Yaffe, K., Belfor, N., Jagust, W. J., DeCarli, C., Reed, B.R., & Kramer, J.H. (2009). Computer-based cognitive training for mild cognitive impairment: results from a pilot randomized, controlled trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23(3), 205–210. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31819c6137>
6. Basak, C., Boot, W.R., Voss, M.W., & Kramer, A.F. (2008). Can training in a real-time strategy video game attenuate cognitive decline in older adults? *Psychology and Aging*, 23(4), 765–777. <https://doi.org/10.1037/a0013494>
7. Blazquez, A., Cabaco, A.S., Wobbeking, M., López, A., & Urchaga, J.D. (2018). Estudio piloto de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores institucionalizados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23 (1), 58–66.
8. Cabaco, A.S (Ed.) (2016). Guía práctica de memoria. Estimulación cognitiva del envejecimiento saludable. Salamanca: Publicaciones de la UPSA.
9. Cabaco, A.S. (Ed.) (2018). Programa de reminiscencia CIP-CETYS para optimizar el bienestar de adultos mayores. México, Baja California: Publicaciones de CETYS-Universidad.
10. Cabaco, A.S., & Fernández, L.M. (2014). Introducción: Las intervenciones intergeneracionales como terapias no farmacológicas para la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal. En A.S. Cabaco (dir.). *Prismas intergeneracionales sobre la memoria autobiográfica: investigación y propuestas* (pp. 5–17). Salamanca: Publicaciones de la UPSA.
11. Cabaco, A.S., Fernández, L.M., & Bañuelos, A. (2018). Mejora de habilidades mnésicas en el envejecimiento. *Estudia Zamorensia*, 17, 25–39.
12. Cabaco, A.S., Fernández, L. M., Villasan, A., & Carrasco, A. (2017). Envejecimiento activo y reserva cognitiva: Guía para la evaluación y la estimulación. *Estudia Zamorensia*, 16, 193–202.
13. Cabras, E. (2012). Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165_cabras_emilia.pdf?sequence
14. Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Gay, J., Guerrero-Peral, A.L., Gómez-Sánchez, J.C., et al. (1998). El test del reloj en ancianos sanos. *Revista Neurologica*, 24, 125–128.
15. Carrasco, A.S., Barahona, N., Cabaco, A.S., & Fernández, L.M. (2018). El papel de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento. *Revista de Psicología*, 19(1), 159–192.
16. Charles, J., & Golden, P.H.D. (1994). Test de Colores y Palabras. Madrid: TEA.
17. Cipriani, G., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2006). Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(3), 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.12.003>
18. Daffner, K.R. (2010). Promoting Successful Cognitive Aging: A Comprehensive Review. *Journal of Alzheimer's disease*, 19(4), 1101–1122. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-1306>
19. Etgen, T., Sander, D., Huntgeburth, U., Poppert, H., Förstl, H., & Bickel, H. (2010). Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study. *Archives of Internal Medicine*, 170(2), 186–193. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.498>
20. Eurostat. (2011). Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
21. Geda, Y.E., Roberts, R.O., Knopman, D. S., Christianson, T. J.H., Pankratz, V.S., Ivnik, R.J., & Rocca, W.A. (2010). Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. *Archives of Neurology*, 67(1), 80–86. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.297>
22. Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145.
23. González, B., & Muñoz, E. (2013). Estimulación Cognitiva por Ordenador. Recuperado de <https://es.slideshare.net/Vilarodriguez/p09-80548-00297>
24. González Palau, F. (2013). Eficacia de un programa de entrenamiento físico y cognitivo basado en nuevas tecnologías en población mayor saludable y con signos de deterioro cognitivo leve: Long Lasting Memories (Tesis doctoral). Recuperado de <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/121167>
25. Guilford, J.P. (1967). FAS Word Fluency (o Controlled Oral Word Association-COWA). Madrid: TEA.
26. Günther, V.K., Schäfer, P., Holzner, B.J., & Kemmler, G.W. (2003). Long-term improvements in cognitive performance through computer-assisted cognitive training: a pilot study in a residential home for older people. *Aging & Mental Health*, 7(3), 200–206. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101175>
27. Mahncke, H. W., Connor, B. B., Appelman, J., Ahsanuddin, O. N., Hardy, J. L., Wood, R.A., Merzenich, M.M. (2006). Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity-based training program: a randomized, controlled study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(33), 12523–12528. <https://doi.org/10.1073/pnas.0605194103>
28. Mayordomo, T., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología*, 31(1), 310–316. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.163621>
29. Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., & Orrell, M. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto. *Aging & Mental Health*, 15(3), 283–290. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543665>
30. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
31. Ortega, A. R., Ramírez, E., & Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores.



Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva en envejecimiento utilizando TIC: Estudio de caso

- European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5(1), 23–33. <https://doi.org/10.1989/ejhpe.v1i1.87>
32. Pérez, M.C., Barahona, N., Fernández, L.M., & Urchaga, J.D. (2017). Memory training in older people with type 2 diabetes mellitus. *Psychology, Society & Education*, 9(3), 381–391. <http://dx.doi.org/10.25115/psye.v9i3.860>
 33. Rozzini, L., Costardi, D., Chilovi, B. V., Franzoni, S., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2007). Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 356–360. <https://doi.org/10.1002/gps.1681>
 34. Sunderland A., Harris, J.E., & Gleave, J. (1984). Memory failures in everyday life following severe head injury. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6(2), 127–142. <https://doi.org/10.1080/01688638408401204>
 35. Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44 Suppl 1, 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.055>
 36. Torres, A. (2011). Cognitive effects of video games on older people. *International Journal on Disability and Human Development*, 10, 55–58.
 37. Tucker, A.M., & Stern, Y. (2011). Cognitive reserve in aging. *Current Alzheimer Research*, 8(4), 354–360.
 38. Urchaga, J.D. (2015). El tamaño del efecto individual como alternativa a la significación estadística: Tratamiento estadístico a los resultados de un programa de mejora de memoria y calidad de vida en personas mayores con diabetes mellitus Tipo 2 (Tesis de maestría). Salamanca: Universidad de Salamanca.
 39. Vidovich, M. R., Lautenschlager, N. T., Flicker, L., Clare, L., & Almeida, O. P. (2009). The PACE Study: A randomised clinical trial of cognitive activity (CA) for older adults with mild cognitive impairment (MCI). *Trials*, 10, 114. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-10-114>
 40. Wilson, B., Cockburn, J., Baddeley, A., & Hiorns, R. (1989). The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(6), 855–870.
 41. Winocur, G., Craik, F. I. M., Levine, B., Robertson, I. H., Binns, M. A., Alexander, M., & Stuss, D. T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: overview and future directions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), 166–171. <https://doi.org/10.1017/S1355617707070191>
 42. Wöbbeking, M., Cabaco, A.S., Urchaga, J.D., Sitges, E., & Bonete, B. (2017). Reserva Cognitiva: Un análisis bibliométrico desde su implantación hasta la actualidad. *Revista de Psicología de la Salud*, 5(1), 86–113.
 43. Zamarron, M. D., Tarraga, L., & Fernández-Ballesteros, R. (2008). Cognitive plasticity in Alzheimer's disease patients receiving cognitive stimulation programs. *Psicothema*, 20(3), 432–437.



Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores

Eneritz Jiménez-Etxebarria¹, Elena Bernaras Iturrioz²,
Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor³

Resumen

Objetivo: En esta investigación se ha considerado el interés de estudiar las características de las personas mayores en relación a la inteligencia emocional y el envejecimiento activo.

Método: Para el análisis se ha contado con una muestra de 74 personas (56 mujeres y 18 hombres) participantes en asociaciones de personas jubiladas, con edades comprendidas entre los 65 y 90 años. Para la evaluación se han empleado los instrumentos Treat Meta-Mood Scale (TMMS-24) en su versión en castellano, el cuestionario breve de calidad de vida (Cubrecavi) y una escala para medir la frecuencia de uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Escala uso de las TIC).

Resultados: Se ha corroborado que las personas mayores perciben poseer habilidad para comprender sus emociones y se ven competentes para regular su respuesta emocional. Así también, manifiestan realizar conductas propias de un envejecimiento activo para su bienestar. Por último, se justifica que muchos de los comportamientos de envejecimiento activo van ligados a una mayor inteligencia emocional percibida (IEP).

Conclusiones: Estos resultados ponen de relieve el enfoque positivo de la vejez y la capacidad de crecimiento a lo largo de la vida. Así también, aportan una visión de los factores personales que intervienen a la hora de adaptarse a la vejez, y de aquellos aspectos que pueden ser abordados desde la psicología y la educación con la finalidad de favorecer el funcionamiento óptimo de la persona en el proceso de envejecimiento.

Palabras clave: vejez, inteligencia emocional, envejecimiento activo, calidad de vida.

Abstract

Objective: This research considers the interest of studying seniors' characteristics regarding the emotional intelligence and active ageing.

Method: 74 people (56 women and 18 men) took part in this analysis, who were between 65 and 90 years old; all of them were members of different retirees' associations. The assessment instruments were the Spanish version of the Treat Meta-Mood Scale (TMMS-24), the Cubrecavi questionnaire (Cubrecavi, cuestionario breve de calidad de vida) and the scale to measure the use of information and

communication technology (escala Uso de las TIC).

Results: It has been corroborated that elderly people perceive they have the ability to understand their own emotions and see themselves as able to regulate their emotional response. Moreover, they declare that they practise active ageing for their welfare. Finally, it has been demonstrated that many of the active aging domains are connected to a greater perception of emotional intelligence (PEI).

Conclusions: These results highlight the positive paradigm of ageing and the development through life. As well as they provide the personal factors

ISSUE N°1
JUNIO
2019

Recibido:
16/04/2019

Aceptado:
10/05/2019

(1) Docente en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad del País Vasco UPV/EHU.

(2) Dra. En Psicología. Docente en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad del País Vasco UPV/EHU

(3) Dra. En Psicología. Docente en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad del País Vasco UPV/EHU



Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores

involved in adapting to old age and the aspects to be considered by psychology and education with the purpose of favouring the optimal development of the person in the ageing process.

Keywords: elderly, emotional intelligence, active ageing, quality of live.

Introducción

La capacidad de adaptación es un factor determinante para el bienestar de la persona a lo largo de la vida. Cada ciclo vital conlleva cambios, y uno de los retos actuales para la sociedad es favorecer en las personas mayores habilidades que les ayuden a vivir de forma satisfactoria la vejez. En este estudio se ha considerado la relevancia que supone para la adecuación a esta etapa vital el desarrollo de la inteligencia emocional (IE) y la manifestación de un envejecimiento activo (EA).

En primer lugar, la competencia emocional supone saber adecuarse a las situaciones de forma satisfactoria y, por tanto, un modo inteligente de actuar. Salovey y Mayer (1990, p. 189) definen este constructo como “la habilidad para discernir las propias emociones y las de las demás personas, y saber usar esta información para guiar el pensamiento y el comportamiento de manera adecuada”. “Aquellas personas que desarrollen en mayor medida esta capacidad, podrían mostrar así un funcionamiento social adecuado” (Salovey y Mayer, 1990, p.193).

La gestión adecuada de las emociones en la etapa de la vejez se caracteriza por la manifestación de estrategias de carácter emocional que pueden facilitar la adecuación a los cambios vitales (Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006). Se ha evidenciado que las personas mayores llevan a cabo la regulación emocional a través de la facilitación de la experiencia emocional positiva (Cartensen, Isaacowitz y Charles, 1999). Así como, que los cambios a nivel cognitivo y de control ejecutivo que se dan en la vejez, lleva a las personas a emplear como estrategia principal de regulación el aprovechamiento de la experiencia desarrollada a lo largo de la vida (Labouvie-Vief, Grünh y Studer, 2010). Por tanto, en esta etapa vital se manifiesta un aprendizaje adquirido a través del desarrollo evolutivo y experiencial que promueve la vivencia de emociones agradables para favorecer el bienestar.

En segundo lugar, se ha desarrollado la concepción del envejecimiento activo como la forma deseable de envejecer. Este paradigma, pone el énfasis en las condiciones de bienestar que pueden acompañar a esta etapa de la vida, y centra la atención en las habilidades

que posee la persona para continuar evolucionando con independencia de la edad.

La OMS (2002, p. 79) definió el EA como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Esta concepción, enfatiza la heterogeneidad existente en el proceso de envejecimiento, y reconoce la influencia de factores personales y contextuales en el mismo. Así mismo, se apoya en la teoría de la plasticidad cerebral para reconocer el potencial de aprendizaje a lo largo de la vida; así como, el valor humano, social y económico que supone, para el conjunto de la sociedad, incidir en los factores que favorezcan la calidad de vida (González-Rábago, Martín, Bacigalupe y Murillo, 2015; OMS, 2002).

Para el estudio del EA se han considerado dimensiones como la salud, el funcionamiento cognitivo, la capacidad funcional, la red social, la participación social y la satisfacción con la vida. A nivel europeo se ha desarrollado el Índice de Envejecimiento Activo (AAI), para medir el EA a través de la situación de empleo, participación social y vida independiente que muestra la población mayor, así como, la capacidad personal y del entorno para envejecer de forma saludable (engloba la esperanza de vida, la esperanza de vida con buena salud y el nivel educativo) (González- Rábago et al., 2015; Zaidi et al., 2017).

Los estudios en torno a la inteligencia emocional, el envejecimiento activo y la calidad de vida parecen haber demostrado que la IE se desarrolla con la edad y la experiencia (Extremera et al., 2006). Por ejemplo, se ha constatado que las personas mayores perciben menos experiencias emocionales negativas y mayor control de las emociones que grupos de menor edad (Cartensen y Mikels, 2005; Gross, Carstensen, Tsai, Göttesta y Hsu, 1997; Márquez-González, 2008). La frecuencia de la experiencia emocional positiva no disminuye con la edad, y si lo hace, en cambio, el afecto negativo. Según la teoría de la Selectividad socio-emocional la persona mayor dirige su atención a los vínculos con personas cercanas de su entorno que facilitan la vivencia de emociones positivas (Cartensen y Mikels, 2005). Diversos estudios afirman que la persona de más edad posee mayor habilidad para comprender las causas de sus emociones y las de las demás personas (Luque-Reca, 2015). Por otro lado, en un estudio (Latorre et al., 2013) en el que se pedía a participantes de 18 a 85 años reconocer emociones a través de la presentación de caras con afecto neutro, positivo o negativo, se apreció que la edad no era



Jiménez-Etxebarria, Bernaras Iturrioz, Jaureguizar Alboniga-Mayor

determinante en la habilidad para identificar la emoción manifestada en las imágenes. Por tanto, se observa preservada una acción tan importante para la comunicación interpersonal como es la percepción de emociones en las demás personas. En la misma línea, Mather y Cartensens (2005) constataron los efectos de la atención y la memoria en beneficio de la regulación emocional; una mayor atención a la presentación de estímulos positivos y una descripción de sucesos pasados con mayor carga positiva. También en este caso, la perspectiva de la Selectividad socio-emocional podría explicar tal diferencia y la marcada tendencia de las personas de más edad a acentuar las emociones positivas.

En investigaciones en torno a la IE y la emocionabilidad negativa en otros grupos de edad, se descubrieron correlaciones negativas entre ambas dimensiones. Así, Salguero e Iruarrizaga (2006) encontraron que las personas con rasgos de ansiedad, ira y tristeza/depresión, mostraban baja habilidad en la claridad (comprensión de las emociones) y reparación emocional (habilidad para interrumpir las emociones negativas y prolongar las positivas), y una tendencia a atender constantemente a sus sentimientos.

En relación a las habilidades emocionales mostradas por las mujeres y hombres, se han recabado algunas características en función del sexo; si bien, la concordancia entre los resultados encontrados en la revisión bibliográfica depende, en gran medida, de los instrumentos de evaluación empleados (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006). En una investigación en la que se recogió la inteligencia emocional percibida (IEP) por diferentes etnias de Estados Unidos y México, se dedujeron mayores índices de atención a las emociones por parte de las mujeres, pero menores índices de claridad en las distintas culturas; en cambio, en reparación no se hallaron diferencias significativas en función del sexo (Martines, Fernández-Berrocal y Extremera 2006). En otros estudios las mujeres han obtenido mayores puntuaciones en IE; por ejemplo, en una amplia muestra de estudiantes de 16 a 58 años, se hallaron unos resultados mayores de IE en las mujeres en la escala total y en muchas de las dimensiones medidas con la prueba de habilidad MSCEIT (Extremera, Fernandez-Berrocal y Salovey, 2006). En definitiva, en los resultados comparados entre pruebas de autoinforme y medidas de ejecución se ha recogido que las mujeres obtienen mayor puntuación de IE cuando se emplean instrumentos de habilidad para la medición (es decir, cuando se les pide que pongan en práctica sus capacidades) que cuando se les pregunta

por la creencia de su competencia emocional a través de las valoraciones de IEP. Al contrario ocurre en los hombres, quienes se inclinan a sobrevalorar sus habilidades en los cuestionarios de auto-informe (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006).

También, se ha considerado la relevancia de atender a la identidad de género como factor influyente en la manifestación de habilidades emocionales (Gartzia, Aritzeta, Balluerka y Barberá, 2012; Sánchez, Fernández-Berrocal, Montañés y Latorre, 2008). La educación de una cultura estereotipada favorece en las mujeres la asunción de patrones de expresividad emocional (empatía, atención a las necesidades ajenas, orientación interpersonal) y en los hombres estrategias de regulación de las emociones negativas como el miedo, explicadas por la interiorización de la conducta asertiva y orientada a la tarea. En una revisión se relacionaba el patrón expresivo, asumido mayoritariamente por la mujer, con el buen rendimiento mostrado en las pruebas de reconocimiento de emociones faciales (Sánchez et al., 2008). Desde esta perspectiva, se ha encontrado que las personas que asumen roles no estereotipados presentan índices superiores en las dimensiones de atención, claridad y reparación de la IEP (Gartzia et al., 2012). De ahí, que sea recomendable considerar este factor en las diferencias analizadas en función del sexo. Por otro lado, esta consideración también refuerza el valor que posee la educación en el desarrollo de la IE, tal y como muestran, por ejemplo, estudios donde se comprueba la influencia del grado de expresividad emocional hallada en el contexto familiar en el posterior aprendizaje de habilidades emocionales (Sánchez et al., 2008).

En cuanto al valor que poseen las emociones para responder a las demandas del entorno, diversas investigaciones recogen la relación entre la competencia emocional de una persona y las conductas saludables mostradas por la misma. En un estudio desarrollado por Sygit-Kovalkoska, Sygit y Sygit (2015), los datos revelaron la relación positiva entre la IE (habilidades de comprensión y regulación de las emociones) y los hábitos sanos adquiridos (alimentación, ejercicio, etc.) y el interés por el autocuidado. De Figueiredo, Fernández-Berrocal, Extremera y Queirós (2006), en un estudio preliminar, encontraron que las personas mayores que participaron en un programa de ejercicio físico continuado tuvieron unos índices de inteligencia emocional percibida superior a la muestra control no participante. También contrastaron que empleaban en mayor grado estrategias de distracción ante la depresión quienes obtuvieron un índice alto en

Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores

actividad física (realización de actividades domésticas, práctica deportiva y participación en el ocio). A su vez, en una muestra residencial, se investigó la relación de las de la IE con las dimensiones de la calidad de vida (Luque-Reca, 2015). Los resultados concluyeron que la facilitación emocional, la comprensión de las emociones y su regulación se relacionan con muchas de las dimensiones de la calidad de vida de una persona. Un ejemplo explicativo es que una persona aumenta su contacto con otras personas y refuerza la red de apoyos sociales cuando cuenta con habilidades emocionales que le capacitan para relacionarse de manera adecuada con otras personas, como muestran las personas con facilidad para comprender el mundo emocional (Martínez, Piqueras e Inglés, 2014). Por tanto, se concluye que la competencia emocional, con independencia de los rasgos de personalidad, además de predecir variables de salud, también se relaciona con otros componentes de la calidad de vida como son el funcionamiento social y la satisfacción con la vida (Luque-Reca, 2015). Incluso, se ha podido predecir la visión de una persona sobre su calidad de vida mediante la evaluación del grado de habilidades en comprensión y regulación emocional (Cabello, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Extremera, 2006). Otro aspecto importante es relevancia de la IE en la valoración de la propia autoestima, ya que las personas con una habilidad adecuada para atender y expresar sus emociones, junto con la capacidad para mantener un ánimo positivo, informaban de un mayor índice de estima personal (Cabello et al., 2006).

Por consiguiente, los aspectos estudiados han sentado las bases sobre el desarrollo emocional de las personas mayores y del proceso adaptativo a la vejez.

Con este marco, en esta investigación se plantean tres objetivos: 1) Explorar el nivel de inteligencia emocional percibido (IEP) de las personas mayores en función del sexo y la edad; 2) Analizar el grado de envejecimiento activo (EA) de las personas mayores en función del sexo y la edad; y 3) Estudiar las relaciones entre la IEP, el EA y la calidad de vida (CV). Se proponen cinco hipótesis: 1) Se espera encontrar diferencias significativas en las dimensiones de IEP para mujeres y hombres; 2) Se espera que las personas mayores muestren habilidades de regulación emocional y que esta competencia se aprecie también en las personas de mayor edad; 3) Se espera que las personas que acuden a los centros de mayores muestren hábitos saludables de EA, si bien, no se espera un hábito extendido de uso de las tecnologías, específicamente en las personas de más edad; 4) Se espera encontrar diferencias en los hábitos

de EA entre mujeres y hombres; 5) Se espera encontrar una correlación positiva entre las dimensiones de la IEP, el EA y la CV.

Método

Participantes

Han participado un total de 74 personas con un rango de edad de 65 a los 90 años ($M = 75$; $DT = 5.59$). La mayoría de ellas mujeres, con una proporción de 74.7% ($n = 56$) frente a 24.3 % ($n = 18$) de hombres. De estas 74 personas han cursado estudios primarios completos o superiores el 89.4% ($n = 67$) de la muestra. En el caso de las mujeres el 57.1% posee estudios primarios y el 34.1% posee niveles superiores de estudios; en el caso de los hombres el 31.6% tiene estudios primarios y el 52.7% formación más avanzada. Respecto al nivel de ingresos, la moda en ambos sexos está en el intervalo de 901 a 1.200 euros, pero su distribución difiere entre ambos sexos, ya que el 32.2% de las mujeres superan este intervalo, mientras que en los hombres lo supera el 62.3%. En cuanto al estado civil, el 53.6% ($n = 30$) de las mujeres está casada, el 37.5% ($n = 21$) viuda, el 5.4% ($n = 3$) separada y el 3.6% ($n = 2$) soltera. De los varones el 94.4% ($n = 17$) está casado, el 5.6% ($n = 1$) viudo, y no se encuentran separados, ni solteros en la muestra.

Instrumentos de evaluación

El Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) es una escala de auto-informe que evalúa la IEP. Para este estudio se ha empleado la versión reducida de 24 ítems y adaptada al castellano del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Está compuesta por tres dimensiones: Atención a los sentimientos, el grado de atención que se dirige hacia los sentimientos y emociones (p.ej., “A menudo dedico tiempo a pensar en mis emociones”); Claridad emocional, el modo en que las personas consideran percibir sus emociones (p.ej., “Normalmente conozco mis sentimientos hacia las personas”) y Reparación de las emociones, la capacidad que percibe la persona para minimizar la influencia de los estados emocionales desagradables y favorecer los positivos (p.ej., “Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal”). Para responder se seleccionan valores que van del 1= totalmente en desacuerdo, hasta el 5= totalmente de acuerdo, sobre una escala Likert. Cada factor está

Jiménez-Etxebarria, Bernaras Iturrioz, Jaureguizar Alboniga-Mayor

compuesto por 8 ítems que muestran una adecuada consistencia interna: Atención ($\alpha = .90$); Claridad ($\alpha = .90$) y Reparación ($\alpha = .86$).

Para medir el EA se ha empleado un cuestionario estandarizado Cuestionario Breve de Calidad de Vida (Cubrecavi; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007) que mide componentes de la CV y salud de las personas mayores. Lo componen 21 subescalas (102 ítems) agrupadas en 9 dimensiones: Salud (Subjetiva, Objetiva y Psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios sociales y Sanitarios. La consistencia interna varía de $\alpha = .70$ a $\alpha = .93$.

Para la medición de los componentes del EA que son objeto de interés en el estudio, se han empleado los parámetros Salud objetiva, Salud psíquica, Integración social (Satisfacción con la convivencia, Frecuencia de las relaciones sociales y Satisfacción con las relaciones sociales); Habilidades funcionales (Autonomía funcional y AVD); y, por último, Actividad y ocio (Nivel de actividad, Frecuencia de las actividades, Satisfacción con las actividades). Además, también se han empleado del mismo instrumento las subescalas Salud subjetiva, Educación, Ingresos y Satisfacción con la vida, para la medición de la CV. Para su cumplimentación se escoge el grado de satisfacción o la frecuencia sobre las cuestiones consultadas en base a una escala tipo Likert con 2, 4 o 5 opciones de respuesta.

También se ha utilizado la escala Uso de las TIC de la herramienta de medición Índice personal de envejecimiento activo (Marsillas, 2016) para cuantificar la frecuencia de uso de las nuevas tecnologías. La escala uso de las TIC está compuesta por tres ítems que miden la frecuencia de uso del móvil, el ordenador e internet (p.ej., “¿Con qué frecuencia ha utilizado un ordenador en los últimos tres meses?”). Las respuestas se dividen en cinco categorías de acuerdo a una escala Likert (1: nunca, 2: esporádicamente, 3: al menos una vez al mes, 4: al menos una vez a la semana y 5: todos o casi todos los días). El instrumento muestra adecuada consistencia interna ($\alpha = .80$).

Procedimiento

Este estudio de tipo transversal se ha realizado con personas mayores de 65 años que acuden a centros de jubiladas y jubilados de Bilbao (Bizkaia, España). Concretamente, se ha contactado con dos asociaciones de carácter privado. La pasación de cuestionarios se ha realizado en los centros, y realizado por una psicóloga

(la propia investigadora) de forma tanto individual como grupal, y el tiempo medio necesario ha sido de 35 minutos aproximadamente. Se ha respetado el derecho a la información y a la voluntariedad de las personas, y garantizado la confidencialidad de acuerdo a la normativa ética vigente. Los datos recogidos han sido analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 24.

Resultados

Nivel de IEP de las personas mayores en función del sexo y edad

Se ha realizado el recuento de los datos mediante el cálculo de la distribución de frecuencias (ver Tabla 1). Se obtienen puntuaciones adecuadas en las tres dimensiones de la IEP al encontrarse entre el rango adecuado o excelente el 67.6% y 85.1% de la muestra. Sin embargo, parece reseñable la frecuencia en que las personas no prestan la debida atención a sus emociones, ya sea por defecto (23%) o por exceso (8.1%).

(Ver Anexo)

A continuación, se realiza un análisis de las pruebas paramétricas a realizar. Se calcula y acepta el cumplimiento de los supuestos de normalidad y de homogeneidad de varianzas, y se realiza una *t* de Student para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en la media de IEP entre mujeres y hombres. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables entre mujeres y hombres: para Atención $t(71) = .79$, $p = .43$; para Claridad $t(72) = 1.08$, $p = .28$; para Reparación $t(72) = -.64$, $p = .53$. En las pruebas *t* de Student en función de la edad (de 65 a 75 y de 76 a 90), tampoco se encuentran diferencias significativas: para Atención $t(71) = .40$, $p = .69$; para Claridad $t(72) = .25$, $p = .81$; para Reparación $t(72) = .32$, $p = .75$.

Grado de EA (Salud objetiva, Salud psíquica, Integración social, Autonomía funcional, AVD, Actividad física, Frecuencia actividad, Satisfacción con la actividad, Uso de las TIC) de las personas mayores en función del sexo y la edad

Por un lado, se procede a calcular la distribución de frecuencias para conocer la periodicidad de los comportamientos activos. Se resuelve que para las actividades no sedentarias llevadas a cabo con frecuencia, afirma ocuparse de los recados y gestiones un 82.7% ($n = 62$) y de caminar un 77.3% ($n = 58$). Ocasionalmente, viaja y visita a familiares y amistades un 54.7% ($n = 41$), juega a recreativos



Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores

con otras personas un 44% ($n = 33$) y se ocupan del cuidado de niñas y niños un 36% ($n = 27$). En cuanto a la Autonomía funcional atribuida por los diferentes grupos de edad, encontramos que en el grupo de 65 a 75 años el 65.5% ($n = 25$) valora su grado de capacidad como muy buena, pero que esta proporción de óptima autonomía funcional disminuye a un 32,4% ($n = 11$) en el grupo de más edad. Además, la valoración más baja que recogemos en ambos grupos de edad es de regular autonomía, en un porcentaje menor al 15% para ambos grupos.

Por otro lado, se comprueba el supuesto de normalidad y se observa que no se cumple, por lo que se procede a calcular la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en: la Salud objetiva, $U = 267.50$, $p = .003$; la frecuencia de Uso del ordenador, $U = 261.50$, $p < .001$ y Uso de internet, $U = 306.00$, $p = .002$; siendo los varones los que mayor puntuación obtienen. En las pruebas U de Mann-Whitney para la edad, también encontramos diferencias estadísticamente significativas, para la Autonomía funcional, $U = 465.50$, $p = .027$ y Uso de internet, $U = 495.50$, $p = .011$; es el grupo de menor edad quien alcanza puntuaciones más altas.

Para describir la frecuencia de Uso de las TIC en función del sexo, se procede a analizar la distribución de frecuencias. En las mujeres observamos que un 8.9% ($n = 5$) afirma usar diariamente el ordenador, frente al 85.7% ($n = 48$) que dice no haberlo usado nunca en los últimos tres meses; sin embargo, la mayor parte de los hombres se reparten casi por igual en ambos extremos: a diario un 44.4% ($n = 8$) y nunca un 38.9% ($n = 7$). En el caso de internet, las mujeres que lo usan a diario suponen el 10.7% ($n = 6$) y quienes no lo usan nunca el 80.4% ($n = 45$); en los varones, en cambio, se mantiene la polarización con un 44.4% ($n = 8$) para ambos comportamientos. En cuanto a la edad, es el grupo de menor edad quien muestra un mayor uso de ordenador e internet, con una proporción de uso diario del ordenador del 25% ($n = 10$) frente a un 8.8% ($n = 3$) de uso en el grupo de más edad.

Relación entre la IEP, el EA y la CV (Salud subjetiva, Satisfacción con la vida, Educación e Ingresos)

A través de los coeficientes de correlación de Pearson se resuelven relaciones significativas en los siguientes casos: a) La variable Atención emocional correlaciona negativamente con la Salud objetiva ($r = .26$); b) La Claridad emocional correlaciona de forma positiva con la Integración social ($r = .26$), con Autonomía funcional

($r = .26$), así como, con la Actividad física ($r = .28$). c) Por último, la Reparación emocional correlaciona positivamente con las Autonomía funcional ($r = .29$), con la Actividad física ($r = .24$) y con la Satisfacción en las actividades ($r = .25$).

En el caso de la correlación entre la IEP y la CV, se observa que la habilidad en Reparación emocional correlaciona de forma positiva con la Salud subjetiva ($r = .43$), Satisfacción con la vida ($r = .30$) e Ingresos ($r = .23$). Finalmente, en cuanto a la Satisfacción que la persona dice sentir con su vida, se obtiene la correlación positiva con la Integración social ($r = .25$), Autonomía funcional ($r = .24$) y Satisfacción con la actividad ($r = .29$).

Para calcular la correlación entre la IEP y las dimensiones del uso de las TIC, por tratarse de variables ordinales, se ha procedido a calcular la Rho de Spearman, pero no se encuentran correlaciones estadísticamente significativas.

Discusión

A lo largo del estudio se ha justificado la importancia del desarrollo de la IE para la vida de la persona. De ahí el interés por profundizar en cómo se desenvuelven las personas mayores con su mundo emocional, y la relación entre dicha competencia y la manifestación del EA. En este apartado se realiza una revisión de los resultados obtenidos y se proponen explicaciones que justifican la relación de estos resultados con la revisión bibliográfica descrita.

El primer objetivo del estudio era explorar el nivel de IEP en función del sexo y la edad. En este estudio mujeres y hombres han mostrado puntuaciones similares en todas las dimensiones de la IEP; por lo que no se cumple la Hipótesis 1 basada en: 1) la evidencia hallada en estudios previos en los que las mujeres puntuaron en mayor grado en la valoración sobre la atención mostrada hacia sus sentimientos y emociones (Gartzia et al., 2012; Martines et al., 2006) y los hombres obtenían mayores índices las habilidades de claridad y reparación medidas con pruebas de auto-informe (Schulz y Heckhausen, 1996) o 2) la superioridad de las mujeres en la IE hallada en distintos estudios, fundamentalmente cuando se han empleado para su medición pruebas de habilidad (Extremera et al., 2006). Los resultados pueden deberse al hecho de que en los estudios con herramientas de auto-informe como el TMMS no siempre se han encontrado diferencias

Jiménez-Etxebarria, Bernaras Iturrioz, Jaureguizar Alboniga-Mayor

significativas en función del sexo. Otro dato interesante es el aportado por Fernández- Berrocal et al. (2012) sobre la importancia de controlar la edad a la hora de estudiar las diferencias entre mujeres y hombres, dado que en estudios en los que se controló esta variable, desaparecieron en parte o, incluso, totalmente las diferencias entre sexos.

Es este estudio, dado que no se han encontrado diferencias significativas en función de la edad para la IEP, se acepta la hipótesis 2, según la cual también las personas de mayor edad muestran estrategias adecuadas de regulación emocional (Cartensen, 1999; Schulz y Heckhausen, 1996).

En definitiva, según estos datos, se puede hacer una descripción del colectivo de las personas mayores como conocedoras de las causas que originan sus sentimientos y emociones, y capaces de manejar las emociones tanto agradables como desagradables en favor de su bienestar. Estas habilidades se han relacionado con la capacidad para generar pensamientos positivos y recuperarse de vivencias negativas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). También es cierto, que se ha detectado una carencia bastante extendida en la habilidad para prestar adecuada atención a las emociones. Se desconocen los factores que pueden haber incidido en tal resultado, pero se reconoce el valor desadaptativo de dicha conducta a través de la evidencia de la relación encontrada entre la atención dirigida a las emociones propias y la salud psíquica o general; parece haber una asociación entre un exceso de atención y los patrones de pensamiento rumiativo, y la escasa atención y los comportamientos evitativos; ambas prácticas pueden llevar a procesos de estrés o depresión, más aún, cuando no se poseen habilidades para comprender las emociones (Martínez et al., 2014). Acorde a dicha asociación, en este estudio encontramos una correlación negativa entre la frecuencia de atención a las emociones y el estado de salud.

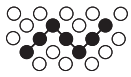
El segundo objetivo del estudio era analizar el grado de EA en función del sexo y la edad. Se recoge un alto índice de comportamientos activos, dado que la mayoría participa regularmente en diferentes actividades de ejercicio físico, entretenimiento, responsabilidad y aprendizaje, por lo que se cumple la Hipótesis 3. También, en un estudio donde se recogió el índice de envejecimiento activo en Bizkaia (González-Rábago et al., 2015), se obtuvo una representación de personas mayores con alto grado de participación en voluntariado (20.8% en mujeres y 19% en hombres), frecuente cuidado de niñas y niños (mujeres 38% y hombres 36.7%), actividad física diaria (mujeres 50.8%

y hombres 58.8%, participación en actividades de formación (mujeres 19.8% y hombres 13.5%), contacto frecuente con amistades y familia (67%); valores que representan un índice superior a la media Europea. La práctica extendida de EA en el momento actual puede deberse en gran medida al creciente interés en impulsar proyectos para favorecer el bienestar de este colectivo, tal y como se plantea en el Plan estratégico de personas mayores de Bizkaia (Diputación Foral de Bizkaia, 2013).

En cuanto al uso de ordenadores, en este estudio se ha observado poco uso de ordenadores e internet, viéndose disminuida la frecuencia a medida que aumenta la edad. Los resultados del uso de internet diario son similares a los datos que recogidos por González-Rábago et al. (2015) para los hombres (53.9%), pero inferiores a los recogidos en las mujeres (39.5%). Sin embargo, habría que tener en consideración que en la consulta participaron mujeres desde los 55 años, y parece demostrado que a menor edad existe un mayor conocimiento de las tecnologías de la información.

Por otro lado, en los hábitos en función del sexo, Fernández-Ballesteros y Zamarrón (2007), en la validación del cuestionario Cubrecavi, recogían en los varones un mayor índice de participación en actividades y ocio, así como, una valoración de su salud y satisfacción con la vida más favorable. En la misma dirección apuntan los resultados en dichas dimensiones en este estudio, si bien las diferencias solo resultan significativas para el uso del ordenador o internet; motivo por el que la Hipótesis 4 se cumple solo parcialmente. En el origen de la diferencia hallada en el uso de ordenador en función del sexo, puede estar la influencia dispar del nivel educativo y de renta entre ambos sexos. En investigaciones previas se ha aludido a la correlación positiva encontrada entre el acceso a la tecnología de la información y de la comunicación y el grado formativo y la capacidad económica mostrada (Vidal et al., 2017).

En cuanto al último objetivo, estudiar la correlación entre la IEP, el EA y la CV, se ha encontrado una correlación significativamente positiva para muchas de las subdimensiones. En primer lugar, se aprecia que aquellas personas que dicen mantener un contacto diario con otras personas muestran una habilidad mayor para comprender sus emociones. Este resultado coincide con la evidencia hallada en un estudio con población de mayores institucionalizada (Luque-Reca, 2015), de tal modo que, ese conocimiento personal parece facilitar la relación con las otras personas; en definitiva, el logro de la integración social. En segundo



Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores

lugar, hallamos que la competencia en regulación emocional se ha asociado a una mejor valoración de la salud; dicho resultado se ha encontrado en revisiones previas interesadas en explicar la relación de la IE y aspectos de la CV (Luque-Reca, 2015) y también la asociación de la reparación con altos índices de Satisfacción con la vida. Así lo demuestran Cabello et al. (2010) al encontrar lo importante que resulta para la satisfacción con la vida, el percibirse competente para comprender las emociones y regularlas. A su vez, Extremera et al. (2006) encontraron una correlación negativa entre la salud psíquica y la excesiva atención a las emociones en un estudio con población universitaria. De estos resultados se podrían deducir los efectos perjudiciales de prolongar en el tiempo e intensidad el afecto negativo, o, dicho de otro modo, el valor adaptativo que poseen los estilos de afrontamiento positivo (Zamarrón, 2007). En tercer lugar, la actividad física parece ser una práctica habitual en las personas con mayores índices de IE; así lo hemos hallado al igual que se recogía en una investigación, realizada con personas con edades comprendidas entre 65 y 90 años, donde postulaban que la actividad física podía ejercer de factor protector y distractor de las emociones negativas (De Figueiredo et al., 2006). Por tanto, podemos confirmar la Hipótesis 5, según la cual se esperaba encontrar una correlación positiva entre las dimensiones de la IEP, el EA y la CV; o, dicho de otro modo, que las habilidades de la IEP son aspectos a considerar en el bienestar de la persona, y que se manifiestan junto con otras conductas adaptativas como pueden ser las propias del EA.

Así pues, la evidencia de que IE, EA y CV se relacionan en muchas de las dimensiones, nos puede aportar una visión de los factores personales que intervienen a la hora de adaptarse a la vejez, y de aquellos aspectos que pueden ser abordados desde la psicología y la educación para favorecer el funcionamiento óptimo de la persona. Un buen ejemplo de ello es la necesidad de incidir en los procesos atencionales hacia las emociones, dado que según Salovey y Mayer (1990) supone el primer paso para llevar a cabo una elaboración adecuada de los sentimientos y emociones, y, en suma, posibilitar el intercambio saludable con el entorno.

En la elaboración de este estudio cabe mencionar que la muestra empleada para la representación del conjunto de grupos en función del sexo y la edad debería ser más amplia para poder llevar a cabo la generalización de los resultados. También, se ha detectado la necesidad de avanzar en investigaciones que consideren los mismos parámetros de EA en su evaluación en el ámbito de la

psicogerontología. Por último, se considera el interés de estudiar si la IE puede predecir el EA para futuras líneas de investigación.

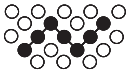
Referencias

1. Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 780–795.
2. Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2–3), 155–166.
3. Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165–181.
4. Carstensen, L. L. y Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current directions in psychological science*, 14(3), 117–121.
5. De Figueiredo, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Queirós, S. (2006). Actividad física en la tercera edad: análisis de sus relaciones con la inteligencia emocional percibida y los estilos de respuesta a la depresión. *Ansiedad y estrés*, 12(2–3), 293–303.
6. Diputación Foral de Bizkaia. (2013). Plan Estratégico de las personas mayores de Bizkaia. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.
7. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés*, 11(12–3), 101–122.
8. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2–3), 191–205.
9. Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42–48.
10. Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (2007). Cubrecavi. Cuestionario breve de calidad de vida. España: TEA.
11. Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R. y Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: The mediating effect of age. *Psicología Conductual*, 20(1), 77–89.
12. Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y estrés*, 12(2–3), 139–156.
13. Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
14. Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N. y Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de psicología*, 28(2), 567–575.
15. González-Rábago, Y., Martín, U., Bacigalupe, A. y Murillo, S. (2015). Envejecimiento activo en Bizkaia: situación comparada en el contexto europeo. *Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, 59, 145–159.
16. Gross, J., Carstensen, L., Tsai, J., Götesta, C. y Hsu, A. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and aging*, 12(4), 590–599.



Jiménez-Etxebarria, Bernaras Iturrioz, Jaureguizar Alboniga-Mayor

17. Labouvie-Vief, G., Grünh, D. y Studer, J. (2010). Dynamic integration of emotion and cognition: Equilibrium regulation in development and aging. En R. M. Lerner, M. E. Lamb, y A. M. Freund (Eds.), *The Handbook of Life-Span Development, Social and Emotional Development* (79–115). Hoboken: Wiley.
18. Latorre, J. M., Navarro, B., Serrano, J. P., Ros, L., Aguilar, M. J., Nieto, M. y Ricarte, J. J. (2013). El reconocimiento de emociones en caras como indicador de depresión subclínica en jóvenes y ancianos: un estudio preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 19(2–3), 211–222
19. Luque-Reca, O. (2015). El papel de la inteligencia emocional sobre la calidad de vida en mayores institucionalizados. (Tesis doctoral). Universidad de Jaén: España. Recuperado de <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/771/1/9788416819744.pdf>
20. Márquez-González, M. (2008). Emociones y envejecimiento. *Informes Portal Mayores. Lecciones de Gerontología*, XVI, 84, 3–16. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>
21. Martínez, D., Fernández-Berrocá, P. y Extremera, N. (2006). Ethnic group differences in perceived emotional intelligence within the united states and mexico. *Ansiedad y estrés*, 12(2–3), 317–327.
22. Martínez, A., Piqueras, J.A. e Inglés, C. (2014). Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>
23. Marsillas, S. (2016). Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela: España. <http://hdl.handle.net/10347/14997>
24. Mather, M. y Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in cognitive sciences*, 9(10), 496–502.
25. OMS. (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Geriatría Gerontología*, 37(2), 74–105.
26. Salguero, J.M. e Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: Ansiedad, Ira y Tristeza/Depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2–3), 207–221.
27. Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185–211.
28. Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (125–154). Washington: American Psychological Association.
29. Sánchez, M.T., Fernández-Berrocá, P., Montañés, J. y Latorre J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15), 455–474.
30. Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American psychologist*, 51(7), 702–714.
31. Sygit-Kowalkowska, E., Sygit, K. y Sygit, M. (2015). Emotional intelligence vs. health behaviour in selected groups in late adulthood. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22 (2). 338–343.
32. Vidal, M.J., Labeaga, J.M., Casado, P., Madrigal, A., López, J., Montero, A. y Meil, G. (2017). Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: IMSERSO
33. Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R. y Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 138–157.
34. Zamarrón, M. D. (2007). Envejecimiento activo. Infocop Online, 34. Madrid: COP. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1540



Inteligencia emocional y envejecimiento activo en las personas mayores

Anexo

Tabla1. *Distribución de frecuencias IEP en tres categorías*

Categorías	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
ATENCIÓN	Poca	17	23.0
	Adecuada	50	67.6
	Demasiada	6	8.1
CLARIDAD	Poca	11	14.9
	Adecuada	52	70.3
	Demasiada	11	14.9
REPARACIÓN	Poca	13	17.6
	Adecuada	49	66.2
	Demasiada	12	16.2

Jiménez-Etxebarria, Bernaras Iturrioz, Jaureguizar Alboniga-Mayor

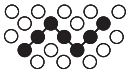
correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 2. *Correlaciones entre IE, EA (excepto uso de las TIC) y CV*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. IE_atención	-														
2. IE_claridad	.44**	-													
3. IE_reparación	.21	.48**	-												
4. Salud_objetiva	-.26*	.11	.02	-											
5. Salud_psiquica	-.13	.03	.16	.53**	-										
6. Integración_social	.04	.26*	-.02	.11	.06	-									
7. Autonomía_funcional	.10	.26*	.29*	.38**	.38**	.08	-								
8. AVD	-.18	-.05	.10	.29*	.07	.04	.20	-							
9. Actividad_física	.19	.28*	.24*	.00	.21	.02	.36**	.06	-						
10. Frecuencia_actividad	.07	.16	.11	.01	.02	.16	.32**	.01	.40**	-					
11. Satisfacción_actividad	.19	.06	.25*	.03	-.12	.09	.15	-.07	-.13	.03	-				
12. Salud_subjetiva	.01	.14	.43**	.44**	.32**	.03	.34**	.20	.11	.14	.40**	-			
13. Satisfacción_con_la_vida	.17	.19	.30*	.14	.21	.25*	.24*	.17	.10	.21	.29*	.42**	-		
14. Educación	.01	.11	.04	.24*	.29*	.11	.34**	.03	.14	.07	.08	.45**	.30**	-	
15. Ingresos	.13	.06	.23*	.16	.04	-.02	.14	.05	.00	.06	.12	.30*	.25*	.26*	-

** . La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).



La actividad cotidiana significativa para personas con demencia

Cristina Buiza Bueno¹, Pura Díaz-Veiga²

Resumen

La importancia de que las personas con demencia realicen actividad es un hecho no discutido. Sin embargo, y unido al desarrollo de la Atención Centrada en la Persona, cada vez se evidencia la mayor importancia de que la actividad que se realice sea una actividad con significado, individualizada y basada en la historia de vida, gustos y preferencias de cada persona. Este artículo ofrece una revisión sobre el tema, y una reflexión sobre la necesidad de poner énfasis en la realización de este tipo de actividades y en evidenciar sus efectos sobre las personas con demencia.

Palabras clave: Actividad Significativa, Actividad Cotidiana, Atención Centrada en la Persona, demencia.

Abstract

The importance that people with dementia stay active is a non-argued fact. Nevertheless, and together with the development of Person Centered Care models of attention, there is a growing evidence of the relevance that has for people with dementia to be involved in meaningful activities, based on their own life, needs and preferences. The present paper presents a review of the topic, and a reflection on the need of emphasize on making this kind of activities and demonstrate its effects on people with dementia.

Keywords: Meaningful activity, Everyday activity, Person Centered Care, dementia.

Parte de la naturaleza humana la constituye la búsqueda de actividad con sentido, que pueda dar estructura a la vida y significado a las personas, que permita tener experiencias placenteras y que promueva el bienestar y la salud. (Harmer y Orrell, 2008)

Introducción

¿Qué es una “Actividad Cotidiana Significativa”?

La Real Academia Española define el término “actividad” como “conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad”, y el término “significativo” como “que tiene importancia por representar o significar algo”.

Aunque el término “actividad significativa” se usa de manera muy común en la literatura sobre demencia, no hay una definición de consenso

ISSUE N°1
JUNIO
2019

Recibido:
13/05/2019

Aceptado:
24/05/2019

(1) Dra. en Psicología. Matia Fundazioa-Matia Instituto, Camino de los Pinos, 35. 20018-Donostia. Tel: 943 22 46 43. Email: cristina.buiza@matiafun

(2) Psicóloga, Matia Instituto, Camino de los Pinos, 35. 20018-Donostia. Tel: 943 22 46 43. Email: pura.diaz-veiga@matiafundazioa.eus

La actividad cotidiana significativa para personas con demencia

ni una medida de qué hace que una actividad sea “significativa”. Sin embargo hay evidencia que indica que existen 3 factores importantes que hacen que una actividad sea significativa: la participación activa, el contenido de la actividad relacionado con los intereses y roles pasados de los participantes, y las actividades que cubran necesidades psicológicas básicas de identidad y pertenencia (Genoe y Depuis, 2012; Harmer y Orrell, 2008; Phinney, Chaudhury, y O’Connor, 2007). Al contrario que con las actividades dirigidas a un objetivo, éstas son de naturaleza afectiva y experiencial, y capturan la necesidad humana básica de realización a través de la elección, el control y la pertenencia (Mansbach, Mace, Clark, y Firth, 2017).

Wilcock (2003) refiere que la significatividad de algunas actividades está infravalorada por culpa de su naturaleza cotidiana, y sugiere que el deseo de implicarse en actividad es un mecanismo psicológico intrínseco que guía y lleva a las personas a satisfacer necesidades básicas y a desarrollar su potencial. En este mismo sentido, Smit, Willemse, de Lange y Pot, (2014) señalan que la “ocupación” se ha descrito por distintos autores como “la implicación en la vida de una manera personalmente significativa” (Kitwood, 1997) y “que nosotros aprovechamos para nuestra posesión personal, y que implica nuestro tiempo, atención y entorno” (Perrin, May y Anderson, 2008). La ocupación va más allá de las actividades de ocio, y puede implicar el trabajo, el tiempo libre y el juego, pero también el levantarse, comer y beber, recibir cuidados físicos, estimulación sexual, interés en objetos, ayudar a otros, conversación, etc. (Elliot, 2011).

En lo que hace referencia a personas con demencia existen pocos estudios que demuestren empíricamente cómo pueden considerarse las actividades significativas.

Marshall y Hutchinson (2001) conceptualizan “actividad significativa” como “el espectro de ocupaciones que una persona hace en su vida cotidiana y que son percibidas como significantes para la persona”. En este mismo sentido, Marshall y Hutchinson (2001) señalan que para el bienestar psicológico de las personas con demencia, el participar en actividades puede ser más importante que el entorno general físico y social.

Harmer y Orrell (2008) investigaron, preguntando a una muestra de personas con demencia, qué hace a una actividad que sea significativa, y hallaron que los factores principales parecen basarse en valores y creencias relacionadas con sus roles, intereses y rutinas pasadas. Las actividades que se refieren a las necesidades psicológicas también son más significativas. El disfrute

parece ser una medida de qué hace a una actividad significativa para una persona con demencia, y otros factores podrían ser el refuerzo del sentido de identidad y de pertenencia. Otras características de qué hace a una actividad significativa que eran nombradas por las personas con demencia, son el ser capaz de contribuir a algo, y el tener la actividad adaptada a sus capacidades para que puedan implicarse en ella.

En esta contribución se desarrollarán estas cuestiones haciendo especial referencia a su relevancia en relación con las personas con demencia.

Actividades significativas para las personas con demencia.

Cuando se enfrentan a las pérdidas cognitivas, las personas con demencia pueden buscar la actividad como medio de mantener ese sentido de identidad a través de lo habitual, de las rutinas cotidianas. Pero a la vez, las capacidades cambian con la demencia y cada vez es más difícil implicarse en las actividades, e incluso cada vez el entorno limita más las oportunidades de hacerlo (instituciones, proteccionismo). No obstante, la memoria procedimental aún funciona y aunque la persona con demencia no recuerde que ha hecho algo, sabe cómo hacerlo. Quizá con las rutinas cotidianas parte del placer viene del hecho de que no se necesita pensar en cómo hacer las cosas, sino sólo hacerlas (gracias a la memoria procedimental). Las actividades cotidianas hacen que la tarea deje de ser un trabajo duro y pueda convertirse en un dejarse llevar, con mucho menos esfuerzo y demandas. El hecho de que las actividades son más importantes para las personas cuando son intrínsecamente significativas en el contexto de la experiencia pasada y la vida cotidiana sugiere que, lo que resulta importante es la oportunidad de estar implicado en el tipo de actividades que las personas disfrutaban antes de la demencia. Por lo tanto la historia de vida se convierte en una herramienta imprescindible para apoyar la planificación de cuidados. Por otra parte, esto demuestra lo importante que es crear un entorno social y físico que permita y promueva que la actividad ocurra de una manera espontánea y flexible, que ofrezca claves naturales para facilitar las actividades familiares y que dé respuesta a las demandas fluctuantes de la vida cotidiana (Phinney et al., 2007).

Como habitualmente sucede, son pocos los estudios que incluyen la opinión de las propias personas



Buiza Bueno, Díaz-Veiga

con demencia cuando se investiga sobre aspectos relacionados con ellos. No obstante, un estudio de Phinney et al. (2007) intenta identificar lo que constituye actividad significativa desde la perspectiva de la persona con demencia. Este estudio muestra cómo las personas con demencia encuentran sus vidas significativas a través de “hacer”. Se realizaron entrevistas abiertas a ocho personas con demencia leve y moderada y también a sus familiares. Se investigaba qué tipo de actividades identifican las personas con demencia como importantes en sus vidas cotidianas. Se encuentra como resultado, que las personas estaban implicadas principalmente en cuatro tipos de actividades:

- 1.- Ocio y tiempo libre: estas actividades fueron mencionadas por todas las personas. En las aficiones mencionadas (labores, piano, colecciones, pasatiempos, caminar) las personas con demencia no sentían tener declive, mientras que sus familiares sí que lo referían. Algunas personas también habían comenzado nuevas aficiones.
- 2.- Tareas domésticas: resultaban extremadamente importantes para las personas con demencia en sus vidas cotidianas. Al ser preguntados cómo pasan el día, las personas con demencia indican hacer la cama, preparar la comida, fregar, planchar, limpiar, etc. Refieren que a veces no es fácil y que necesitan ayuda de otros, o a veces se ayudan de notas que las familias les dejan para recordarles las tareas. Ninguno nombró el querer dejar de hacer este tipo de tareas, sino que, por el contrario, enfatizaban lo importante que resulta hacerlas.
- 3.- Implicación social: eran importantes para la mayoría de las personas con demencia, aunque no siempre tanto como sus familiares suponían. Algunas personas con demencia seguían con sus actividades sociales, pero expresaban cierto malestar con ellas ya que les cuesta seguir lo que dicen los demás y les crea cierto temor a decir algo equivocado. Sin embargo, todos encontraban significativas sus interacciones con sus familias, y con otras personas con demencia con las que se relacionan en los grupos o en el centro de día.
- 4.- Actividades relacionadas con el trabajo: no suelen ser de las que más hablan ni las que más implicados les hacían sentir.

En resumen, parece que para las personas con demencia sigue siendo muy relevante el seguir con sus actividades de ocio, e incluso comenzar algunas nuevas, y el poder realizar sus tareas domésticas, aunque necesiten algo de ayuda. La implicación social también

es importante pero les genera mayor malestar, ya que les resulta más dificultosa debido a sus capacidades actuales, y sin embargo, en contra de lo que muchas veces presuponemos, las actividades relacionadas con su trabajo no son lo más significativo.

Harmer y Orrell (2008) realizan otro estudio cuyo objetivo es explorar el concepto de actividad significativa para personas con demencia en entornos residenciales desde las perspectivas de los profesionales, las familias y las propias personas con demencia. Para ello, realizaron grupos de discusión con personas con demencia, de los que emergieron cuatro actividades principales que parecían ser importantes para la mayoría de los participantes. Además, aparecieron dos temas: “falta de actividad significativa” y “qué hace a una actividad ser significativa”. Respecto a las cuatro actividades que resultaban importantes, aparecieron:

- 1.- Actividades de reminiscencia: incluye hablar de actividades, experiencias e intereses pasados relacionados con cada persona.
- 2.- Actividades familiares y sociales: las personas con demencia expresaron que para ellos era importante el contacto con sus familiares y amigos, e incluso hablar sobre ellos.
- 3.- Actividades musicales: escuchar música, cantar y bailar.
- 4.- Actividades individuales: leer, ver la tele, ir a pasear, cuidado del aspecto personal, pasatiempos, labores, cocina y poder pasar tiempo solo.

En relación con los entornos residenciales, muchas personas con demencia refieren que los días son monótonos, con poco que hacer, con interacciones de poca calidad y que se sienten restringidos por el entorno. Los profesionales informan de falta de habilidades para identificar y ofrecer actividades en las que las personas con demencia se puedan implicar de manera adecuada. Los familiares también indican la ausencia de actividades para las personas con demencia (Harmer y Orrell, 2008). Por último, familiares y profesionales achacan esta situación a la falta de personal.

Sin embargo, y pese a las dificultades para realizar actividades significativas con personas con demencia, diferentes estudios han asociado la calidad de vida de personas en residencias con:

-Estar conectado con otros y con actividades significativas (Zimmerman et al., 2005; Conney, Murphy y O’Shea, 2009).



La actividad cotidiana significativa para personas con demencia

-Estar implicado en varias aficiones o intereses (Drageset et al., 2009).

-Participar en actividades de cuidado de la casa como cocinar o hacer la colada (Funaki, Kaneko y Okamura, 2005).

-Tener acceso a un jardín (Raske, 2010).

En este mismo sentido, los residentes con demencia consideran la ocupación como muy importante para su calidad de vida (Train, Nurock, Manela, Kitchen y Livingston, 2005; Dröes et al., 2006).

Beneficios para las personas con demencia de implicarse en actividades significativas.

Se piensa que las personas con demencia se benefician de implicarse en actividades que sean personalmente significativas, pero existe muy poca investigación que lo pruebe (Marshall y Hutchinson, 2001).

En el estudio de Phinney et al. (2007) comentado anteriormente, que intenta identificar lo que constituye actividad significativa desde la perspectiva de la persona con demencia, se analizó además, qué significa para las personas con demencia el estar implicados en actividades significativas. Aparecen tres temas en los análisis:

1.- Disfrute y placer: la razón más obvia que refieren las personas para hacer actividades es que les reportan diversión y placer.

2.- Conexión y pertenencia: las personas con demencia también quieren sentir que son parte del mundo que les rodea. Estar activo es importante porque significa que eres parte de una comunidad, el sentimiento de pertenencia.

3.- Autonomía e identidad: para muchos, un significado importante de la actividad se refleja en cómo les permite mantener la sensación de autonomía. Para una de las personas con demencia entrevistadas “ser humano es ser capaz de hacer las actividades normales, las que son necesarias para vivir: cocinar, limpiar, pagar las facturas, estar con amigos, esas cosas...”. Participar en actividades ayuda a conservar los roles y la identidad.

Los resultados, además, no difieren de lo que significan las actividades para las personas sin demencia. La investigación apoya que las preferencias de las personas por las actividades no cambian por el hecho de tener una demencia. Al contrario, la actividad da un sentido de continuidad a las personas con demencia

permitiéndoles sentir que lo fundamental de sus vidas no cambia mientras puedan seguir haciendo las cosas que les importan. Pero no es sólo que no cambie su modo de vida, sino el sentido de lo que hacen.

La pregunta que queda sin responder es cómo apoyar y promover esta forma de implicación en actividades.

La implicación en actividades se sabe que genera sentimientos de realización y de sentido de la vida (Westerhof, Bohlmeijer, van Beljouw y Pot, 2010), que ayuda a expresarse, a realizar objetivos personales y a ser reconocidos por otros (Steverink, Lindenberg y Ormel, 1998). Específicamente hablando de demencia, se asume que la ocupación es importante para sentirse útil, para mantener la autoestima, los sentimientos de pertenencia, el sentido de la estética y el mantenimiento de las capacidades (Brod, Stewart, Sands y Walton, 1999). Se han realizado distintos estudios con entrevistas en profundidad con personas con demencia, tanto en residencias como en domicilios, que confirman estas teorías (Cahill y Diaz-Ponce, 2011; Clare, Rowlands, Bruce, Surr y Downs, 2008; Gerritsen et al., 2007; Orrell et al, 2008; Phinney et al., 2007).

La implicación en actividades de las personas con demencia que viven en residencias es cada vez un indicador más reconocido de calidad de vida. A veces se asume también que una falta de implicación en actividades puede causar un exceso de discapacidad, lo que significará mayor pérdida de habilidades y capacidades funcionales de la que puede ser explicada por la demencia por sí sola (Wells y Dawson, 2000).

Influencia del ambiente en la realización de actividad significativa.

Las personas con demencia, especialmente aquellas con demencia más avanzada, son muy dependientes de su ambiente para ser implicados en actividades ya que a menudo han perdido la capacidad para iniciar una ocupación por ellos mismos (Cook, Fay y Rockwood, 2008), por ello, es especialmente importante que las personas que les cuidan les ofrezcan tales oportunidades (Mansbach et al, 2017). Desde esta perspectiva, tanto el entorno físico como el entorno social se pueden convertir en promotores y generadores de actividad.

Sin embargo, ocupar a las personas con demencia en actividades resulta una tarea muy dificultosa. Aunque existen claras limitaciones como la falta de recursos y



Buiza Bueno, Díaz-Veiga

de personal, muchos estudios sugieren otras razones (Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist y Sandman, 2013; O'Sullivan, 2011; Innes y Surr, 2014):

-La estimulación a la actividad de personas con demencia en residencias es más compleja de lo que parece, especialmente en personas con demencias más avanzadas.

-El personal muchas veces no conoce completamente los beneficios de que las personas con demencia se impliquen en actividades cotidianas.

-El implicar a las personas con demencia en actividades cotidianas muchas veces parece de menor importancia que el cuidado físico básico, la limpieza del entorno o el confort.

En un estudio exploratorio sobre el tiempo que los residentes están implicados en distintas actividades dependiendo del grado de evolución de su demencia, Harmer y Orrell (2008), utilizando datos sobre implicación en actividades, calidad de vida y estatus cognitivo de 1144 personas con demencia institucionalizadas en Holanda, encuentran que los residentes pasan la mayor parte del tiempo implicados en: caminar por el exterior, leer, juegos, actividades religiosas y compras. Para el estudio se eliminaron las categorías "Ver TV o escuchar radio" "Música o cantar" y "Hablar o llamar por teléfono", ya que en muchos casos se refiere a que hay música o TV de fondo, o que alguien habla pero no se está implicado en la conversación. Sin embargo, la mayor parte de los residentes puntuaban como que pasaban en estas categorías eliminadas prácticamente todo el tiempo que estaban despiertos. Aunque existe una gran variabilidad inter-individual, la media de tiempo implicado en actividades en 3 días era de unas 2,5 horas (rango: 0-1125 minutos). Parece que el estadio de demencia influye en esta variable, ya que, en general, los resultados muestran que un tercio de los residentes están implicados menos de 1h en los tres días, otro tercio está implicado entre 1 y 3 horas, y el otro tercio está implicado más de 3 horas en los tres días. Además cuanto más grave es la demencia, menos tiempo pasan implicados en actividades.

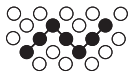
La Atención Centrada en la Persona (ACP) enfatiza lo propio, lo cotidiano y lo significativo para cada persona como características primordiales de las intervenciones y de la calidad de la atención" (Martinez, 2011). Desde esta perspectiva, ofrece un marco para la implantación de modificaciones tanto en los profesionales como en los contextos para el desarrollo de actividades significativas de la vida cotidiana.

En este sentido, y analizando el impacto del modelo de atención en la participación de los residentes en actividades cotidianas, Edvardsson et al., (2013) realizan un estudio de la prevalencia de participación en actividades cotidianas de residentes en Suecia, para ver si aquellos que participan más en ese tipo de actividades viven en unidades con ACP y si tienen mayor calidad de vida. Los resultados muestran que sólo un 18% de los residentes participan en actividades cotidianas como hacer el café, poner la mesa, regar las plantas, etc. y que sólo una ligera mayoría de los residentes (62%) había salido a pasear al aire libre durante la última semana. Aquellos residentes que participaron más, estaban en unidades ACP, y tenían además mejor calidad de vida, evaluada con la escala Qualid (Weiner et al, 2000).

Sin embargo, en el ámbito residencial, existen rutinas y procesos que ocurren a diario y que pueden ser usados para ayudar a desarrollar relaciones y actividades centradas en la persona y así mantener conexiones con las vidas personales de cada residente (Edvardsson, et al., 2013). Estas tareas pueden ser usadas para implicar a las personas con demencia en actividades cotidianas, y como formas de compartir espacios y momentos, de manera que facilite un clima hogareño y aumente el bienestar de las personas con demencia (Edvardsson, Sandman y Rasmussen, 2011). Hay que ser muy conscientes de que tales tareas cotidianas pueden ser una de las pocas posibilidades que tienen los residentes de participar en actividades que les sean familiares, actividades que todavía pueden realizar y que pueden mejorar su calidad de vida (Edvardsson et al, 2013).

Conclusiones

Parece evidente que el realizar actividades cotidianas significativas es algo que resulta importante para todos los humanos, y no sólo para aquellos con demencia. Sin embargo, para estos últimos resulta en muchas ocasiones difícil acceder a poder realizar este tipo de actividades, bien sea por la progresiva limitación de sus capacidades, o bien por las limitaciones que les imponen los entornos en los que se encuentran, que en muchas ocasiones, o bien no ofrecen la posibilidad de realizar actividades significativas, o bien restringen esta opción a las personas con demencia por distintas razones.



La actividad cotidiana significativa para personas con demencia

Es importante continuar investigando sobre los efectos que tiene la implicación de las personas con demencia en entornos y actividades cotidianas significativas, ya que los escasos estudios realizados muestran que los beneficios que se obtienen afectan tanto a las personas que realizan la actividad como a su entorno más cercano.

Por otra parte, las evidencias disponibles muestran que el personal que trabaja con personas con demencia resulta un factor clave. Sin embargo, en muchas ocasiones estos profesionales se encuentran con dificultades a la hora de desarrollar actividades para y con estas personas, por lo que se necesita un mayor desarrollo en herramientas y materiales que apoyen y faciliten esta tarea.

Referencias

1. Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L., y Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-35.
2. Cahill, S., y Diaz-Ponce, A.M. (2011). I hate having nobody here. I'd like to know where they all are: Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment? *Aging and Mental Health*, 15(5), 562-72.
3. Clare, L., Rowlands, J., Bruce, E., Surr, C., y Downs, M. (2008). The experience of living with dementia in residential care: An interpretative phenomenological analysis. *The Gerontologist*, 48(6), 711-20.
4. Cook, C., Fay, S., y Rockwood, K. (2008). Decreased initiation of usual activities in people with mild-to-moderate Alzheimer's disease: A descriptive analysis from the VISTA clinical trial. *International Psychogeriatrics*, 20, 952-63.
5. Cooney, A., Murphy, K., y O'Shea, E., (2009). Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1029-38.
6. Drageset, J., Natvig, G.K., Eide, G.E., Bondevik, M., Nortvedt, M.W., y Nygaard, H.A. (2009). Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 455-66.
7. Droes, R.M., Boelens-Van Der Knoop, E.C.C., Bos, J., Meihuizen, L., Ettema, T.P., Gerritsen, D.L., Hoogeveen, F., De Lange, J. y Schölzel-Dorebos, C.J.M. (2006). Quality of life in dementia in perspective. An exploratory study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. *Dementia*, 5, 533-58.
8. Edvardsson, D., Sandman, P.O., y Rasmussen, B.H. (2011). Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1136-44.
9. Edvardsson, D., Petersson, L., Sjorgen, K., Lindkvist, M., y Sandman, P.O. (2013). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: Associations with person-centeredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 17, 1-8.
10. Elliot, G.M. (2011). *Montessori methods for dementia: focusing on the person and the prepared environment*. Hamilton, Ontario, Canadá: McMaster University.
11. Funaki, Y., Kaneko, F., y Okamura, H. (2005). Study on factors associated with changes in quality of life of demented elderly persons in group homes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 12, 4-9.
12. Genoe, M.R., y Dupuis, S.L. (2012). The role of leisure within the dementia context. *Dementia*, 13, 33-58.
13. Gerritsen, D., Ettema, T.P., Boelens, E., Bos, J., Hoogeveen, F., de Lange, J., Meihuizen, L., Schölzel-Dorebos, C.J.M., y Dröes, R.M. (2007). Quality of life in dementia: Do professional caregivers focus on the significant domains? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(3), 176-83.
14. Harmer, B.J., y Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and Mental Health*, 12(5), 548-58.
15. Innes, A., y Surr, C. (2001). Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: The use of dementia care mapping. *Aging and Mental Health*, 5, 258-68.
16. Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered, the person comes first*. Buckingham: Open University Press.



Buiza Bueno, Díaz-Veiga

17. Mansbach, W.E., Mace, R.A., Clark, K.M., y Firth, I.M. (2017). Meaningful activity for long term care residents with dementia: a comparison of activities and raters. *The Gerontologist*, 57(3), 461–68.
18. Marshall, M.J., y Hutchinson, S. (2001). A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 35, 488–96.
19. Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.
20. Orrell, M., Hancock, G.A., Galboda Liyanage, K.C., Woods, B., Challis, D., y Hoe, J. (2008). The needs of people with dementia in care homes: The perspectives of users, staff and family caregivers. *International Psychogeriatrics*, 20, 941–51.
21. O'Sullivan, G. (2011). Ethical and effective: approaches to residential care for people with dementia. *Dementia*, 12(1), 111–21.
22. Perrin, T., May, H., y Anderson, E. (2008). Wellbeing in dementia, an occupational approach for therapists and carers, 2nd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
23. Phinney, A., Chaudhury, H., y O'Connor, D.L. (2007). Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia. *Aging and Mental Health*, 11(4), 384–93.
24. Raske, M. (2010). Nursing home quality of life: study of enabling garden. *Journal of the Gerontological Society Work*, 53(4), 336–51.
25. Smit, D., Willemsse, B., de Lange, J., y Pot, A.M. (2014). Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 69–80.
26. Steverink, N., Linderberg, S., y Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: Patterned change in resources and goals. *Ageing Society*, 18, 441–67.
27. Train, G.H., Nurock, S.A., Manela, M., Kitchen, G., y Livingston, G.A. (2005). A qualitative study of the experiences of long-term care for residents with dementia, their relatives and staff. *Aging and Mental Health*, 9, 119–28.
28. Weiner, M.F., Martin-Cook, K., Svetlik, D.A., Saine, K., Foster, B. y Fontaine, C.S. (2000). The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 1(13), 114–16.
29. Wells, D.L., y Dawson, P. (2000). Description of retained abilities in older persons with dementia. *Research in Nursing and Health*, 23, 158–66.
30. Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., van Beljouw, I.M.J., y Pot, A.M. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 50, 541–49.
31. Wilcock, A. (2003). Occupational science: The study of humans as occupational beings. En P. Kramer, J. Hinojosa, y C.B. Royen (Eds.), *Perspectives in human occupation, participation in life*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
32. Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., ; Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *The Gerontologist*, 45, 133–46.