

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

Nº — Vol

2 11

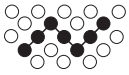
- 5 **Brenda Gabriela Gallegos Ramirez**
Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud
- 17 **Gustavo Juan Pérez Zabatta**
Problemática de la violencia y el maltrato en la persona mayor: desde las Ciencias para la familia y las políticas públicas
- 22 **Augusto Pupilli**
Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque Gerontológico y estrategias de intervención terapéuticas
- 28 **Laura Andrea Dominguez Gallardo**
Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa
- 41 **Asociación Española de envejecimiento activo y saludable: Presentación, objetivos y metas**
- 45 **III Congreso Nacional sobre enfermedades neurodegenerativas**

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20
DICIEMBRE

24



“Evitando los problemas que necesitas enfrentar, evitas la vida que necesitas vivir.”

(Paulo Coelho, 1947)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

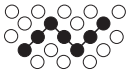
Comité Asesor Nacional

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

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 Brenda Gabriela Gallegos Ramirez

Envejecimiento saludable: un
viaje hacia la plenitud

- 17 Gustavo Juan Pérez Zabatta

Problemática de la violencia y el maltrato en la
persona mayor: desde las Ciencias para la familia
y las políticas públicas

- 22 Augusto Pupilli

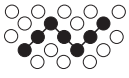
Elaboración del duelo en personas mayores: Un
enfoque Gerontológico de intervención
terapéutica

Laura Andrea Dominguez Gallardo

- 28 Prevalencia y factores asociados a depresión en
personas mayores que acuden a consulta externa

- 41 Asociación Española de envejecimiento activo y
saludable: presentación, objetivos y metas

- 45 III Congreso nacional sobre enfermedades
neurodegenerativas



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

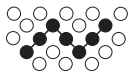
Un nuevo objetivo: Promover el envejecimiento activo

Continuamos celebrando el décimo aniversario del nacimiento de Neurama con un nuevo acontecimiento. Como proyecto hermano, hemos conformado un equipo profesional para encumbrar lo que es el primer recurso en el país sobre envejecimiento activo, la *Asociación Española de envejecimiento activo y saludable (AEEAS)* www.aeeas.org.

Una propuesta innovadora que parte como respuesta a la realidad del envejecimiento poblacional, del ascenso de las demencias, de la longevidad española y de las necesidades insatisfechas de nuestros mayores.

Una herramienta significativa con la que abordar el reto demográfico y el deterioro cognitivo, afrontar la soledad no deseada informada por las personas mayores. Actualmente, una guía al bienestar, la salud y la promoción de hábitos saludables o una determinante apuesta para confrontar el *tsunami gris* que llegará con todas sus consecuencias en las próximas décadas.

Un esfuerzo colectivo liderado por profesionales del sector de corte multidisciplinar, trabajando al unísono en la creación de proyectos e iniciativas innovadoras en torno a esta difícil realidad que nos aguarda. Del mismo modo, pretende poner voz y actividad a las personas mayores y modificar, la visión negativa, simplista, decadente, regresiva y declinada de la vejez, luchando desde el primer día contra las concepciones edadistas y los amplios prejuicios instaurados y perpetuados en nuestra sociedad.



Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

Brenda Gabriela Gallegos Ramirez ¹

Resumen

Los adultos mayores representan uno de los grupos sociales más vulnerables y menos atendidos por la comunidad. Varios factores contribuyen a la desvalorización del envejecimiento, entre ellos las creencias y mitos arraigados sobre la vejez, algunos de los cuales se remontan siglos atrás. A pesar de las percepciones negativas, han habido épocas y culturas que han valorado lo positivo de la vejez, asociándola con la experiencia y la sabiduría. Sin embargo, independientemente de estas perspectivas, la vejez, al igual que cualquier etapa de la vida, requiere cuidados particulares y específicas.

Este trabajo describe la intervención de los alumnos de octavo cuatrimestre de la Licenciatura en psicología de la Universidad del Valle de Atemajac, plantel Zamora – Jacona, quienes en colaboración con el CEDECO el Vergel de la ciudad de Zamora, organizaron las jornadas de psicogerontología.

Anteriormente, estas jornadas se llevaban a cabo en un solo día. Sin embargo, a pesar de los buenos resultados y la excelente participación de los adultos mayores, se decidió extenderlas a más sesiones con el fin de fomentar la empatía y dar continuidad al trabajo con los participantes. En esta ocasión, constaron cuatro sesiones previas de aproximadamente dos horas cada una, seguidas de una sesión final diseñada estratégicamente para retroalimentar, expandir y complementar los temas abordados previamente.

Palabras clave: Adulto mayor, psicogerontología, vejez, envejecimiento saludable, envejecimiento activo.

ISSUE N°2

DICIEMBRE

2024

Recibido:

27/05/2024

Aceptado:

16/07/2024

Abstract

Older adults represent one of the most vulnerable and least attended social groups in the community. Several factors contribute to the devaluation of aging, including deeply rooted beliefs and myths about old age, some of which date back centuries. Despite the negative perceptions, there have been times and cultures that have valued the positive aspects of aging,

associating it with experience and wisdom. However, regardless of these perspectives, old age, like any stage of life, requires particular and specific care.

This work describes the intervention of eighth-semester students from the Bachelor's Degree in Psychology at the Universidad del Valle de Atemajac, Zamora – Jacona campus, who, in collaboration with CEDECO El Vergel in the city of Zamora, organized the

(1) Licenciada en Psicología. Autora. Docente CES José Vasconcelos. Terapeuta en consultorio psicológico. Investigadora y docente en la academia de Psicología UNIVA. Docente de streaming en la Universidad Continental de Cusco.



Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

psychogerontology sessions. Previously, these sessions were held in a single day. However, despite the good results and the excellent participation of the older adults, it was decided to extend them to more sessions to foster empathy and give continuity to the work with the participants. On this occasion, the sessions consisted of four preliminary sessions of approximately two hours each, followed by a final session strategically designed to provide feedback, expand, and complement the topics previously addressed.

Keywords: Older adult, psychogerontology, old age, healthy aging, active aging.

“Saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir”
– Henri Frédéric Amiel –

Introducción

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida, una transición natural que nos lleva desde la juventud hasta la madurez, y eventualmente, hacia la vejez. Sin embargo, la forma en que enfrentamos este proceso puede marcar una gran diferencia en nuestro bienestar. El envejecimiento saludable no solo implica la prolongación de la vida, sino también la búsqueda de la plenitud física, mental y emocional durante todas las etapas de la adultez y en la vejez.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento no se ve únicamente como parte natural del ciclo vital, sino que a menudo se percibe como un factor negativo que debe retrasarse en la medida posible. Las personas recurren a diversas estrategias, desde el uso de productos antienvjecimiento hasta cirugías estéticas rejuvenecedoras con el fin de evitar o minimizar los signos de la vejez. Sin embargo, estas medidas solo afectan las marcas visibles del envejecimiento, mientras que las células y órganos del cuerpo continúan su ciclo natural de deterioro.

Según la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento es “el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte”

(2022). Por lo tanto, el envejecimiento se entiende como el proceso de desgaste natural que afecta el aspecto físico, biológico, psicológico y social de una persona.

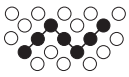
El envejecimiento varía de una persona a otra y depende de factores como la alimentación, el estilo de vida, la exposición a la contaminación y el entorno en el que se vive. A lo largo de la historia, diferentes épocas y culturas han interpretado la vejez de manera distinta. Por ejemplo, en la prehistoria, alcanzar la vejez era poco común debido a los riesgos para la subsistencia, mientras que en la antigua Grecia y durante el renacimiento, se valoraba la juventud y se menospreciaba la vejez.

Según las Naciones Unidas, la vejez es un periodo de la vida cuyo inicio es determinado por la sociedad. Existen diferentes opiniones sobre cuándo comienza esta fase, con algunas personas considerándola a partir de los 60 o 65 años, otros sugieren que inicia entre los 30 y 45 años, cuando comienzan los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento.

Existen diversas teorías que explican el envejecimiento, incluidas las teorías biológicas y psicológicas. Las teorías biológicas del envejecimiento ofrecen explicaciones sobre los procesos profundos que contribuyen al deterioro del organismo con el paso del tiempo. Entre estas teorías se encuentran la mutación genética, que postula que el envejecimiento es causado por la acumulación de mutaciones en el ADN celular, lo que puede desencadenar enfermedades relacionadas con la vejez como demencia, enfermedades cardíacas y diabetes. La mutación somática, por otro lado, sugiere que, con la edad, los errores en los mecanismos de síntesis de proteínas pueden provocar la producción de proteínas anormales, desencadenando una cascada de eventos que termina en la muerte celular.

Además, los radicales libres son apuntados como causantes del envejecimiento, ya que sus efectos perjudiciales en los tejidos pueden estar relacionados con factores ambientales. Finalmente, el acortamiento de los telómeros, estructuras protectoras en los extremos de los cromosomas, se postula como otro mecanismo del envejecimiento, ya que con el tiempo estos telómeros pueden perder longitud, lo que puede influir en el grado de envejecimiento del organismo.

Las teorías psicológicas del envejecimiento ofrecen valiosas perspectivas sobre cómo los aspectos mentales y emocionales influyen en el proceso de envejecimiento. La teoría de la selectividad emocional, propuesta por



Gallegos Ramirez

Carstensen, sugiere que los cambios en la red social de los adultos mayores son adaptativos y positivos. Estos cambios no se perciben como una pérdida, sino como una selección de contactos relacionados con los objetivos y metas de la edad. Por otro lado, la teoría del envejecimiento exitoso, enfatiza la importancia de la responsabilidad y la planificación para alcanzar el éxito en esta etapa de la vida, lo que incluye reducir la probabilidad de desarrollar enfermedades o discapacidades, mantener un alto nivel de funcionamiento cognitivo y fisiológico, y sostener la participación social.

Además, la teoría del bienestar mental señala que el envejecimiento exitoso va más allá de la mera ausencia de enfermedad, centrándose en aspectos positivos particulares del mismo. Asimismo, la teoría de la autodeterminación, postula que existe una motivación intrínseca para satisfacer las necesidades psicológicas como la autonomía, la competencia y la relación con otros, reconociendo la influencia del entorno sociocultural y los factores interpersonales.

Finalmente, el modelo de metas saludables sugiere que la felicidad y el bienestar psicológico están determinados por priorizar las metas, preocupaciones y proyectos de vida.

Estas teorías ofrecen un marco integral para comprender y abordar los aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento. Precizando las teorías anteriores, la vejez, al igual que cualquier etapa del ciclo vital conlleva, un proceso integral que abarca todas las áreas del ser humano, las cuales están interrelacionadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos pueden impactar en el estado de ánimo del individuo, y este a su vez puede influir en su desarrollo social. Es crucial entender la importancia de una intervención global para lograr una adaptación adecuada durante la transición entre etapas de la vida.

A lo largo del tiempo, han surgido diferentes disciplinas dedicadas al estudio de la vejez y el envejecimiento. Entre ellas se encuentran la geriatría, la gerontología y sus ramificaciones. La geriatría se define como “una rama de la medicina que atiende a las personas adultas mayores y su campo de aplicación es mediante el uso de una herramienta científicamente comprobada por sus buenos resultados en pacientes mayores: la Valoración Geriátrica Integral (VGI)” (López, 2016). Se considera una especialización médica dirigida a aquellos profesionales interesados en abordar los aspectos del declive biológico en la vejez.

Teorías biológicas del envejecimiento			
Teorías moleculares	Mutación genética	El envejecimiento es el resultado de la acumulación de mutaciones del ADN de las células lo cual recae en enfermedades relacionadas con la vejez (demencia, fallas cardíacas, diabetes, disfunción renal, etc)	Szilard 1959
	Mutación somática	Con la edad surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales que a su vez causarían errores secuenciales en la producción de más proteínas lo que terminaría en muerte celular.	Oregel 1963
	Radicales libres	El envejecimiento es la consecuencia de los efectos perjudiciales causados a tejidos por reacciones de radicales libres, estos pueden estar asociados con el medio ambiente.	Denham Harman 1956
Teorías celulares	Corte de telómeros	La longitud de los telómeros, llegada una determinada edad, pierden longitud, lo que puede determinar el grado de envejecimiento del organismo.	Manuel Serrano Linda Part

Tabla 1. Teorías biológicas del envejecimiento (Teorías sobre la vejez y el envejecimiento, 2020)

Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

Teorías psicológicas del envejecimiento			
Relaciones sociales en la vejez	Teoría de la selectividad emocional	Los cambios en la red social del adulto mayor son un cambio adaptativo y positivo. No es contemplada como una pérdida sino como una selección de conexiones relacionadas con los objetivos y metas de la edad.	Castersen 1993, 1995
Condiciones para el envejecimiento exitoso	Teoría del envejecimiento exitoso.	El éxito en esta etapa depende de la responsabilidad y planificación previa del sujeto. Lo que impactará en poder reducir la probabilidad de desarrollar enfermedades o discapacidades, mantener un alto nivel de funcionamiento cognoscitivo y fisiológico, además de sostener la participación social.	Rowe y Khan 1998
Bienestar mental	Teoría del bienestar mental	El envejecimiento exitoso debe ir más allá de solo la ausencia de enfermedad, es fundamental	Carol Ryff 1989 - 1998
		focalizarse en las particulares positivas del mismo.	
Satisfacción de necesidades psicológicas	Teoría de la autodeterminación	Existe una motivación intrínseca para satisfacer las necesidades psicológicas (autonomía, competencia y relación con otros), sin embargo, reconoce que existe una influencia del medio ambiente y factores interpersonales.	Deci y Ryan 2000 - 2002
Metas u objetivos personales	Modelo de metas saludables	La felicidad y el bienestar psicológico está determinado por priorizar las metas, preocupaciones y proyectos de vida.	

Tabla 2. Teorías psicológicas del envejecimiento (Teorías sobre la vejez y el envejecimiento, 2020)



Gallegos Ramirez

Por otro lado, la gerontología se define como “la ciencia que estudia el envejecimiento desde el punto de vista biológico, ambiental, social y las ciencias del comportamiento, a partir de la cual se desarrollan de modo más amplio otras distintas disciplinas.” (López, 2016). Esta disciplina se encarga de investigar y describir los cambios de comportamiento en la tercera edad.

Dentro del campo de la gerontología, encontramos la psicogerontología, definida por Pérez, Oropeza, López y Colunga como “estudio de la complejidad del fenómeno del envejecer, como un proceso durante todo el desarrollo humano, su foco de atención es el ser envejeciente, desde el momento mismo en que este ser existe como ser biopsicosocial, como sujeto deseante” (2014). Esta disciplina surge de la necesidad de comprender y abordar aspectos que la geriatría y gerontología tradicional no consideraban. La psicogerontología otorga mayor importancia al concepto de envejecimiento saludable, teniendo en cuenta no solo los aspectos biológicos y sociales, sino también los efectos emocionales y la complejidad del proceso de envejecer.

Para psicogerontología es el buen envejecer es fundamental para el envejecimiento saludable el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.”(2022). Esto va más allá de simplemente evitar enfermedades; implica cultivar un estado de bienestar integral que nos permita disfrutar de una vida plena y significativa a medida que envejecemos.

Uno de los pilares fundamentales del envejecimiento saludable es el cuidado del cuerpo. Mantener un estilo de vida activo y una alimentación balanceada son elementos clave en este aspecto. Como señala el Dr. Kenneth Cooper, pionero del concepto de aeróbicos, “La falta de actividad destruye el buen estado de cada ser humano, mientras que el movimiento y el ejercicio físico metódico lo conservan y lo mantienen”.

La importancia del ejercicio físico en el envejecimiento saludable es respaldada por numerosos es-

tudios. Por ejemplo, una investigación publicada en la revista “Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores” concluyó que la actividad física regular puede reducir los riesgos del envejecimiento y mejorar los estilos de vida en adultos mayores. Además, el fortalecimiento muscular y el mantenimiento de la flexibilidad, promoviendo así la autonomía y la independencia.

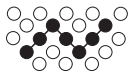
Sin embargo, el bienestar no se limita al cuerpo físico; también implica cuidar la salud mental y emocional. La Dra. Laura Carstensen, experta en psicología del envejecimiento, destaca la importancia de mantener relaciones sociales significativas a lo largo de la vida “las relaciones son fundamentales para nuestra salud mental y emocional, y esto no cambia a medida que envejecemos”. El apoyo social y emocional no solo brinda compañía y conexión, sino que también puede actuar como un amortiguador contra el estrés y la depresión.

Además de las relaciones sociales, el envejecimiento saludable implica el cultivo de una actitud positiva hacia la vida y la capacidad de adaptarse a los cambios. La investigadora en gerontología, Dr. Becca Levy, ha demostrado en sus estudios que las personas con actitudes positivas hacia el envejecimiento tienden a vivir más tiempo y a tener una mejor salud mental y física que aquellas con actitudes negativas.

En resumen, el envejecimiento saludable es un proceso multifacético que requiere cuidado y atención en todos los aspectos de la vida. Desde mantener el cuerpo en movimiento hasta cultivar relaciones significativas y adoptar una actitud positiva, cada paso que damos hacia el envejecimiento saludable nos acerca más a una vida plena y satisfactoria en todas las etapas de la vida.

Para profundizar en los fundamentos de la psicogerontología, se implementó un programa práctico para los estudiantes de psicología. Este programa permite a los estudiantes involucrarse activamente en su propio proceso de aprendizaje, interactuar en entornos sociales y reales para observar de cerca los procesos de envejecimiento. Esta experiencia no solo ha contribuido al desarrollo de habilidades profesionales, sino que también ha influenciado la percepción y concepción de la vejez y el envejecimiento.

Los alumnos fueron responsables de la planificación y ejecución de las actividades durante las jornadas de

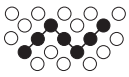


Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

psicogerontología. Las actividades se diseñaron inicialmente para ser realizadas entre los propios compañeros, lo que permitió realizar sugerencias y correcciones, en colaboración con la docente a cargo de la asignatura. Se programaron cuatro sesiones quincenales previas y una sesión final. A continuación, se detalla la organización de los encuentros.

1. Primera sesión: Fortalecimiento del autoconcepto y reintegración social.

	Descripción	Objetivo
Telaraña	Los participantes formarán un círculo (o 2, dependiendo del número de participantes). El primer participante tendrá la hilaza, dirá su nombre y su color favorito, luego lanzará la hilaza a otra persona en el círculo. Al finalizar, irán en reversa mencionando el nombre y color favorito del participante anterior.	Conocer y presentar a los miembros del grupo. Fomentar la atención y memoria. <u>Material:</u> Bola de hilaza. <u>Tiempo:</u> 15 minutos.
Teléfono roto	Se formarán dos filas de participantes volteando hacia el mismo lado. El participante al final de la fila recibirá una acción y deberá actuarla a su compañero de enfrente. Este proceso continuará hasta llegar al principio de la fila, donde se expresará el mensaje resultante.	Desarrollar el pensamiento creativo, la atención y la concentración. <u>Material:</u> No necesario. <u>Tiempo:</u> 15 minutos.
Dibujo colectivo	Los participantes se dividirán en 3 o más equipos. Se les entregará una cartulina y material para dibujar. Con la indicación de dibujar algunos lugares como un parque, una casa o una plaza, todos los miembros del equipo contribuirán al dibujo.	Propiciar la comunicación y creatividad. <u>Material:</u> Cartulinas, plumones, colores. <u>Tiempo:</u> 25 minutos.
Muro de recuerdos	A cada participante se le entregará un postick en el que describirá con tres palabras uno de los momentos más felices de su vida. Luego, pasarán uno por uno a pegar el postick en el muro y compartirán brevemente el porqué de esas palabras.	Crear un espacio de reflexión y autoanálisis para identificar recuerdos y sentimientos asociados a esos eventos. <u>Material:</u> Lápices. <u>Tiempo:</u> 20 minutos.



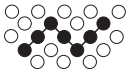
Gallegos Ramirez

En esta sesión inicial, el primer grupo de alumnos facilitó la presentación e identificación de los participantes, además de explicar el objetivo y la organización de las jornadas. La mayoría de los adultos mayores estuvieron atentos y receptivos a cada una de las actividades realizadas; los alumnos expresaron haber establecido un buen rapport con el grupo. Al finalizar, algunos adultos manifestaron la necesidad de atención psicosocial por parte

de la comunidad, ya que se consideran un grupo vulnerable y socialmente olvidado. Al concluir la sesión, los estudiantes expresaron su satisfacción y los aprendizajes obtenidos en este primer contacto, así como su compromiso hacia las jornadas y sus integrantes.

2.Segunda sesión: Envejecimiento saludable: Activación física y cognitiva.

	Descripción	Objetivo
Estoy orgulloso...	Los participantes mencionarán su nombre y alguna cualidad, acción o acontecimiento por el cual se sienten orgullosos el día de hoy.	Presentación de cada uno de los participantes y concientizar algunos éxitos o situaciones positivas. <u>Material:</u> No necesario. <u>Tiempo:</u> 15 minutos.
Carrera de globos	Sentados en círculo o en línea recta, los participantes pasarán un globo utilizando un listón y luego intentarán pasar el globo entre ellos solo con las piernas, evitando dejarlo caer. El equipo que lleve su globo al último participante gana.	Estimular la postura equilibradora, el esquema corporal, fortalecimiento de la fuerza de las piernas, y focalizar la atención. <u>Material:</u> Sillas, globos, listón. <u>Tiempo:</u> 20 minutos.
Pelotas y cucharas	Se coloca una cuchara en la boca y una pelota de unicel sobre ella. Los participantes pasan la pelota de persona a persona, evitando dejarla caer. El primer equipo que lleve la pelota de un extremo a otro gana.	Reforzar la motricidad, el equilibrio, favorecer la coordinación y orientación espacial, y fomentar el compañerismo. <u>Material:</u> Cucharas, pelotas de unicel. <u>Tiempo:</u> 25 minutos.
Baile en sillas	Los participantes sentados realizarán una coreografía guiada por el coordinador.	Mejorar la higiene postural, la coordinación, equilibrio y memoria. Fortalecer huesos, músculos, la flexibilidad y resistencia. <u>Material:</u> Sillas, bocina, música. <u>Tiempo:</u> 20 minutos.
Me siento feliz por...	Al finalizar la sesión, los participantes escribirán un aprendizaje de las actividades realizadas. Luego, quienes lo deseen podrán compartirlo y todos los mensajes se colocarán en un recipiente.	Expresar y concientizar los aprendizajes, validar emociones surgidas durante la sesión y realizar un cierre adecuado del día. <u>Material:</u> Lápices, posticks. <u>Tiempo:</u> 15 minutos.



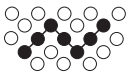
Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

El segundo grupo de estudiantes asumió la responsabilidad de esta sesión subsiguiente. Además de realizar una presentación grupal, lograron la participación de la mayoría de los adultos, incluso aquellos que previamente se habían mostrado reacios durante la sesión inicial. Las actividades fueron diseñadas para ser más dinámicas con el fin de alcanzar el objetivo de activación física y cognitiva. Los participantes expresaron su agrado por las dinámicas que

implicaban movilidad física, por lo que solicitaron a los alumnos hacer una pausa en las actividades programadas para poner música de su elección y bailar algunos minutos. La disposición de los estudiantes para escuchar a los adultos mayores facilitó la creación de un círculo de confianza y fomentó una mayor participación y expresión durante el resto de las actividades.

3. Tercera sesión: Amor propio en la vejez.

	Descripción	Objetivo
Bailando con memoria	Se forma un círculo con todos los participantes. Al ritmo de la música, el primer voluntario pondrá un paso de baile, luego la persona a su derecha repetirá el paso y agregará uno nuevo, y así sucesivamente. Deberán recordar y ejecutar la coreografía generada por todos los integrantes.	Fortalecer la memoria y el cuerpo de forma sincronizada, fomentar la autoconfianza y la expresión corporal. <u>Material:</u> Bocina, música. <u>Tiempo:</u> 20 minutos.
Objeto escondido	Se divide al grupo en dos equipos y se les entrega un objeto pequeño fácil de esconder. Cada equipo escoge a una persona para ocultar el objeto en alguna parte de su cuerpo. Luego, los equipos por turnos realizan una pasarela para que el equipo contrario pueda observar e intentar adivinar qué integrante tiene el objeto y en qué parte.	Estimular el trabajo en equipo, la comunicación, la atención y la concentración. <u>Material:</u> Cualquier objeto pequeño. <u>Tiempo:</u> 30 minutos.
Plantando mi amor propio	A cada participante se le entrega una maceta, un pincel y pinturas de diversos colores. Pintarán la maceta y luego colocarán tierra en ella y plantarán una semilla de una flor o planta de su elección. La actividad simboliza la importancia del autocuidado y el amor	Desarrollar la creatividad y mejorar la motricidad. Fomentar el autocuidado y el amor propio a través del cuidado responsable de una planta.
	propio, al cuidar y hacer crecer la planta como una metáfora de cuidarse a uno mismo con cariño y responsabilidad.	<u>Material:</u> Macetas, pinceles, pinturas, tierra, semillas de flores y/o plantas. <u>Tiempo:</u> 40 minutos.
Cierre "Galleta de la fortuna"	Los participantes reciben una hoja pequeña y un lápiz o lapicero. Escriben un mensaje positivo corto o una enseñanza en la hoja, la doblan y la colocan en un bote. Luego, cada participante toma al azar un papelito y lee en voz alta el mensaje que le tocó. La actividad cierra la sesión y permite que los participantes se lleven un aprendizaje positivo.	Estimular la creatividad, el razonamiento y la empatía. <u>Material:</u> Hojas pequeñas, lápices, bote. <u>Tiempo:</u> 15 minutos.



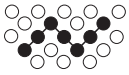
Gallegos Ramirez

Tanto los alumnos como los miembros de la casa del adulto mayor mostraron mayor seguridad y determinación desde el inicio de esta sesión gracias a lo logrado en la sesión anterior. La actividad más significativa para los ancianos fue "Plantando mi amor propio"; el poder decorar la maceta a su gusto y ser reconocidos como individuos que requieren cui-

dados y atención resultó ser un espacio de catarsis emocional para muchos, donde pudieron expresar algunos de los conflictos que enfrentan consigo mismos o con algunos familiares. Los estudiantes lograron brindar una adecuada contención, llevando a una reflexión existencial profunda.

4. Cuarta sesión: Cuidado cognitivo.

	Descripción	Objetivo
Verdad y mentira	Los participantes, sentados en círculo, mencionan su nombre y, sin que los demás lo sepan, dicen una verdad y una mentira al azar. Los demás intentan adivinar cuál es cuál.	Recordar los nombres, integración y conocimiento del grupo. <u>Material:</u> No necesario. <u>Tiempo:</u> 15 minutos
Concurso de baile	Se dividen en dos equipos y cada uno crea y coordina una coreografía. La presentan frente a un grupo de jueces, que serán quienes no participen en el baile. Tienen la misma canción y dos minutos para coreografiar, con 15 minutos para organizarse.	Trabajo en equipo, estimulación mental para impulsar la coordinación, atención, memoria, y mejorar el condicionamiento físico, flexibilidad, equilibrio y resistencia. <u>Material:</u> Bocina y música. <u>Tiempo:</u> 30 minutos
Mi mano no dominante	Se proporciona un dibujo y los participantes lo colorearán con su mano no dominante.	Aumentar la plasticidad cerebral, estimular el hemisferio cerebral contrario, mejorar la coordinación motora, atención, concentración y solución de problemas. <u>Material:</u> Dibujo, colores. <u>Tiempo:</u> 10 minutos
Plastilina casera	Se mezclan harina y sal, se agrega agua y aceite, luego se añade color. Con la plastilina, los participantes hacen figuras que representen un momento divertido de su infancia.	Incrementar la capacidad de concentración, potenciar la creatividad e imaginación, estimular la psicomotricidad fina, fomentar el trabajo en equipo y favorecer la resolución de problemas. <u>Material:</u> Harina, sal, agua, aceite, colorantes. <u>Tiempo:</u> 25 minutos
Continuando la historia	Los participantes, en círculo, añaden una palabra cada uno para crear una historia coherente.	Impulsar la creatividad, expresión verbal y memoria, alentar el trabajo en equipo, la atención, concentración y razonamiento. <u>Material:</u> No necesario. <u>Tiempo:</u> 15 minutos.



Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

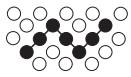
Carta a mi niño	Cada participante escribe una carta a su niño interior, expresando sus vivencias, logros, y lo que les ha llenado de felicidad.	Conectar con el pasado, sanar heridas abiertas, reconocer y recordar cosas positivas de la vida. <u>Material:</u> Hojas y lápices. <u>Tiempo:</u> 25 minutos.
-----------------	---	---

En esta penúltima intervención, los adultos demostraron nuevamente una mayor participación en las actividades que implicaban movimiento corporal. Sin embargo, encontraron algo confusas y complicadas las reglas de la dinámica "Continuando la historia". A pesar de las dificultades, logramos concluir la tarea y se reconoció una necesidad de

estimulación cognitiva. La creatividad estuvo presente durante el moldeado de figuras con plastilina casera, a pesar de que los alumnos tuvieron que ayudar en el amasado inicial por las complicaciones generadas en la integración de los elementos.

5. Quinta sesión: Envejecimiento saludable.

	Descripción	Objetivo
Pintar manta grupal	Los adultos mayores, en pequeños equipos, pintan una parte de una manta previamente dibujada. Al finalizar, todos los participantes observan el producto final de su trabajo en equipo.	Estimular los dos hemisferios cerebrales, fomentar la lógica, motricidad, imaginación, creatividad y expresión de las emociones. Mejorar la comunicación y negociación a través del trabajo en equipo. <u>Material:</u> Manta, pintura textil, brochas.
Lotería	Jugar el juego mexicano de lotería, con explicación de reglas y apoyo a aquellos adultos mayores que puedan tener dificultades.	Fortalecer la memoria, la percepción, mejorar rapidez y capacidad de concentración. Potenciar la comunicación y las relaciones sociales. <u>Material:</u> lotería y semillas.
Zumba	Los adultos mayores seguirán una coreografía dirigida por los alumnos, quienes darán instrucciones orales y físicas.	Aumentar la coordinación, equilibrio, memoria, fuerza física, desarrollo muscular y autonomía. <u>Material:</u> Bocina y música.
Dominó	Juego tradicional de dominó para ejercitar la memoria, atención y concentración, y prevenir el deterioro cognitivo.	Ejercitar la memoria, atención, concentración y prevenir el deterioro cognitivo. <u>Material:</u> Dominó.
Beer pong	Los participantes intentan encestar pequeñas pelotas en vasos colocados en una mesa.	Mejorar la coordinación de movimientos, estimular la concentración y favorecer la agilidad mental. <u>Material:</u> Vasos y pelotas.
Jenga	Se arma una torre de bloques y por turnos los jugadores quitan y colocan bloques sin derribarla.	Desarrollar la motricidad fina, estrategia, coordinación ojo-mano, ejercitar la concentración, aumentar la paciencia, estimular la capacidad de análisis y la toma de decisiones. <u>Material:</u> Jenga.



Gallegos Ramirez

A través de una "Kermés", los adultos mayores participaron en una variedad de juegos diseñados para fomentar la convivencia, el trabajo en equipo y el fortalecimiento de áreas como la cognición y la psicomotricidad. En esta sesión de cierre, los alumnos organizaron actividades distintas a las de las sesiones anteriores. Divididos en equipos, instalaron 7 estaciones, 6 de las cuales presentaban juegos con objetivos específicos, mientras que la restante se dedicó a premios y convivencia.

Tras cada juego completado, los adultos recibieron un cupón que podían canjear por premios proporcionados por los estudiantes. Estos últimos realizaron una colecta previa en colaboración con los grupos de psicología, nutrición y gastronomía, consultando previamente los materiales necesarios para las actividades de los adultos dentro del CEDECO.

Al concluir, como en las sesiones anteriores, los alumnos compartieron aperitivos como frutas, galletas, sándwiches, café, té y otros alimentos. Este gesto buscaba fortalecer la convivencia y la socialización intergeneracional, aspectos fundamentales para un envejecimiento saludable.

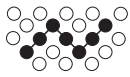
Más tarde, el grupo de adultos participó en un pequeño taller organizado por el área de gastronomía, concluyendo así nuestra participación.

Conclusión

El envejecimiento activo y saludable es fundamental para garantizar una calidad de vida óptima en la etapa de la vejez. Al adoptar un enfoque proactivo hacia el envejecimiento, las personas pueden mantener su independencia, autonomía y bienestar físico y emocional durante más tiempo. Participar en actividades físicas, mentales y sociales puede ayudar a prevenir o retrasar el deterioro cognitivo, la pérdida de movilidad y otros problemas de salud comunes asociados con el envejecimiento. Además, promover un estilo de vida saludable que incluya una alimentación balanceada, ejercicio regular, manejo del estrés y atención médica preventiva puede contribuir significativamente a la longevidad y la calidad de vida en la vejez. En resumen, el envejecimiento activo y saludable es esencial para disfrutar de una vida plena y satisfactoria en todas las etapas de la vida.

La importancia de generar y aplicar un proyecto de envejecimiento saludable consiste en la promoción del bienestar integral de las personas mayores y en la construcción de una sociedad más inclusiva y sostenible. Es preciso no solo abordar los aspectos físicos del envejecimiento, sino que también considerar los aspectos psicológicos, sociales y emocionales. Al fomentar estilos de vida saludables, promover la participación social y facilitar el mantenimiento de la autonomía e independencia, se contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades asociadas con la edad.

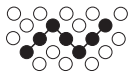
Además, los proyectos de envejecimiento saludable fomentan una cultura del respeto y la valoración de la experiencia y la sabiduría acumuladas a lo largo de la vida, promoviendo así una sociedad más justa e inclusiva para todas las edades. En última instancia, invertir en el envejecimiento saludable no solo beneficia a las personas mayores, sino que también tiene un impacto positivo en toda la comunidad.



Envejecimiento saludable: un viaje hacia la plenitud

REFERENCIAS

1. Carabali-C., S.M. (2020). Vejez y teorías del envejecimiento. En E. Gómez-Ramírez y A.P. Calvo-Soto (Eds.), *Salud, Vejez y Discapacidad* (pp. 25-50). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.
2. Carabali-C., S.M. Vejez y teorías del envejecimiento. En: Gómez-Ramírez E. y Calvo-Soto, AP. (Eds. científicas). *Salud, Vejez y Discapacidad*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 25-50
3. Carstensen, L. L. (1992). Patrones sociales y emocionales en la adultez: Apoyo para la teoría de la selectividad socioemocional. *Psicología y Envejecimiento*, 7(3), 331-338.
4. Cooper, K. H. (1977). *El programa de aeróbicos para el bienestar total*. Bantam.
5. FIAPAM. (s.f.). La vejez vista desde la historia y las culturas. Recuperado el 29 de febrero de 2024, de <https://fiapam.org/la-vejez-vista-desde-la-historia-y-las-culturas/>
6. Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevidad aumentada por percepciones positivas del envejecimiento. *Revista de Psicología de la Personalidad y Social*, 83(2), 261-270.
7. López Norori, M. (2016). *Texto básico de geriatría y gerontología* (1a ed.). Managua.
8. Mosqueda Fernández, A. (2022). Importancia de la realización de actividad física en la tercera edad. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 9(spe1). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2943>
9. Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento saludable. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-ageing>
10. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Envejecimiento y salud. Recuperado el 29 de abril de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
11. Pérez, L., Oropeza, R., López, J., & Colunga, C. (2014). Título del artículo. *Revista iberoamericana de ciencias*, 1 (2), 3-10
12. World Health Organization. (2022). Envejecimiento y salud. Recuperado el 19 de febrero de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



Problemática de la violencia y el maltrato en la persona mayor: desde las Ciencias para la familia y políticas públicas

Gustavo Juan Pérez Zabatta ¹

Resumen

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que plantea numerosos desafíos sociales, económicos y sanitarios. Entre los problemas más graves asociados a este fenómeno se encuentra la violencia y el maltrato hacia las personas mayores. Se propone explorar la complejidad de esta problemática desde la perspectiva de las ciencias para la familia, integrando la relevancia de políticas públicas dirigidas a la protección y el bienestar de las personas mayores.

Palabras clave: envejecimiento, personas mayores, violencia, maltrato, familia.

ISSUE N°2

DICIEMBRE

2024

Recibido:

17/06/2024

Aceptado:

29/07/2024

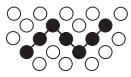
Abstract

Population aging is a global phenomenon that poses numerous social, economic and health challenges. Among the most serious problems associated with this phenomenon is violence and abuse towards older people.

It is proposed to explore the complexity of this problem from the perspective of family sciences, integrating the relevance of public policies aimed at the protection and well-being of older people.

Keywords: aging, older people, violence, abuse, family.

(1) Ciencias para la Familia. Psico Socio Gerontólogo. Docente. Director CESA – Centro de Estudios Sociales Argentino.



Problemática de la violencia y el maltrato en la persona mayor: desde la Ciencia para la familia y políticas públicas

Conceptualización de la violencia y el maltrato en la vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra las personas mayores como “un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, y que ocurre en cualquier relación en la que haya una expectativa de confianza” (OMS, 2015). Este concepto incluye diversas formas de maltrato, tales como el físico, psicológico, financiero y sexual, así como la negligencia.

Según García y Cantero (2014), la violencia y el maltrato en la vejez son fenómenos complejos influenciados por múltiples factores, entre ellos el contexto socioeconómico y cultural, la dependencia física y emocional, y las dinámicas familiares. Estos factores pueden interactuar de manera que aumenten la vulnerabilidad de las personas mayores, especialmente cuando hay una falta de apoyo social y familiar.

Factores de riesgo y consecuencias del maltrato

Los factores de riesgo para el maltrato de las personas mayores incluyen la dependencia física o económica, el aislamiento social y la presencia de trastornos cognitivos como la demencia (Acierno et al., 2010). Además, la calidad de la relación entre el cuidador y la persona mayor, así como el estrés del cuidador, son elementos críticos que pueden precipitar el maltrato (Burnes, Rizzo, & Courtney, 2017).

Las consecuencias del maltrato en las personas mayores son devastadoras, afectando su salud física, mental y emocional. Investigaciones han demostrado que las personas mayores maltratadas presentan un mayor riesgo de muerte prematura, depresión, ansiedad y deterioro cognitivo (Lachs & Pillemer, 2015). La violencia y el maltrato no solo deterioran la calidad de vida de los individuos, sino que también representan una carga significativa para los sistemas de salud y bienestar social.

La feminización de la vejez y su relación con el maltrato

La feminización de la vejez es un fenómeno demográfico que se refiere al predominio de mujeres en la población de personas mayores. Según datos de la ONU, las mujeres constituyen aproximadamente el

54% de la población de 60 años o más, y esta proporción aumenta con la edad (United Nations, 2019). Este fenómeno se debe a varios factores, incluyendo la mayor esperanza de vida de las mujeres y las tasas de mortalidad diferencial entre hombres y mujeres a lo largo de la vida.

Las mujeres mayores enfrentan desafíos específicos que las hacen particularmente vulnerables al maltrato. En muchos contextos, las mujeres mayores poseen menos recursos económicos que los hombres, debido a una vida laboral caracterizada por salarios más bajos y menos oportunidades de ahorro y pensión (Arber & Ginn, 1991). Además, las mujeres mayores son más propensas a vivir solas, lo cual puede aumentar su riesgo de aislamiento social y, en consecuencia, su vulnerabilidad al maltrato (Victor et al., 2000).

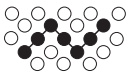
Formas de maltrato específicas hacia mujeres mayores

Las mujeres mayores son especialmente susceptibles a ciertas formas de maltrato, incluyendo la violencia de género, que puede persistir o incluso comenzar en la vejez. La violencia de género en la vejez puede ser una continuación de patrones de abuso que comenzaron en etapas anteriores de la vida, pero también puede surgir como una nueva forma de abuso en relaciones previamente no violentas (Fisher & Regan, 2006). Este tipo de maltrato puede ser perpetuado por parejas, familiares o cuidadores, e incluir abuso físico, sexual, emocional y financiero.

El abuso financiero es una forma particular de maltrato que afecta desproporcionadamente a las mujeres mayores. Debido a sus roles tradicionales y menor participación en la fuerza laboral, las mujeres mayores a menudo tienen menos control sobre los recursos financieros y pueden ser explotadas por familiares o cuidadores (Harbison, 1999). La dependencia económica puede coaccionar a las mujeres mayores a tolerar situaciones abusivas por miedo a perder su sustento.

Impacto de la violencia y el maltrato en las mujeres mayores

El impacto del maltrato en las mujeres mayores es multifacético y profundo. Físicamente, las mujeres mayores maltratadas pueden sufrir lesiones graves y crónicas, exacerbadas por condiciones de salud preexistentes y la fragilidad física asociada con la edad



Pérez Zabatta

avanzada (Dong, 2015). Emocionalmente, el maltrato puede llevar a trastornos de salud mental, como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Burnes et al., 2017).

Socialmente, las mujeres mayores maltratadas pueden experimentar un aislamiento aún mayor, ya que el maltrato puede socavar sus redes de apoyo y disminuir su capacidad para participar en actividades comunitarias. Este aislamiento puede reforzar un ciclo de vulnerabilidad y dependencia, aumentando el riesgo de maltrato continuado.

La perspectiva de las Ciencias para la familia

Desde la perspectiva de las ciencias para la familia, la familia es vista como la unidad básica de la sociedad, y su fortalecimiento es esencial para proteger a sus miembros más vulnerables, incluidos los mayores. Según Viveros (2013), la dinámica familiar puede desempeñar un papel crucial en la prevención o perpetuación del maltrato. Las intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación y las relaciones dentro de la familia pueden ayudar a mitigar el riesgo de maltrato.

Las ciencias para la familia también destacan la importancia de la educación y el apoyo a los cuidadores. Los programas de formación para cuidadores pueden proporcionarles las habilidades y conocimientos necesarios para manejar el estrés y las demandas del cuidado sin recurrir al maltrato (Pérez-Porto & Merino, 2015).

Políticas públicas en favor de la familia y las personas mayores

Las políticas públicas son fundamentales para abordar la problemática del maltrato hacia las personas mayores. Según la OMS (2015), es crucial que los gobiernos implementen y fortalezcan legislaciones que protejan a las personas mayores de todas las formas de maltrato. Estas legislaciones deben estar respaldadas por recursos adecuados para su aplicación y por sistemas de monitoreo efectivos.

En España, por ejemplo, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece un marco para garantizar el cuidado y la protección de las personas mayores (Boletín Oficial del Estado, 2006). Esta ley reconoce el derecho de las personas mayores a recibir atención y apoyo para mantener su autonomía y calidad de vida.

Por su parte en Argentina, existe una legislación específica y programas destinados a la protección y cuidado de las personas mayores, aunque enfrenta desafíos importantes en cuanto a la implementación efectiva y la garantía de derechos. La Ley 25.871 y sus programas derivados representan un marco importante, pero la efectividad de estas medidas depende de la asignación de recursos adecuados y la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno y la sociedad civil.

A nivel comunitario, es esencial promover la conciencia y la educación sobre el maltrato hacia las personas mayores. Programas de sensibilización pueden ayudar a identificar y prevenir el maltrato, así como a educar a los cuidadores y al público en general sobre los derechos y necesidades de las personas mayores. Las iniciativas comunitarias también pueden fomentar el apoyo social y la integración de las personas mayores en actividades comunitarias, reduciendo el aislamiento y fortaleciendo las redes de apoyo (Phelan, 2013).

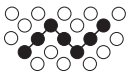
Intervenciones específicas para mujeres mayores

Las intervenciones dirigidas a mujeres mayores deben reconocer y abordar sus necesidades específicas. Programas de empoderamiento económico pueden ayudar a las mujeres mayores a obtener y mantener la independencia financiera, reduciendo su vulnerabilidad al abuso financiero. Estos programas pueden incluir educación financiera, acceso a microcréditos y apoyo en la gestión de pensiones y otros recursos económicos (Brandl & Raymond, 2012).

Además, los servicios de apoyo psicológico y social son cruciales para las mujeres mayores que han experimentado maltrato. Terapias individuales y grupales pueden proporcionar un espacio seguro para que las mujeres mayores procesen sus experiencias y desarrollen estrategias

1 Ley Nacional de Política Nacional Integral de las Personas Mayores (Ley 25.871):

- Esta ley, promulgada en el año 2004, establece un marco legal para la protección integral de las personas mayores en Argentina.
- Su objetivo principal es garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores, promover su integración social y prevenir la discriminación y el maltrato.
- La ley reconoce la importancia de la familia y la comunidad en el cuidado de las personas mayores, así como la necesidad de políticas públicas que aseguren su bienestar y calidad de vida.



Problemática de la violencia y el maltrato en la persona mayor: desde la Ciencia para la familia y políticas públicas

para mejorar su bienestar emocional. El acceso a refugios y servicios de emergencia también es vital para aquellas que necesitan escapar de situaciones de violencia (Mouton, 2003).

El papel de la familia y la comunidad en la prevención del maltrato

La familia y la comunidad juegan un papel central en la prevención del maltrato hacia las personas mayores. Fomentar relaciones intergeneracionales positivas y de apoyo puede ayudar a mitigar el riesgo de maltrato. Las familias deben ser educadas sobre el envejecimiento y las necesidades de las personas mayores, y deben recibir apoyo para manejar el estrés y las demandas del cuidado (Lowenstein et al., 2009).

Las comunidades pueden desarrollar programas que faciliten la participación activa de las personas mayores en la vida comunitaria, promoviendo un sentido de pertenencia y valor. Las iniciativas intergeneracionales, como programas de mentoría y voluntariado, pueden fortalecer los lazos entre jóvenes y mayores, fomentando el respeto y la solidaridad (Kampfe & Judd, 2011).

Conclusión

La violencia y el maltrato hacia las personas mayores, especialmente hacia las mujeres mayores, son problemas complejos y multifacéticos que requieren respuestas integrales y coordinadas. La feminización de la vejez añade una dimensión adicional de vulnerabilidad que debe ser reconocida y abordada en las políticas y programas de intervención.

La protección de las personas mayores y la promoción de su bienestar requieren un compromiso conjunto de individuos, familias, comunidades y gobiernos. Solo a través de un enfoque colaborativo y multidisciplinario se podrá garantizar una vida digna y segura para todas las personas mayores.

Programa Nacional de Atención Integral a las Personas Mayores:

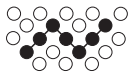
- *Este programa, creado en el marco de la Ley 25.871, tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la implementación de políticas públicas específicas.*
- *Incluye acciones destinadas a promover la salud integral, la participación social, la capacitación y el apoyo a los cuidadores familiares, entre otros aspectos.*

Políticas Provinciales y Municipales:

- *A nivel provincial y municipal, existen iniciativas complementarias que buscan adaptar las políticas nacionales a las realidades locales.*
- *Algunas provincias han desarrollado programas específicos de atención y cuidado para las personas mayores, aunque la implementación puede variar considerablemente según la región.*

Desafíos y Áreas de Mejora:

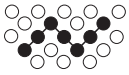
- *A pesar de los avances legislativos y la implementación de programas, persisten desafíos significativos en cuanto a la calidad y acceso a los servicios de salud y cuidado para las personas mayores en Argentina.*
- *La falta de recursos adecuados, la necesidad de mejorar la capacitación de los profesionales que trabajan con personas mayores y la garantía de derechos como la autonomía y la participación plena son áreas que requieren atención continua.*



Pérez Zabatta

REFERENCIAS

1. Acierno, R., Hernández, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292-297. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>
2. Agencia Nacional de Noticias. (2018). Programas provinciales de atención a personas mayores. *Telam*. Recuperado de telam.com.ar
3. Arber, S., & Ginn, J. (1991). *Gender and later life: A sociological analysis of resources and constraints*. SAGE Publications.
4. Boletín Oficial del Estado. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE.
5. Brandl, B., & Raymond, J. A. (2012). Policy implications of recognizing that certain types of domestic violence are older adult abuse. *Generations, 36*(3), 21-27.
6. Burnes, D., Rizzo, V. M., & Courtney, E. (2017). Elder abuse intervention: The importance of risk and protective factors. *The Gerontologist, 57*(4), 597-604. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw093>
7. Cipolla, G., & Gascón, S. (2018). Desafíos en la implementación de políticas públicas para personas mayores en Argentina. *Revista de Gerontología y Geriátrica, 6*(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.001>
8. Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society, 63*(6), 1214-1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>
9. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist, 46*(2), 200-209. <https://doi.org/10.1093/geront/46.2.200>
10. García, L. & Cantero, P. (2014). El maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 49*(5), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.02.001>
11. Harbison, J. (1999). Models of intervention for "elder abuse and neglect": A Canadian perspective on ageism, participation, and empowerment. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 10*(3-4), 1-17. https://doi.org/10.1300/J084v10n03_01
12. Kampfe, C. M., & Judd, M. A. (2011). Intergenerational service-learning and community service. *Educational Gerontology, 37*(5), 432-450. <https://doi.org/10.1080/03601271003716067>
13. Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2015). Elder abuse. *New England Journal of Medicine, 373*(20), 1947-1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404688>
14. Ley 25.871. (2004). Ley Nacional de Política Nacional Integral de las Personas Mayores. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de boletinoficial.gob.ar
15. Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 21*(3), 253-277. <https://doi.org/10.1080/08946560902997538>
16. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). Programa Nacional de Atención Integral a las Personas Mayores. Recuperado de argentina.gob.ar
17. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women, 9*(12), 1465-1477. <https://doi.org/10.1177/1077801203259237>
18. OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud.
19. Pérez-Porto, J., & Merino, M. (2015). El cuidador informal y su rol en la atención a la dependencia. *Psicología y Salud, 25*(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2014.02.001>
20. Phelan, A. (2013). Examining the context of elder abuse: A community perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 25*(3), 226-241. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.775514>
21. United Nations. (2019). *World population prospects 2019: Highlights*. United Nations.
22. Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology, 10*(4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
23. Viveros, M. (2013). Dinámicas familiares y maltrato a personas mayores: Una mirada desde las ciencias para la familia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11*(2), 809-828. <https://doi.org/10.11600/1692715x.11215830512>



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

Augusto Pupilli ¹

Resumen

Este artículo explora acerca de la elaboración del duelo en las personas mayores, tomando como referencia el análisis de un caso clínico. Se trabaja respecto de las diferentes dimensiones de la vida sobre las que se pueden producir pérdidas durante esta etapa: seres queridos, salud a nivel integral, roles sociales, estatus social, entre otras. Asimismo, se trabaja respecto de las diferentes estrategias puestas en juego en el dispositivo terapéutico a fin de promover la participación social en espacios que respeten la singularidad de la persona mayor, en tanto los mismos pueden constituirse como una respuesta posible a los fines de contribuir a crear nuevos proyectos de vida.

Palabras clave: Duelo. Personas mayores. Perspectiva Gerontológica. Participación social.

ISSUE N°2

DICIEMBRE
2024

Recibido:
22/10/2024

Aceptado:
06/11/2024

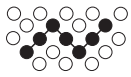
Abstract

This article explores the processing of grief in older people, taking as reference the analysis of a clinical case. We work on the different dimensions of life on which losses can occur during this stage: loved ones, comprehensive health, social roles, social status, among others.

Likewise, work is being done on the different strategies put into play in the therapeutic space in order to promote social participation in spaces that respect the uniqueness of the elderly person as a possible response in order to contribute to creating new life projects.

Key words: Grieving. Elderly people. Gerontological perspective. Social participation.

(1) Lic. Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Esp. En Psicología Clínica (Ministerio de Salud de la Nación). Actualmente se desempeña como psicólogo de planta interino del Hospital Zonal General de Agudos "Narciso López" perteneciente a la red de atención de la Provincia de Buenos Aires; realiza práctica clínica en su consultorio particular en Buenos Aires; ex residente en la Residencia "PRIM Lanús". Carrera de especialización en Clínica de Adultos con orientación Psicoanalítica (UBA). augustopupilli@gmail.com



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

Introducción

Este artículo explora acerca de la elaboración del duelo en las personas mayores, tomando como referencia el análisis de un caso clínico. Se trabaja respecto de las diferentes dimensiones de la vida sobre las que se pueden producir pérdidas durante esta etapa: seres queridos, salud a nivel integral, roles sociales, estatus social, entre otras. Asimismo, se trabaja respecto de las diferentes estrategias puestas en juego en el dispositivo terapéutico a fin de promover la participación social en espacios que respeten la singularidad de la persona mayor, en tanto los mismos pueden constituirse como una respuesta posible a los fines de contribuir a crear nuevos proyectos de vida.

El caso

Comienzo a atender a C. debido a la solicitud de interconsulta realizada por el servicio de Cardiología del Hospital General de Agudos donde desempeño mi práctica profesional. La demanda de atención no provenía de un profesional en particular sino de todo el servicio. Al entrevistarme con algunos de ellos me refieren que C. es una paciente de setenta y ocho años, en buen estado de salud respecto de lo cardiológico, pero que pese a haber sido informada de esta situación se presenta todos los días al servicio refiriendo alguna dolencia por la cual solicita atención.

Según refieren los médicos del equipo esta situación sucede desde hace aproximadamente un mes, manifiestan que pareciera que no escuchara el diagnóstico que le ofrecen. Asimismo, refieren que su presencia constante en el servicio, su demanda de atención, su falta de respeto por las normas del servicio han comenzado a generar un creciente malestar en el servicio. C. ya ha discutido tanto con el equipo médico, con el personal administrativo, como con otros pacientes quienes sí acuden con turno programado.

Acuerdo con la solicitud de evaluación y coordino con la paciente una entrevista. Al conocerla, lo primero que me dice es que el estado debe garantizar su derecho al ejercicio del acceso a la salud. Lo dice contundente, sin matices. Pareciera que interpreta determinados derechos, que el estado efectivamente garantiza, bajo su propia ley: cuando ella quiere, como quiere, en sus términos. Evidencia una

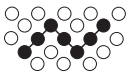
marcada rigidez, tanto a nivel cognitivo como subjetivo, al afirmar esto. Además, su tono afectivo es el del enojo y el reclamo.

Decido intervenir saliendo de la escena que la trajo a la consulta y preguntar respecto de otros aspectos de su vida. Me compartió que últimamente se sentía abrumadoramente sola, una sensación que no había experimentado antes en su vida. Con mucha nostalgia, recordó los tiempos en que tenía un círculo amplio de amigas con las que compartía momentos, experiencias y, fundamentalmente, una actividad en común: todas asistían diariamente a clases de natación en un reconocido club de fútbol de la ciudad. Sin embargo, la pandemia por COVID-19 había cambiado drásticamente su realidad.

Lamentablemente, en un período de pocos meses había perdido a catorce de sus queridas amigas. La magnitud de esa pérdida era brutal. Refirió que los meses en que fueron falleciendo, una tras otra, fueron devastadores. A partir de ese momento, según refería C., la soledad y el vacío existencial se instalaron en su vida. Agregó que nunca se había casado ni tenido hijos, y que por lo tanto sus amigas eran todo el apoyo social y afectivo con el que contaba. En ese momento, era claro que C. no solo estaba enfrentando la pérdida de sus amigas, sino también la pérdida de una parte de sí misma.

La conexión con sus amigas había sido una fuente vital de apoyo emocional y social, y su ausencia había dejado un vacío profundo. En función de las actividades que realizaba con ellas, siendo la deportiva la principal, pero a la cual se sumaban un sinnúmero de otras, ella organizaba sus días, su vida cotidiana, sus salidas, entre tantas otras cosas. Contaba que se trataba de un grupo muy unido y que se apoyaban entre todas. Según manifestaba, ella tenía un rol muy específico en el grupo.

Al ser de personalidad extrovertida y determinada, en general era quien se encargaba de organizar las salidas, de defender los intereses de alguna que estuviese en situación de necesidad, y de “animar la fiesta, siempre fui muy divertida”. Ahora no tenía ni con quien ni dónde desplegar esos aspectos tan característicos de su personalidad y que hacían a su conformación identitaria. Como analista, mi posición se caracterizaba por escuchar atentamente, explorar formas de ayudar a C. a elaborar su duelo y encontrar nuevas formas de conexión y significado en su vida. Sin embargo, como era de esperar, la situación que sucedía con el equipo de Cardiología se presentó a nivel de la transferencia en su espacio



Pupilli

terapéutico. De igual manera, se presentaba todos los días en el consultorio, sin turno asignado, discutía con otros pacientes dado que quería interponerse en sus turnos, discutía conmigo dado que decía que le parecía que era una falta de pericia de mi parte citarla solamente una vez por semana cuando, según su criterio, debería asistir diariamente a una consulta.

A partir de eso, fue necesario por mi parte reestablecer límites tan claros como respetuosos respecto del encuadre terapéutico. Por un lado, le expliqué que debido a los disturbios que generaba a diario, en caso de que continuara con dichas actitudes, desde la coordinación del servicio se había decidido que se suspendería su espacio de atención y que sería derivada a otro equipo tratante.

Apelar a una terceridad que establece la legalidad del encuadre terapéutico ayudó a que ella pudiese comprender que las cosas no dependían de su propia ley sino de una que atravesaba a todos los involucrados. Asimismo, en tanto profesional a cargo de su tratamiento, realicé una interpretación. Le dije que, desde mi punto de vista, no asistía a la consulta tanto por necesidad del espacio terapéutico, sino como un modo de tener una rutina en su vida y de establecer un contacto social. Ante esto, rompió en llanto y dijo que sí, que efectivamente permanecer sola en su casa todo el día era algo que no podía tolerar y que por eso venía al hospital “con cualquier excusa”. Por supuesto, se le dio lugar a manifestar dicho dolor, tanto como validar que esa había sido su manera de intentar solucionar algo de su padecimiento. A partir allí, habiendo establecido y pudiendo reconocer sus verdaderas motivaciones para asistir a la consulta pudimos comenzar a trabajar en torno de identificar la necesidad de vínculos sociales reales y significativos en su vida.

En este sentido, este momento constituyó un punto de inflexión crucial en la terapia, dado que fue la base para comenzar a explorar otras opciones y espacios para involucrarse y establecer vínculos. Sin embargo, desde el primer momento C. presentó una férrea negativa a participar de los espacios tradicionales para personas mayores: clubes de jubilados, talleres de estimulación cognitiva, talleres de reflexión, entre otros. En este sentido, podríamos pensar que su resistencia tenía que ver con oponerse a ser etiquetada y estereotipada

edad, lo que es comprensible.

Siguiendo los desarrollos de Judith Butler (1969) sabemos que el término *viejismo* (*ageism*) se refiere a la discriminación realizada sobre las personas mayores en función de su edad. A partir de la misma, la edad puede ser utilizada para marginar y excluir a las personas, asumiendo que todas las personas mayores comparten los mismos intereses y características. En este sentido, con mucha lucidez, refería por su parte que el hecho de tener la misma edad que otras personas no significaba que tuvieran necesariamente los mismos intereses. Si bien es cierto, se trabajó respecto de si algo de esa resistencia no podría operar en tanto un obstáculo para encontrar espacios sociales que se adaptaran a sus necesidades e intereses. A partir de ello, se trabajó en dos líneas terapéuticas diferentes. Por un lado, pedirle a C. que fuese ella misma quien propusiese actividades o grupos que fueran de su interés, apostando a que su singularidad estuviese puesta en juego en sus elecciones y que no se incluyera en algún espacio simplemente para “ocupar el tiempo”.

Por otro lado, se comenzó a trabajar respecto de cuál era la significación que ella tenía asociada a la edad. En este sentido, algunos de los interrogantes que comenzaron a aparecer en el espacio terapéutico tenían que ver con: ¿Qué significa ser mayor para ella? , ¿Cuáles son sus miedos y preocupaciones asociados con la vejez?; ¿Qué cambios está dispuesta a hacer para adaptarse a esta nueva etapa? Instalar estas preguntas dio lugar a la apertura de nuevas cadenas asociativas.

Comenzó a relatar acerca del envejecimiento de su padre. Según contó, padecía de enfermedad de Alzheimer, con el progresivo deterioro cognitivo, pérdida de funcionalidad y dificultades conductuales que el mismo genera. En ese entonces, la única persona encargada del cuidado de su padre fue su madre quien padeció todos los síntomas de sobrecarga del cuidador. Según refería, debido a esta historia familiar, sostenía un marcado rechazo a la vejez y no quería ser categorizada desde ese lugar.

A partir de allí se comenzó a trabajar en términos de establecer diferencias: su historia no era la de sus padres, su realidad actual no reflejaba de ninguna manera la situación que ellos habían tenido que vivir. Poder comenzar a elaborar algo de esta diferencia tanto como asumir que, le gustara o no, se encontraba ella misma transitando su vejez, pero desde otro lugar, permitió que comenzara a reconciliarse



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

con ese aspecto de su vida. Especialmente, a partir de trabajar en relación a su conservación de funcionalidad, independencia y autonomía (Gómez, Curcio, 2014), tanto como su potencialidad para modificar su situación de acuerdo a sus intereses y deseos.

A su vez, se planteó en el espacio terapéutico que sus amigas ya fallecidas eran personas de su edad, y que eso no había sido un impedimento para establecer lazos significativos y a su vez, pese a tener la misma edad, cada una de ellas había mantenido su estilo e individualidad. A partir de eso comenzó a ceder el rechazo a relacionarse con gente de su edad, si bien sostenía que debía haber otras opciones alternativas a “los lugares típicos para personas mayores”. En relación a cuáles eran sus propias propuestas de inclusión social, comenzó a hablar de una asociación internacional dedicada a la asistencia de personas en situación de migración.

Contó que la misma se dedicaba a ofrecer diferentes espacios para que aquellos migrantes que aún no habían logrado armar un proyecto de vida a nivel local, por lo tanto, se ofrecían talleres de capacitación laboral, apoyo a los emprendimientos, establecimiento de redes, entre otras. C. era una experta tejedora, por lo tanto, se acercó a la institución a ofrecer sus servicios bajo la forma de voluntariado.

Propuso realizar un taller para enseñanza de tejido, confección de pulóveres, guantes y bufandas. Inmediatamente, aceptaron su propuesta y a las pocas semanas el taller que ella ofrecía era un éxito con muchos inscriptos. Tanto fue así que le solicitaron abrir dos horarios más dado que había gente en lista de espera. Esta situación fue crucial para que pudiera encontrar un nuevo sentido existencial. Esta actividad la ponía en situación de ayudar a otros, sentirse útil, desarrollar su autoestima y empoderamiento. A su vez, a los participantes del taller les comenzaba a ir bien con la venta de sus productos, a partir de compartir sus experiencias y habilidades otros comenzaron a consolidar su proyecto de vida, por lo tanto, sus contribuciones a la sociedad eran tangibles, palpables, y celebradas dado que estaban haciendo una diferencia significativa en la vida de estas personas jóvenes en situación de vulnerabilidad. Por supuesto, a partir de esta situación su estado de ánimo mejoró significativamente.

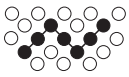
Venía alegre a las sesiones, contaba sus logros, hablaba de temas positivos.

En efecto, comenzó a ausentarse a algunas sesiones. Algunas veces avisaba, otras veces simplemente se disculpaba a la semana siguiente diciendo que había surgido una feria de último momento y que no había querido dejar a sus participantes sin su apoyo. Ante esto, me resultó pertinente proponerle un cambio en la frecuencia de las sesiones. Lo planteé de la siguiente manera: su motivo terapéutico se encontraba en proceso de remisión, a su vez tenía muchas ocupaciones que la dotaban de sentido y proyectos, por lo tanto consideraba pertinente vernos cada quince días. Lo aceptó sin dificultades, refirió que sentía que el espacio la estaba ayudando a manejar su vida de manera autónoma, establecer nuevos desafíos para el futuro y nuevos vínculos.

A los pocos meses, decidió que ya había sido suficiente y dimos por finalizado su tratamiento. Agradeció la posibilidad de haber podido acceder a ese espacio tanto como el hecho de haber sido confrontada con puntos de su propia historia que se negaba a tocar. En sus propias palabras, poder elaborar esas cuestiones fue lo que le permitió generar proyectos actuales, con perspectiva futura, y experimentar nuevos roles en su vida, junto a un grupo social que le resultaba de lo más interesante y motivador. Al poco tiempo, se acercó, sin turno previo, pero riéndose ella misma de esa situación, simplemente para contarme que con su historia había inspirado a una vecina a armar su propio taller en la misma organización. De esta manera, daba cuenta del impacto positivo que estaba teniendo en su comunidad a través de su testimonio.

Discusión

La vejez es una etapa caracterizada por cambios significativos en la vida de las personas. Estos cambios pueden generar pérdidas no solo de seres significativos, sino también de espacios y roles que han ejercido durante toda su vida. Algunas de las pérdidas que se producen tienen que ver con el fallecimiento y/o enfermedades graves o discapacitantes de cónyuge, amigos, familiares; la pérdida de roles y funciones, como consecuencia de la jubilación y el retiro laboral; posibilidad de cierto declive de la salud física o cognitiva, con el consecuente impacto en los niveles de funcionalidad, independencia y autonomía (Iacub, 2015). Sin lugar a dudas, estas cuestiones tienen un impacto directo en



Pupilli

la salud mental, pudiendo presentarse síntomas tales como: ansiedad, tristeza, depresión, sensación de vacío existencial, soledad, aislamiento, desorientación y falta de proyectos de vida, entre otros.

Por esta razón, es necesario acompañar este proceso de reorganización tanto de la vida cotidiana como desde la propia identidad. Asimismo, las modalidades de afrontar estas pérdidas tendrán que ver con otros factores asociados, tales como la historia personal y las experiencias previas en relación a la elaboración de duelos, la red de apoyo social, la salud a nivel integral, los recursos económicos, entre otros.

Al referirse a la pérdida de vínculos, es pertinente reconocer que la pérdida de lazos significativos es un proceso natural pero doloroso. En el caso aquí planteado, además, debido a las condiciones en que se produjo el fallecimiento de sus catorce amigas, en virtud de la magnitud de la pérdida, teniendo en cuenta el contexto social de incertidumbre y temor generalizado debido a los efectos devastadores de la pandemia por COVID-19, el mismo resultó devastador. De acuerdo a lo relatado a lo largo de este escrito, podemos concluir en que, en el caso de C. el trabajo realizado en su espacio terapéutico le ha permitido elaborar algunos duelos que estaban detenidos: el deterioro de la salud de su padre, el padecimiento de su madre al tener que hacerse cargo ella en tanto cuidadora principal, la pérdida de sus amigas, la pérdida del rol que ella ocupaba en ese grupo de amigas, y, además, la pérdida de su propia juventud.

Desde el psicoanálisis, podemos pensar que, al elaborar esos duelos, inscribir esas pérdidas en tanto tal, destacando su carácter de aquello imposible de recuperar, se generan las condiciones para armar un nuevo campo de los posibles. Es decir, cuáles eran sus posibilidades actuales y con qué recursos contaba para, a partir de ahí, generar un nuevo proyecto de vida. En este sentido, Sigmund Freud en su texto “Duelo y Melancolía” establece una definición sobre el duelo, situando sus coordenadas y el trabajo psíquico que deberá realizar quien se encuentra en situación de pérdida. Lo define como la reacción frente a la pérdida de una persona ama-

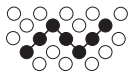
da o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (Freud, 1917: 241).

Respecto del trabajo que opera el duelo señala que el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto, sin embargo, aclara que este trabajo no será sin resistencia ya que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal. El mismo se ejecutará pieza por pieza con gran gasto de tiempo y energía, tiempo en el cual el objeto perdido continúa en lo psíquico.

Cada uno de los recuerdos y expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobre investidos, y que en ellos se consume el desasimiento de la libido. En tanto el duelo subsista se encontrará el doliente en un doloroso estado de ánimo y habrá cesado su interés por el mundo exterior, su yo se presentará inhibido y entregado por entero al trabajo del duelo, cerrando el interés por otros vínculos con la vida. Una vez que este trabajo se haya consumado el yo se volverá libre y desinhibido nuevamente, es decir que podrá disponer de su libido para la vida (Freud, 1917).

En el caso de C., este proceso planteado por Freud fue muy tangible. En la medida en que quedara detenida en la elaboración de esos duelos, resultaba imposible la posibilidad de generar otros proyectos.

En esta línea, resultan muy interesantes los aportes que realiza Jean Allouch (1995) respecto del duelo, quien lo plantea como acto creador, sostiene además que una vez acontecido dicho proceso psíquico implicará un cambio en la posición subjetiva del sujeto respecto de su modalidad de gozar del objeto, lo explica diciendo que el goce empuja al sujeto a permanecer ligado dolorosamente al objeto, en cambio el acto que se produce a través del duelo implica una posición de renuncia al goce, llamando al sujeto a optar por la vida y exigiéndole desprenderse del objeto amado sin anhelar un reencuentro y transformándolo en su subjetividad. Sin dudas la paciente a lo largo de su proceso terapéutico realizó un notable cambio de posición subjetiva.



Elaboración del duelo en personas mayores: un enfoque gerontológico y estrategias de gestión terapéuticas

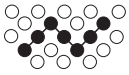
Por otro lado, Es destacable en el caso presentado la persistencia y habilidad de esta persona para buscar su propio camino, no dejándose tomar por las propuestas clásicas, formales, las que ella llamaba “las típicas”, sin embargo, vale mencionar que no todas las personas tendrán esa iniciativa y/o conocimientos acerca de las posibilidades existentes.

Por esa razón, resulta fundamental que quienes estén a cargo de tratamiento con personas mayores cuenten con el conocimiento acerca de los espacios de inclusión social disponibles en la comunidad, para poder ofrecer estos recursos, tanto como que cuenten con las herramientas para establecer redes, articular intervenciones conjuntas y realizar un seguimiento integral de los casos.

Nuestro objetivo, en lo referente a generación de estrategias terapéuticas con perspectiva gerontológica siempre tendrá que ver con la posibilidad de generar los mayores niveles de independencia, autonomía y calidad de vida que sean posibles para cada persona de acuerdo a su situación de vida a nivel integral.

REFERENCIAS

1. Allouch, Jean (1995). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Cuenco del Plata y Ediciones Literales.
2. Andrés, H (2003). Género, representaciones sociales de la vejez y Derechos Humanos. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
3. Butler, N. (1969) Age-ism: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, Pages 243–246, https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
4. Freud, S. *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
5. Gómez, J. y Curcio, C (2014). *Salud del anciano: Valoración*. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Editorial Blanecolor. Manizales, Colombia.
6. Iacub, Ricardo y otro (2007). *Psicología de la mediana edad y vejez*. (Módulo 3) Ministerio de Desarrollo Social (SENAF) y Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
7. Iacub, R. (2015). *Todo lo que usted quiso saber sobre la jubilación y nunca se animó a preguntar*. Buenos Aires: Paidós.
8. Salvarezza, L (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós, Buenos Aires.



Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Laura Andrea Dominguez Gallardo ¹

Resumen

***Introducción:** El episodio depresivo es la tercera causa de discapacidad en el mundo y la complicación más frecuente es el suicidio. Determinar los factores asociados es crucial para desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico precoz. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acudieron a consulta externa del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el 2015.*

***Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte longitudinal con componente analítico en 282 pacientes mayores de 60 años. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario con preguntas dirigidas para las variables sociodemográficas y clínicas, el índice de Barthel para dependencia, test de Gijón para riesgo social y Miniexamen Cognoscitivo para deterioro cognitivo; que identificaron las variables independientes. La variable dependiente fue medida con el test de depresión de Hamilton.*

***Resultados:** El rango de edad de la población estudiada fue de 36 años, con un límite inferior de 60 y superior de 96 años. El 50% se encontraba entre los 60 y 75 años de edad. La prevalencia de depresión fue del 67%. La depresión severa resultó la más frecuente (37%). En relación a las características sociodemográficas, la prevalencia fue mayor en el grupo de 75-89 años, sexo femenino y solteros.*

***Conclusión:** La prevalencia de depresión en consulta externa es del 67%. Las variables con significancia estadística fueron: edad 75-89 años, recibir medicación, comorbilidad, deterioro cognitivo, actividad física, falta de trabajo, riesgo social y dependencia para actividades cotidianas.*

***Palabras clave:** Depresión, factores de riesgo, persona mayor.*

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2024

Recibido:
29/10/2024

Aceptado:
20/11/2024

Abstract

The depressive disorder is a pathology common to aged patients. Being the third-leading cause of disability in the world, the third-largest reason in seeking consultation in primary care, and knowing that the most common outcome is suicide, determining the associated factors is crucial to developing preventative strategies and early detection. The objective of this study was to analyze the prevalence of depression and its associated factors in

geriatric patients that seek help at the Regional Hospital of Coronel Oviedo in the year 2015.

Materials and methods: Descriptive, observational research, of repeated trials with analytical components, of 282 patients who were 60 years or older, was conducted. The data was obtained from forms addressed with direct questions that identified all of the independent and dependent variables, the later being measured by Hamilton's scale of depression.

Results: The prevalence of depression

(1) Medicina Interna, Hospital Nacional de Itaugua. Correo electrónico: lauandg@gmail.com



Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

was found to be 67%, of which the severe type was the majority (37%). The associated factors were: being between the age of 75 and 89; lack of medication; comorbidity, multiple disorders simultaneously occurring in a patient; cognitive deterioration; lack of physical activity; lack of work; social risk; and loss of independence to perform daily tasks.

Conclusion: There is a high frequency of cases that prove positive for depression in our community. The risk factors identified are an important element for early diagnosis in geriatric patients.

Key words: Depression, risk factors, aged.

Introducción

La depresión representa el tercer motivo de consulta en atención primaria (Sarró-Maluquer, 2013). A pesar de ser tan prevalente, con frecuencia es infradiagnosticada. Hasta el año 2000, la población mayor de 60 años estaba compuesta por 606 millones de personas en todo el mundo, y para el 2050 se espera que sean aproximadamente 1,2 billones (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).

En el informe presentado por la CEPAL (Comisión económica para América Latina), se reporta que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina y el Caribe y precisa que en 2022 viven 88,6 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030.

La población mayor de 60 años se duplicará en las próximas tres décadas, según las proyecciones de Naciones Unidas (2024). En Paraguay se estima que el 9% de la población es mayor de 60 años (CEPAL, 2017). Actualmente, la esperanza de vida es de 72 años en hombres y 78 años en mujeres (OMS, 2015). El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial debería ir de la mano de una mejor calidad de vida. Y esta situación está siendo subestimada. El proceso de envejecimiento es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, psicológicas y sociales de la misma. Algunos autores la definen como la etapa de la vida que comienza a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70. Otros

simplemente dicen que es una definición social. Según la OMS (Zarebzi, 2021), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 longevos, y a las que sobrepasan los 90 se las denomina grandes longevos. En Latinoamérica en general, a todo paciente mayor de 60 años se le llama de forma indistinta: persona mayor (OMS, 2013).

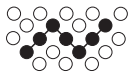
Hay una alta prevalencia de depresión en la persona mayor, ya que ésta tiene mayor morbilidad padeciendo tanto enfermedades físicas como psíquicas (8). Esta condición, además de afectar la calidad de vida, aumenta el riesgo de padecer deterioro cognitivo y dependencia, lo que a su vez conlleva un impacto social negativo en su entorno.

Es usual que los pacientes con trastorno depresivo se quejen más de malestares físicos que afectivos y que concurren a los servicios de salud buscando ayuda para sus síntomas somáticos (Corona y otros, 2016). Pero más usual aún es que para el médico esta depresión pase inadvertida.

Las estimaciones de subdiagnóstico de depresión varían entre los estudios desde el 8,5% hasta más del 50% (Yamabe y otros, 2019). En Canadá, en el año 2012, entre el 50% y el 67% de todos los casos de depresión no fueron diagnosticados según Pelletier y col. (Pelletier y otros 2017). Por otro lado, un estudio brasilero reciente informó un infradiagnóstico de depresión del 63,6% (Faisal-Cury, 2022).

Este infradiagnóstico podría deberse a mayor somatización y enmascaramiento de síntomas, ya que la fatiga, pérdida de apetito y falta de sueño son frecuentemente atribuidos al proceso de envejecimiento y no a la depresión, además de confusión con situaciones frecuentes a esta edad como duelo, cambio de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales, y en algunos casos, dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con la demencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) sostiene que “una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados”. Según esta misma organización, 450 millones de personas en el mundo no cumplen con los criterios de sanidad por la ausencia de bienestar psicológico, representando la tercera causa de discapacidad laboral y social y estima que pasará a ocupar el segundo lugar para el año 2030 (Corona y otros, 2016).



Dominguez Gallardo

La depresión en la persona mayor no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, sobre todo considerando que el suicidio es una complicación frecuente (González Abarca y otros, 2014).

Considerando todo esto, la presente investigación tuvo como objetivo identificar aquellos factores asociados con la depresión en las personas mayores y así hacer hincapié en grupos de riesgo identificados para un diagnóstico precoz.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con componente analítico. El universo estuvo representado por las personas mayores de 60 años que acudieron a consultorio externo de clínica médica del Hospital Regional “Dr. José Ángel Samudio” de la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay en el período de abril-octubre del año 2015.

La muestra ha sido recogida por muestreo probabilístico aleatorio simple. Para el tamaño de la muestra, se utilizó el software informático Epidat, con una proporción esperada del 24% (Corea Del Cid, 2021), precisión del 5% y amplitud del intervalo de confianza del 95%, arrojando una n : 281.

Se incluyeron a pacientes que tenían mínimamente 60 años de edad cumplidos en el corriente año y que aceptaron responder las preguntas del cuestionario firmando el consentimiento informado. Así mismo, se excluyeron a aquellos incapacitados o limitados para articular palabras o escuchar, aquellos con deterioro cognitivo severo (medido por el Miniexamen Cognoscitivo) y con proceso de duelo reciente (<12 meses) para evitar el sesgo de la interpretación errónea de un proceso de adaptación.

Se estudiaron 12 variables independientes agrupadas en sociodemográficas (edad, sexo y estado civil), clínicas (recibe medicación, polifarmacia (≥ 4 fármacos), diagnóstico previo de depresión, presencia de una o más comorbilidades, deterioro cognitivo), estilo de vida (actividad física regular) y psicosociales (trabajo, riesgo social y dependencia para realizar actividades cotidianas). Y es una variable dependiente,

; la presencia o no de depresión. Además, se clasificó el tipo de depresión presente (leve, moderada, severa y muy severa).

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un cuestionario dirigido con preguntas directas acerca de los factores de riesgo (variables independientes). La depresión (variable dependiente), fue medida y clasificada con la escala de depresión de Hamilton. La variable psicosocial “trabaja actualmente” se consideró en los casos en que reciben remuneración.

Para medir el riesgo social, el grado de dependencia y el estado cognitivo fueron utilizados, respectivamente, el test de Gijón, índice de Barthel y miniexamen cognitivo (MEC). Todas ellas validadas (Casado Berdejo y otros, 2015) para evitar mediciones inapropiadas por la vulnerabilidad de dichas variables a la medición subjetiva.

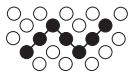
Para los encuestados declarados analfabetos, se corrigió el Mini Examen cognitivo de acuerdo a las reglas convencionales del mismo para analfabetos, modificando las puntuaciones respectivas.

Todos los datos recabados fueron enviados en planilla electrónica Excel para su posterior análisis buscando la prevalencia y asociación de factores de riesgo con la depresión mediante un análisis estadístico basado en el estadígrafo chi cuadrado de Pearson. Para el nivel de significancia se utilizó una $p < 0.05$, utilizando para ello el programa StataSE 11 (32 bit).

Aspectos éticos

Previo aceptación de la dirección del Hospital Regional de Cnel. Oviedo, los pacientes recibieron explicaciones punto por punto acerca del objetivo de cada pregunta, adaptándose a la lengua materna de cada encuestado y ejemplificando cada ítem para que quede lo más claro posible. Además de realizar el cuestionario y los tests buscando la privacidad, en lo posible, y pacientemente para evitar respuestas deshonestas y apuradas.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos y legales. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación y Docencia del Hospital Regional de Cnel. Oviedo.



Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Aquellos pacientes en quienes se detectó episodio depresivo, fueron presentados al departamento de salud mental del Hospital para su seguimiento.

En esta investigación toda información que los entrevistados aportaron ha sido anónima y utilizada de manera confidencial. Fueron respetadas las respuestas y opiniones de las personas entrevistadas; no se indujeron ni sugirieron respuestas y bajo ningún motivo se divulgaron, repitieron o comentaron las informaciones u opiniones proporcionadas por los encuestados.

Los pacientes aceptaron un consentimiento informado por escrito antes de comenzar con la encuesta.

Resultados

Ingresaron al estudio 286 pacientes. Se excluyeron 4 pacientes que presentaron deterioro cognitivo severo según el miniexamen cognoscitivo.

El límite inferior de edad fue de 60 y el límite superior de 96 años, con un rango de 36 años. La mediana fue de 68 años y el 50% de los pacientes se encontraba entre los 64 y 75 años de edad.

La prevalencia de depresión hallada en según el test de Hamilton fue del 67%, que corresponde a 188 personas mayores.

Respecto a las características sociodemográficas, la mayor prevalencia de depresión se encontró en el rango de 75 a 89 años, con un 97% de pacientes diagnosticados en este grupo de edad. Entre los pacientes de 60 a 74 años, el 58% estaba con depresión y el 64% de aquellos entre 90-96 años. Se encontró asociación entre edad y episodio depresivo (Tabla 1).

Tabla 1. Depresión según rango etario en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

Rango etario	Depresión	No depresión	Total
60-74 años	120 (58%)	88 (42%)	208 (74%)
75-89 años	61 (97%)	2 (3%)	63 (22%)
90-96 años	7 (64%)	4 (36%)	11 (4%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2 = 33.3696 p = 0.000

Según el sexo, la mayor prevalencia de depresión se observó en pacientes de sexo femenino (70% mujeres vs 61% hombres). No se encontró asociación estadística entre sexo y depresión (Tabla 2).

Tabla 2. Depresión según sexo en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

Sexo	Depresión	No depresión	Total
Femenino	128 (70%)	55 (30%)	183 (65%)
Masculino	60 (61%)	39 (39%)	99 (35%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Dominguez Gallardo

Según el estado civil de los pacientes que ingresaron al estudio, se agrupó aquellos pacientes sin pareja estable (solteros, viudos y separados) y se comparó con los casados; la diferencia fue mínima (67% vs 66%). No se observó asociación significativa entre depresión y estado civil (Tabla 3).

Al estudiar las características clínicas, se encontró relación estadísticamente significativa entre depresión y pacientes que reciben medicación para alguna otra patología crónica, presencia de comorbilidades y deterioro cognitivo leve y moderado (Tablas 4, 5 y 6). No se objetivó asociación con diagnóstico previo de depresión y polimedicación (Tablas 7 y 8).

Tabla 3. Depresión según estado civil en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Estado civil	Depresión	No depresión	Total
Soltero, viudo, separado	125 (67%)	61 (33%)	186 (66%)
Casado	63 (66%)	33 (34%)	96 (34%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 0.0711 p= 0.790

Tabla 4. Depresión y prescripción de medicación en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Recibe medicación	Depresión	No depresión	Total
Sí	167 (80%)	42 (20%)	209 (74%)
No	21 (29%)	52 (71%)	73 (26%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 63.6658 p= 0.0001

Tabla 5. Depresión y presencia de comorbilidades en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Comorbilidades	Depresión	No depresión	Total
Sí	158 (74%)	56 (26%)	214 (76%)
No	30 (44%)	38 (56%)	68 (24%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 20.5027 p= 0.0001

Tabla 6. Depresión y deterioro cognitivo medido con el minimental test en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Deterioro cognitivo	Depresión	No depresión	Total
Sí	98 (74%)	35 (26%)	133 (47%)
No	90 (60%)	59 (40%)	149 (53%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 5.5782 p = 0.018

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Tabla 7. Relación entre depresión actual y diagnóstico previo depresión en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Depresión previa	Depresión	No depresión	Total
Sí	80 (67%)	39 (33%)	119 (42%)
No	108 (66%)	55 (34%)	163 (58%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 0.0291 p= 0.865

Tabla 8. Depresión y polimedicación en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Polimedicación	Depresión	No depresión	Total
Sí	79 (70%)	34 (30%)	113 (40%)
No	109 (65%)	60 (35%)	169 (60%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 0.8934 p= 0.345

Tabla 9. Depresión y actividad física en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Realiza actividad física	Depresión	No depresión	Total
Sí	139 (79%)	37 (21%)	176 (62%)
No	49 (46%)	57 (54%)	106 (38%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 31.9321 p= 0.0001

El 79% (139/176) de los pacientes que realizaba actividad física regular se encontraba con depresión según el test de Hamilton, mientras que aquellos que no realizaban actividad física regular, presentaron depresión en la minoría de los casos; 46% (49/106). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Dominguez Gallardo

Tabla 10. Depresión y trabajo remunerado en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Trabaja actualmente	Depresión	No depresión	Total
Sí	60 (45%)	72 (55%)	132 (47%)
No	128 (85%)	22 (15%)	150 (53%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson $\chi^2= 50.2473$ $p= 0.0001$

El 55% (72/132) de las personas que tenían un trabajo remunerado no tenía depresión, mientras el 85% (128/150) de las personas que no trabajaba estaba con depresión. Se halló asociación; por lo que estar sin trabajo es un factor de riesgo para la depresión.

Tabla 11. Depresión y riesgo social medido con el test de Gijon en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Riesgo social	Depresión	No depresión	Total
Sí	104 (84%)	20 (16%)	124 (44%)
No	84 (53%)	74 (47%)	158 (56%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson $\chi^2= 29.4782$ $p= 0.0001$

El 84% de los pacientes con riesgo social estaba con depresión, en contraste con el 53% de aquellos que no presentaron riesgo social y estaba en depresión según el test de Hamilton. Se observó asociación entre riesgo social y depresión, considerándose el primero factor de riesgo para la depresión.

Tabla 12. Depresión y dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) medido con el índice de Barthel en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

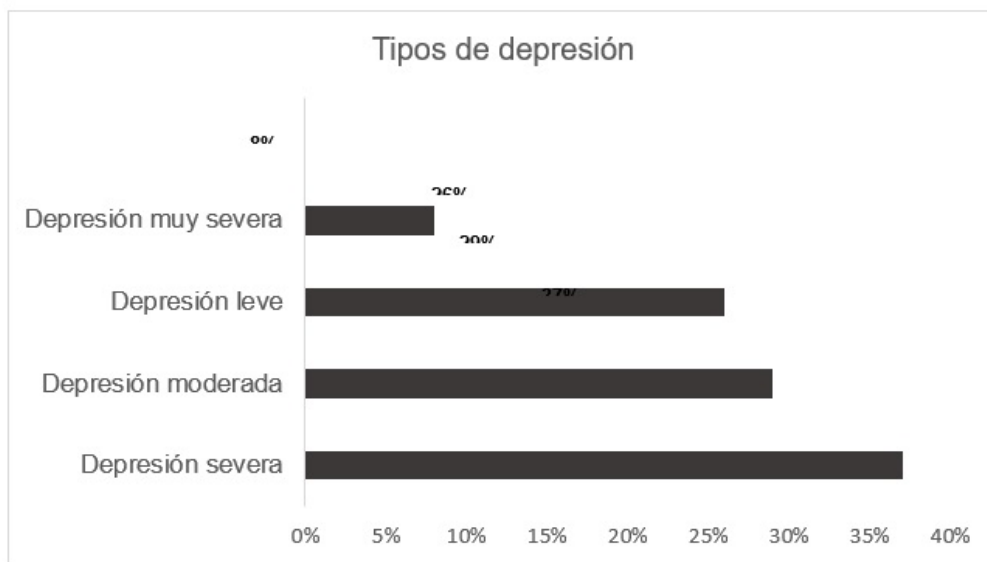
Dependencia ABVD	Depresión	No depresión	Total
Sí	81 (79%)	21 (21%)	102 (36%)
No	107 (59%)	73 (41%)	180 (64%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson $\chi^2= 11.6809$ $p= 0.001$

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

El 79% de los pacientes que dependen de cuidadores para realizar sus actividades cotidianas presentó depresión, mientras las personas mayores independientes presentaron diagnóstico de depresión en un porcentaje de 59%. Se halló asociación entre ambas variables, siendo más frecuente la depresión en los pacientes dependientes.

Gráfico 1. Frecuencia de depresión según tipos, medido con el test de Hamilton en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)



Según el test de Hamilton, al discriminar los tipos de depresión, la mayoría de las personas mayores entrevistadas (70/188) cursa con una depresión severa.

Discusión

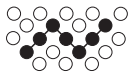
Los datos expuestos en este trabajo muestran una alta frecuencia de casos de depresión medidos según la escala de Hamilton entre las personas mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio”.

En un estudio realizado en personas mayores de la comunidad en un barrio de Asunción, Piñénez y Domínguez detectaron depresión en el 43% utilizando la escala de Yesa-

bage (Piñénez García y Domínguez, 2015). En Latinoamérica, en personas mayores de la comunidad oscila entre un 9,8% en Perú(8) y 60% en Colombia (Hurtado y Calderón, 2018) influyendo diversos factores como área urbana o rural, desarrollo económico y método diagnóstico utilizado.

El presente estudio revela que el 67% de la población estudiada sufre de depresión. Este dato coincide con hallazgos expuestos en otros países latinoamericanos, pero en su mayoría realizados en personas mayores institucionalizadas, como Ecuador (Hurtado y Calderón, 2018) y México (Durán-Badillo y otros, 2013).

Sin embargo, la frecuencia es mucho menor en estudios realizados en personas mayores de la comunidad.



Dominguez Gallardo

En 2021, Ericka Mendez en un estudio para evaluar la escala corta de Yesavage (Chacón, 2021) expone datos de los estudios SABE (Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe) y CRELES (Estudio de longevidad y envejecimiento saludable) en el que la prevalencia de personas mayores de la comunidad con algún síntoma depresivo varía del 3% (en Barbados) al 24,3% (Chile).

En países desarrollados, la prevalencia es mucho menor. No varía mucho más que alrededor del 10-12% según los distintos trabajos publicados. El estudio EURODEP(19) reportó frecuencias de entre 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12% y en Taiwan 21,2% (Hurtado y Calderón, 2018).

Diez años después, las cifras promedio se mantienen entre el 15-20% en los países desarrollados (Corea Del Cid, 2021, Zhong y otros, 2020), siendo claramente menos frecuentes los síntomas depresivos en personas mayores que habitan estos países.

Esta diferencia marcada en relación a otros estudios, sobre todo aquellos realizados en personas de la comunidad podría deberse a distintos factores, entre ellos el instrumento utilizado.

La escala de Hamilton fue originalmente diseñada para medir la severidad de depresión en pacientes adultos, y al contrario de otras escalas como la de Yesavage, mide además de los síntomas emocionales, los físicos (Purriños, 2013) para evaluar la gravedad total.

Si bien el test de Hamilton da la información de severidad de los síntomas depresivos, no es tan específico en este grupo etáreo pues los síntomas físicos como fatiga o insomnio son más frecuentes en personas mayores y suele ser multifactorial. Esto podría llevar a sobreestimar la prevalencia hallada con este instrumento. No obstante, un estudio español no halló diferencias entre la escala de Yesavage y la de Hamilton aplicado a población urbana (Zambrana y otros, 2016).

Este contexto también está acompañado de una subatención en salud mental, aumentando el riesgo de depresión no tratada o no diagnosticada en etapas tempranas, por la falta de pesquisa, lo cual se refleja en una mayor prevalencia.

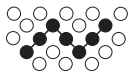
El factor ambiental también contribuye a la elevada prevalencia, por la falta de redes de apoyo social para personas mayores, barreras socioeconómicas, el edadismo que es un limitante para tener un trabajo remunerado y contribuyen al aislamiento de la persona mayor.

La presencia de comorbilidades es una variable no menos importante que influye en la alta prevalencia de síntomas depresivos en esta muestra. El 76% tenía alguna comorbilidad. Esta situación, en una ciudad con muchas barreras para el acceso a salud los lleva a convivir con dolor crónico mayor dependencia y baja expectativa de vida (Urbina y otros, 2007).

Según las características demográficas, el rango etario de 75-89 años es el más prevalente con una marcada diferencia con respecto a los demás grupos de edades (60-74 y 90-96), dato que no coincide con la mayoría de los estudios publicados (Zhong y otros, 2019; Júnior y otros, 2022; Santos Lian, 1990) que sostienen que la depresión es más frecuente cuanto más avanzada es la edad. Sin embargo, habría de tener en cuenta que, a mayor edad, más enmascarados se encuentran los síntomas por el deterioro físico y cognitivo que acompaña al envejecimiento.

A mayor edad, mayor dependencia (Piñáñez García y Domínguez, 2015). Lo que en general implica mayor apoyo familiar y social. Por otro lado, la expectativa de vida en Paraguay es menor a 80 años, por lo que aquellas personas mayores de 90 años suelen ser más modestos en su definición de bienestar. Esto último puede minimizar los síntomas depresivos al interrogatorio en esta franja etaria.

Por otro lado, no debemos olvidar que el subdiagnóstico es mucho más frecuente en personas más añosas (Hurtado y Calderón, 2018; Santos Lian, 1990; Ellis-yard, 2023), debido a que los síntomas se confunden con el deterioro cognitivo y otras características propias del envejecimiento fisiológico



Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

como la fatiga o inapetencia. Esto puede explicar la mayor frecuencia de síntomas depresivos hallados en personas menores de 90 años contradiciendo la literatura consultada.

Al igual que en los datos encontrados en la literatura, se encontró mayor frecuencia de depresión en mujeres (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019), aunque ambos sexos tienen la misma probabilidad de sufrirla. Esto coincide también con resultados expuestos en diferentes trabajos como los realizados por Corona Miranda y col en 2016 (Corona y otros, 2026), entre otros (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019; Portellano-Ortíz y otros, 2018).

Sin embargo, en contraste con el estudio de depresión en adultos mayores en Europa (EURODEP), en el que se indica que el sexo femenino constituye un factor de riesgo de depresión, en el presente estudio no se encontró asociación entre esta variable y la depresión.

En cuanto al estado civil, se vio una ínfima diferencia de presencia de síntomas depresivos entre los casados y los no casados (solteros, viudos y separados); la población con mayor depresión correspondió a los viudos y solteros, esto es comparable con el estudio realizado en el municipio de Holguín, en Cuba, en donde se encontró que la mayoría de los pacientes deprimidos no tenían pareja (Santos Lian, 1990).

Las variables clínicas estudiadas dieron resultados interesantes; encontrándose asociación con pacientes que reciben medicación, presencia de comorbilidad y deterioro cognitivo.

El hallazgo de deterioro cognitivo como factor de riesgo de depresión es similar a otros estudios consultados en la literatura (Júnior y otros, 2022; Molina De La Rans y otros, 2019; Portellano-Ortiz y otros, 2018; Faisca y otros, 2019).

Esto se explicaría porque el deterioro cognitivo puede deberse a lesiones neurológicas, vasculares o inflamatorias (Molina De La Rans y otros, 2019), que con el tiempo puede producir síntomas de depresión por lo que debe ser evaluado para evitar la progresión.

Además, la depresión y el deterioro cognitivo por lo general tienen una relación bidireccional en personas mayores (Ellis-yard, 2023). La depresión puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo. Asimismo, la presencia de deterioro cognitivo puede incrementar la vulnerabilidad a síntomas depresivos.

En algunos tipos de demencia, la depresión y el aislamiento pueden ser los síntomas iniciales, antecedendo y luego superponiéndose con un trastorno neurocognitivo menor (Pérez, 2018).

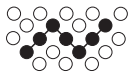
En algunas personas mayores, la depresión puede presentarse con síntomas que simulan un deterioro cognitivo. Esto se debe a falta de atención y concentración. La característica de esta entidad es que con un tratamiento antidepressivo óptimo mejora la evaluación cognitiva (Ellis-yard, 2023).

Y, por otro lado, el deterioro cognitivo en la persona mayor se asocia con un peor pronóstico funcional y una mayor dependencia (Durán-Badillo y otros, 2013), afectando negativamente la calidad de vida, lo que frecuentemente predispone a la depresión. Es decir, ambas entidades se influyen mutuamente.

Un planteamiento descrito por Lee y col., citado por Pérez y col. (Pérez, 2018), sugiere que las personas con depresión desarrollan deterioro cognitivo leve en la evolución de la enfermedad. Esto se sustenta en estudios en los que mejora la función cognitiva al instaurar un tratamiento exitoso para la depresión (Guillén y otros, 2022).

La presencia de comorbilidades como factor asociado se describe también en varios artículos (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019; Santos Lian, 1990; Portellano-Ortiz y otros, 2018) tanto para la aparición de depresión como para su cronificación. El hecho de recibir medicación es un factor que mide, indirectamente, la presencia de comorbilidad, por lo que también resultó ser una variable con asociación significativa.

Tanto la presencia de alguna comorbilidad como de deterioro cognitivo en las personas mayores significa un



Dominguez Gallardo

declive físico y cognitivo, por lo que no es raro que desarrollen depresión como reacción psicológica ante la pérdida de su independencia para realizar las actividades de la vida diaria.

La polifarmacia, considerada en este estudio según la definición de la OMS como el consumo simultáneo de tres o más fármacos (Hernández y otros, 2018) y el antecedente patológico personal de depresión no se asoció en esta muestra con la presencia de síntomas depresivos, al contrario de lo que encontraron Rodríguez Vargas y col. en su estudio(26) en el que se asoció fuertemente la polifarmacia y el antecedente previo de algún trastorno mental, sobre todo trastornos ansiosos y depresivos con el hallazgo de depresión.

En contraste con las evidencias científicas que hablan del impacto de llevar una vida sedentaria en esta etapa de la vida (OMS, 2013) y la importancia de mantener una rutina de actividad física, en este estudio se encontró asociación con dicha variable pero se halló una mayor frecuencia de depresión en aquellos que realizaban actividad física regular.

Esto podría explicarse porque en nuestro medio, no es habitual que un paciente sano realice actividad física y menos en personas mayores; recién ante la presencia de alguna enfermedad (como la depresión misma) y la recomendación (e insistencia) del equipo de salud se valora la posibilidad de incluirla dentro de los hábitos diarios, por las implicancias sociales que esto conlleva (lugares seguros, costos, cuidador, entre otros).

La segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles informó que solo el 36,3% de la población paraguaya realiza algún tipo de actividad física (Instituto Nacional de Estadística MYB, 2022). Y un estudio publicado por Cañete y colaboradores en 2017, sobre nivel de actividad física en la población adulta mayor paraguaya mostró que el grupo con mayor prevalencia de inactividad física fue el mayor a 55 años.

No obstante, sería importante realizar un estudio de cohorte para indagar más este hallazgo y establecer las relaciones de causalidad en esta asociación limitada por la naturaleza transversal del cuestionario utilizado.

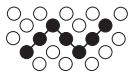
Factores como la infraestructura poco amigable de los espacios públicos para la deambulacion en Paraguay para con las personas mayores, así como necesidad de supervisión, espacios y programas adaptados, con los que la ciudad no cuenta, crea más barreras para instalar el hábito de estar en movimiento.

Otros datos de gran interés son los relacionados a las variables psicosociales. Se halló asociación estadísticamente significativa con la presencia de riesgo social, falta de trabajo y dependencia para realizar actividades cotidianas. Estos factores se encuentran claramente vinculados a la presencia de síntomas depresivos y coinciden con varios estudios publicados (Corea Del Cid, 2021; Molina De La Rans, 2019, Portellano-Ortiz y otros, 2018). Esto se puede explicar porque la falta de independencia económica y la dependencia para realizar actividades básicas en la vida diaria llevan a un estado de estrés. Además de una mala calidad de vida, fácilmente el paciente en este estado previo desarrolla un episodio depresivo.

En cuanto a los tipos de depresión, se observó que la forma predominante fue la severa, seguida en orden decreciente por la moderada, leve y muy severa. Al contrario de lo que se encontró en el estudio llevado a cabo por Juan Ramón Urbina y colaboradores en España en (Santos Lian, 1990) donde predominó la de tipo leve. Sin embargo, en un estudio realizado en Colombia (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019), un país en vías de desarrollo como el nuestro, la forma de presentación más frecuentemente hallada fue también la depresión severa

Este trabajo presenta limitaciones. La primera es el diseño del estudio que no permite establecer una relación causal. Por ejemplo, se desconoce la secuencia si la presencia de síntomas depresivos es consecuencia de un riesgo social o la situación social del paciente es secundaria a su falta de adaptación a los cambios propios del envejecimiento en su estado depresivo.

La segunda limitación es la posibilidad de sesgo por autoinforme de los participantes y la influencia de factores culturales y sociales en los resultados.



Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Otra limitación es el instrumento de medición, que no es tan útil en esta población para tamizar depresión, pero sí para medir la severidad de los síntomas, y para estimar la gravedad incluye los síntomas físicos, lo que podría sobreestimar la prevalencia.

Este estudio deja clara la necesidad de realizar estudios de cohorte que permitan establecer relaciones de causalidad entre las asociaciones halladas, sería recomendable también comparar la prevalencia medida con otros instrumentos.

Conclusiones y recomendaciones

La prevalencia de depresión en personas mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Regional de Cnel. Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” es alta, representando el 67% de la población estudiada. Prevalence la depresión severa (37%), siguiendo en frecuencia la moderada, la leve y la depresión muy severa.

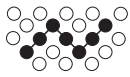
Los factores asociados al episodio depresivo son: edad 75-89 años, recibir medicación, presencia de comorbilidades, deterioro cognitivo, actividad física, falta de trabajo, riesgo social y dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Queda clara la importancia de buscar e identificar los síntomas depresivos en las personas mayores, independientemente del motivo que los lleve a consultar.

La relevancia de este estudio radica en que permitió discriminar el grupo de personas mayores vulnerables sobre quienes habrá que dirigir acciones de prevención. Constituye, además, la base para futuros estudios más ambiciosos que permitirán encontrar nuevas evidencias científicas relacionadas con este problema.

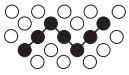
REFERENCIAS

1. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depression in the elderly: Prevalence and associated factors. *Semergen*. 2013;39(7):354-60.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento en América Latina y el Caribe Inclusión y derechos. Quinta Conf Reg Intergub sobre Envejec y Derechos las Pers Mayores en Am Lat y el Caribe [Internet]. 2022;19-175. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
3. United Nations. The 2024 Revision of World Population Prospects [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 8]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
4. CEPAL. Informe Avances. In 2017. p. 1-8.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial. In: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2015. p. 16. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/434/43443303.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005&lng=en&nrm=iso&tln g=es%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X1992000300005&lng=en&nrm=iso&tln g=es%5Cnht
6. Zarebzi Graciela. La Organización Mundial de la Salud (OMS): del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. *Desafíos para la gerontología*. *Gerontol Today*. 2021;1(26970651):13-23.
7. OMS. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2th ed. Quintero Osorio MA, editor. Vol. 2. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. 319 p.
8. Hurtado, Alberto. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2018;29(3):182. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/3408/3570>
9. Beatriz Corona M, Mariano Bonet G, Roche García R, Pérez Varona P, Sánchez Hernández M. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2016;54(2):18-28. Available from: <http://revidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/94/105>
10. Yamabe K, Liebert R, Flores N, Pashos CL. Health-related quality of life outcomes, economic burden, and associated costs among diagnosed and undiagnosed depression patients in Japan. *Clin Outcomes Res*. 2019;11:233-43.
11. Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Underdiagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(4):414-23.



Dominguez Gallardo

12. Faisal-Cury A, Ciebold C, de Oliveira Rodrigues DM, Matijasevich A. Subdiagnóstico de depresión: prevalencia y factores asociados. Un estudio de base poblacional. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2022;151:157–65. Available from: https://www-sciencedirect-com.translate.google/science/article/abs/pii/S002239562200228X?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge#:~:text=Depression underdiagnosis prevalence was 63.6,chronic disease and medical appointments.
13. González Abarca A, Ramos Corrales J, Nolasco García E. Depresión y suicidio. *Rev Médico-Científica de la Secr Salud Jalisco*. 2014;47–55
14. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública Depression and its impact in public health. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2021;89(1):1–68. Available from: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
15. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Vallejo Villalobos JR, Muñoz Bermejo L, Arrabal León N, Barcena Calvo C. Valoración geriátrica integral. *Rev Enferm*. 2015;38(9):55–60.
16. Piñáñez García MC, Re Domínguez ML. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna*. 2015;2(2):63–9.
17. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Univ*. 2013;10(2):36–42.
18. Chacón EM. Psychometric evaluation of the abbreviated scale of Yesavage depression in older adults in several cities in Latin America: Studies SABE and CRELES. *Interdisciplinaria*. 2021;38(2):103–15.
19. Depression among older people in Europe : the EURODEP studies. 1816; (Study 1):45–9.
20. Zhong BL, Ruan YF, Xu YM, Chen WC, Liu LF. Prevalence and recognition of depressive disorders among Chinese older adults receiving primary care: A multi-center cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2020;260(June 2019):26–31.
21. Purriños MJ. Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *Serv Epidemiol* [Internet]. 2013;1–4. Available from: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
22. Zambrana Calvi G, Plomo Atance E, Muñoz-Rodríguez JR, Romero Vigara J. Prevalencia de depresión en ancianos en población urbana. *Med Fam Semer*. 2016;42(15):3707.
23. Urbina JR, Flores J, García M, Torres L, Torrubias R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* [Internet]. 2007;21(1):37–42. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112007000100008&script=sci_arttext&tlng=
24. Júnior EVDS, Cruz DP, Silva CDS, Rosa RS, Peloso-Carvalho BDM, Sawada NO. Implicaciones de la depresión en la calidad de vida en el anciano: estudio seccional. *Enferm Glob*. 2022;21(1):433–46.
25. Molina De La Rans K, Calvo Pérez L, Mosquera Meza M. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. *Cienc e Innovación en Salud* [Internet]. 2019;67:1–18. Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3618>
26. Santos Lian A. Depresion En La Tercera Edad. *Geriatrka*. 1990;6(1):71–4.
27. Ellis-yard ML. Depresión en el adulto mayor , demencia o pseudodemencia Depression in the elderly , dementia or pseudodementia. 2023;1–21.
28. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(4):216–26.
29. Faisca LR, Afonso RM, Pereira H, Vaz Patto MA. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*. 2019;37(2):209–22.
30. Pérez Á. Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. *Investig y Pensam Crítico*. 2018;6(2):05–12.
31. Guillén J, Neyra C, Runzer F, Gutiérrez E. Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Rev Finlay* [Internet]. 2022;12(3):6. Available from: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171%0Ahttp://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171/2130>
32. Hernández F, Álvarez M del C, Junco VL, Valdés I, Hidalgo M. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Rev medica electrón*. 2018;vol.40 no.:2053–70.
33. Instituto Nacional de Estadística MYB. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo No Transmisibles [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.ine.gov.py/news/news-contenido.php?cod-news=1623#:~:text=La prevalencia es la misma,en su estilo de vida.>
34. Cañete F, Sequera G, Santacruz E, Enciso E, Hernegard S. Nivel de actividad física en la población adulta del Paraguay. Prevalencia y factores. *An Fac Cienc Méd Asunción*. 2017;50(03):17–28.



Asociación Española de envejecimiento activo y saludable (AEEAS)*: Presentación, objetivos y metas

Resumen

Actualmente existe una coyuntura caracterizada por el envejecimiento demográfico de la población, la longevidad y el acceso a la tercera edad del cohorte numeroso del fenómeno babyboom. Ante este reto social, sanitario y económico, se hace necesaria la adopción de medidas y políticas especializadas para confrontar este tsunami plateado. En este contexto, nace la Asociación Española de envejecimiento activo y saludable.

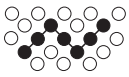
Palabras clave: Envejecimiento activo, Asociación, vejez, tercera edad.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2024

Abstract

Currently there is a situation characterized by the demographic aging of the population, the longevity and access to the elderly of the large cohort of the baby boom phenomenon. Faced with this social, health and economic challenge, the adoption of specialized measures and policies is necessary to confront this silver tsunami. In this context, the Spanish Association for active and healthy aging (Asociación española de envejecimiento activo y saludable) was born.

Key words: Professional meeting, Entrepreneurship, Psychogerontology.



Introducción

Estudios pronostican un envejecimiento poblacional significativo que demandará respectivas soluciones y programas específicos para dar cobertura a la amplitud de necesidades vinculadas al fenómeno.

El envejecimiento de la población a nivel mundial y más concretamente en España, corresponde a un triunfo (aunque también un desafío) a la longevidad, a la implantación de una calidad de vida cada vez mayor de nuestros mayores y a un sistema sanitario de garantías. Este incremento de la población mayor, viene asociado por desgracia, a un aumento cada vez más significativo e inevitable en las demencias. Datos actuales corroboran el ascenso de las enfermedades neurodegenerativas (en concreto, la enfermedad de Alzheimer), situándose como la tercera enfermedad en consumir costes sociales y económicos.

España aparece reseñada como el país de la UE con mayor esperanza de vida, con una media de ochenta y cuatro años, según Eurostat, una media que se coloca 2,5 puntos por encima de la media europea. Proyecciones procedentes de estudios médicos y demográficos sitúan a España al nivel de Japón, quizás equiparándolas en un futuro como el país más longevo del mundo. Ante este escenario, es necesario y primordial, desarrollar e implantar medidas de actuación acordes a esta compleja realidad.

En torno a esta coyuntura particular nace este proyecto, la Asociación Española de envejecimiento activo y saludable (AEEAS), una asociación constituida por profesionales del ámbito de la Geriátrica con propósitos multidisciplinares. Buscan paliar una serie de lagunas existentes en cuanto a la continuidad de hábitos de vida saludables y derechos de las personas mayores. Esta iniciativa pionera pretende corresponder - *de este modo*- a las cifras elevadas de población mayor que lideran actualmente el fenómeno que conocemos como longevidad.

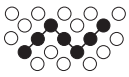
Asociación Española de envejecimiento activo y saludable: objetivos y metas

La Asociación Española de envejecimiento activo y saludable busca ser un referente nacional así como un generador de transformación social en torno a lograr instaurar el seguimiento de un envejecimiento activo y saludable en nuestros mayores.

Destacan su modo de actuación, a través de propuestas de participación social plena, concienciación pública, calidad de vida y otorgando voz a las personas mayores para conocer sus necesidades e inquietudes. Del mismo modo, la Asociación Española de envejecimiento activo y saludable fomentará el diálogo y formación, mediante consejería profesional, (dirigida tanto a familiares cuidadores como a disipar dudas relativas al diagnóstico y trayectoria de la enfermedad). Del mismo modo, ocupa especial relevancia la conservación de capacidades mentales con la implantación de talleres de estimulación cognitiva. La difusión y la divulgación en enfermedades neurodegenerativas así como la formación en cultura digital y la concienciación social acerca la realidad en cuanto a las enfermedades neurodegenerativas a través de eventos informativos, formativos y académicos, mediante encuentros formativos, congresos, charlas y cursos.

La misión de la Asociación Española de envejecimiento activo y saludable se centra fundamentalmente en las personas mayores, apoyándoles para que se inicien en una vida activa, saludable y conectada. A través de la participación social, el ocio activo, el ejercicio físico, la capacitación y el asesoramiento profesional. El objetivo principal radica en mejorar la salud social, mental y física de las personas mayores, a través de programas comunitarios de promoción de la salud.

Esta asociación tiene como destinatarios a los colectivos de: personas mayores, afectados por las enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer y otras demencias), cuidadores informales o familiares, profesionales en formación o en activo y estudiantes sociosanitarios,



Asociación Española de envejecimiento activo y saludable (AEEAS): Presentación, objetivos y metas

El equipo

La Asociación Española de envejecimiento activo y saludable está compuesta por la Junta directiva, sus socios/as y los dos comités de expertos: nacional e internacional. La Junta directiva está compuesta por Angel Moreno Toledo, Psicogerontólogo y formador que ejerce la función de Presidente, el Secretario es Pilar Gutiérrez Siles y Tesorero y Coordinadora de Proyectos e Ingeniera, Francisca Santana Rodríguez.

El equipo cuenta además con dos comités de expertos de corte multidisciplinar, compuestos en Comité de expertos nacional y comité de expertos internacional. El comité nacional se encuentra conformado por doce expertos de diferentes puntos de la geografía española de diferentes áreas de intervención. Entre ellos, expertos en intervención social y tejido asociativo, Trabajadores sociales y Sociólogos, Pedagogos, Médicos, Psicólogos y profesionales universitarios del área de la Geriatria y la Gerontología. En torno al comité internacional, queda conformado con diez profesionales de diferentes países, entre los que destacan: Argentina, Cuba, Portugal, Uruguay, Estados Unidos, Canadá y Andorra. Todos son destacados profesionales del ámbito de la Geriatria del mundo académico, especialistas en envejecimiento y asesoramiento familiar y expertos en Gerontología.

Contexto

Actualmente el desmesurado ascenso demográfico de la edad avanzada corresponde a un reto mayúsculo, una realidad que demandará adaptación y medidas en un futuro cercano. Una coyuntura de descenso de la natalidad y el advenimiento de cohortes numerosos la tercera edad están propiciando este nuevo contexto. Datos recientes de Eurostat destacan una población cada vez más envejecida, donde la proporción de personas mayores de ochenta años se duplicó prácticamente en dos décadas (2002-2020) (INE, 2021). De este modo, la proporción de personas mayores de 65 años está en torno a un 20.4% y subirá diez puntos más en 2050. La esperanza de vida se encuentra en los 80 años. España es ya el tercer país de la UE con mayor número de personas mayores y la tendencia continuará ascendiendo.

Este escenario sigue la línea de la amplitud de necesidades insatisfechas que profieren las personas mayores. Existe ruptura de lazos sociales que provocan soledad, aislamiento y cuadros de depresión o suicidio. La incidencia cada vez mayor de patologías neurodegenerativas, con un dato estremecedor, se diagnostican aproximadamente 40.000 nuevos casos de Alzheimer cada año (SEN, 2024).

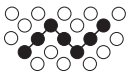
Pasos, caminos, metas

La Asociación Española de envejecimiento activo y saludable (AEEAS) ha diseñado una serie de actuaciones calendarizadas para comenzar a responder a las necesidades, intereses e inquietudes de las personas mayores. Las actividades propuestas serán recreativas, sociales, culturales y educativas, también se centrarán en la atención psicológica, en la educación y en la instrucción. Entre otras actividades tendrán cabida la organización de grupos de autoapoyo para familiares de personas dependientes, atención psicológica y social y asesoramiento individualizado. De igual modo, se promoverán encuentros profesionales y docentes asociados al análisis e investigación del envejecimiento y de sus patologías, así como también labores de sensibilización e información comunitaria.

DAFO

Una primera aproximación nos lleva a contemplar el análisis situacional de debilidades y amenazas y fortalezas y oportunidades.

Ciertamente, el trabajo con esta población posee una serie de características particulares como la fragilidad física, la vulnerabilidad o la baja actividad física (con tendencia al inmovilismo y al sedentarismo). Del mismo modo, existe una laguna formativa en torno a profesionales y cuidadores acerca del envejecimiento y sus patologías comunes. Esto, se une, lógicamente a la amplitud de necesidades insatisfechas que manifiestan las personas mayores (básicas, de prestación de servicios o instructi-



Asociación Española de envejecimiento activo y saludable (AEEAS): Presentación, objetivos y metas

tivas / formativas). El debilitamiento de la red social de apoyos y la inaccesibilidad de determinados servicios son bastante frecuentes. En cuanto a las amenazas, existe una elevada proporción de la tasa de envejecimiento poblacional que demandará mayores esfuerzos en sanidad, atención especializada y costes asistenciales. La coyuntura económica del país se encuentra inmersa en plena inflación y la pérdida de empleo. La soledad y el aislamiento siguen siendo problemas que resolver y que están afectando a muchas personas mayores del país.

El Edadismo irrumpe como la forma de discriminación social por edad, muy extendida y presente actualmente, que promueve una visión decadente y patológica del envejecimiento. En el término de las demencias, éstas continúan con su proliferación, con el aumento de casos por año.

Analizando los factores positivos, las fortalezas se impulsan bajo una concienciación global, cada vez es mayor el interés por promover una mayor calidad de vida en nuestros mayores. La colaboración intersectorial y multidisciplinar entre profesionales es un hecho factible, existe marcado interés de éstos en participar en programas de intervención, en eventos de divulgación del conocimiento en áreas de la Geriatria y la Gerontología correlacionando con un dinamismo muy potente en el sector

La integración y la participación social está cada vez más de actualidad: asociaciones sin ánimo de lucro, asociaciones vecinales, peñas o grupos comunitarios, están promoviendo la ampliación de la red social oportuna de las personas mayores en su comunidad. En cuanto a las oportunidades, el cambio demográfico, el aumento de la longevidad es garante suficiente para afirmar que el envejecer es un éxito en nuestro país, se propicia llegar satisfactoriamente a la edad avanzada.

Referencias

1. Albanesi, S. and Olivetti, C. (2014). Maternal health and the baby boom. *Quantitative Economics* 5(2): 225–269. doi:10.3982/QE315.
2. Asociación Española de envejecimiento activo y saludable.(2024) www.aeeas.org
3. Eurostat . Population structure indicators at national level (2024) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_815687/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=4c802ba9-e830-435d-9655-509676433a5c
4. Reher, D.S. (2015). Baby booms, busts, and population ageing in the developed world.
5. SEN (2024). "Cada año se diagnostican unos 10 millones de nuevos casos de Alzheimer en el mundo". <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link347.pdf>



III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

"Planificación, innovación y avances terapéuticos"*

Resumen

Como parte de una cita anual, esta tercera edición tuvo lugar en Santiago de Compostela, en la sede de la Facultad de Psicología USC. Bajo el lema: "Planificación, innovación y avances terapéuticos", el programa compuesto por diez ponencias (de diferentes características, conferencia, mesa redonda y panel), junto al seminario de casos y una visita institucional. El perfil multidisciplinar de expertos abordó una temática plural, con intervenciones implicadas en diferentes áreas del conocimiento. La organización del evento configuró sus temáticas en torno a tres grandes áreas: Clínica, Social, Terapia, Tecnología y Dirección.

Palabras clave: Congreso, enfermedades neurodegenerativas.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2024

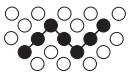
Abstract

As part of an annual event, this third edition took place in Santiago de Compostela, at the headquarters of the USC Faculty of Psychology. Under the motto: "Planning, innovation and therapeutic advances", the program consists of ten presentations (of different characteristics, conference, round table and panel), together with the case seminar and an institutional visit. The multidisciplinary profile of experts addressed a plural topic, with

interventions involved in different areas of knowledge. The organization of the event configured its themes around three large areas: Clinical, Social, Therapy, Technology and Management.

Keywords: Congress,
neurodegenerative diseases.

* Celebrado en Santiago de Compostela, Facultad de Psicología (USC) los días 20-22 de noviembre de 2024. Agradecimientos a FAGAL (Federación Alzheimer Galicia), USC (Universidad de Santiago de Compostela), Inn4life, Mi Residencia y Resiplus.



III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

Introducción

Estudios actuales destacan el auge en la prevalencia de las enfermedades neurológicas en todo el mundo. Éstos suponen el padecimiento de condiciones que afectan directamente a la capacidad cognitiva, física y funcional. Los costes asociados al tratamiento de estas patologías están provocando un enorme impacto en la sociedad, que demanda mayor número de recursos y profesionales para hacer frente a esta problemática. Las cifras van en aumento, particularmente en casos crecientes como la enfermedad de Alzheimer o la ELA.

El abordaje de estas patologías exige un perfil profesional experimentado y formado así como una intervención que incorpore diferentes áreas de conocimiento, abogando lógicamente, por la multidisciplinariedad.

Congreso

Las sesiones fueron organizadas en torno a tres jornadas, las cuales fueron dedicadas a cinco ponencias por día junto con el seminario de casos y la visita institucional a las instalaciones de AGADEA. El discurso de apertura estuvo presidido por las entidades organizadoras, Neurama, La Universidad de Santiago de Compostela y FAGAL (Federación Alzheimer Galicia).

La primera intervención del programa estuvo dirigida por *Ángel Moreno Toledo*, Director de Neurama, que presentó a la audiencia las dinámicas y problemáticas consecuentes al cuidado en las demencias, una ponencia que ubicó al cuidador en torno a las bases del estrés y la fenomenología de la sobrecarga, la cronicidad y la desconexión social que habitualmente padece el cuidador domiciliario en el cuidado de su ser querido. Del mismo modo, se aportaron consejos y medidas de actuación para desarrollar un cuidado óptimo en torno al núcleo familiar.

A continuación tuvo lugar una mesa redonda presidida por profesionales y cuidadores del tejido asociativo en torno a la enfermedad de Alzheimer. La neuropsicóloga de AGADEA, Taida Sánchez Rego y Maitane Fernández, Trabajadora Social de AFALU. Abordaron el trabajo con familias desde sus organizaciones, destacaron la labor formativa desempeñada por las escuelas de familias y la implantación del modelo ACP

mediante la búsqueda del bienestar emocional y físico, el establecimiento de relaciones interpersonales, la inclusión social, la autodeterminación y la defensa de sus derechos. Este acercamiento supone un cambio de paradigma necesario, uno que determina indudablemente centrarse en las capacidades y no en limitaciones, apostando por un modelo de corte biopsicosocial y multidisciplinar.

Los profesionales destacaron la importancia de llevar a cabo intervenciones siguiendo un enfoque individualizado, teniendo en cuenta la historia de vida particular del paciente, sus aspectos biográficos y la esencia de la memoria emocional. La mesa redonda completó su intervención con el testimonio de *Ramón*, un cuidador cónyuge experto, con doce años de trayectoria en el cuidado informal. Ramón transmitió al público asistente la relevancia de que el sistema de salud dispusiera de un servicio organizado para acompañar, guiar y asesorar al cuidador y al paciente que reciben el diagnóstico fatal de la enfermedad de Alzheimer, con el objetivo de, desde los primeros pasos, permitir una ayuda informativa, institucional y de apoyo social para caminar de forma adecuada por el siempre difícil y espinoso camino de las demencias.

La siguiente intervención en formato conferencia, ubicó al público a conocer la *Ataxia Costa da Morte*, de la mano de *María Jesús Sobrido Gómez*, Neuróloga experta y pionera en el estudio y seguimiento de esta desconocida enfermedad neurodegenerativa. Un tipo de Ataxia cuya afectación se desarrolla en torno a los 40-70 años de edad y que se manifiesta fundamentalmente con disartía y disfagia, Ataxia (truncal > apendicular), hipoacusia neurosensorial, fasciculaciones, atrofia lingual, signos piramidales, ptosis palpebral y alteraciones conductuales. Una condición que está determinada por una expansión del ADN y por el efecto cuello de botella.

Leiro Lodeiro, Logopeda y profesora de la Universidad de A Coruña, presentó las dificultades de deglución y su impacto en las enfermedades neurodegenerativas. La intervención clarificó los conceptos de deglución, sus tipos, consecuencias y grado de afectación.

Para cerrar la primera jornada, un panel constituido por diferentes profesionales del ámbito institucional (asociaciones y residencias), expusieron su día a día en torno a la intervención en terapias y tratamientos de rehabilitación. Los ponentes invitados, Cristina Martínez Silva, Terapeuta Ocupacional (AGAELA), Alba Mayán Carballa, Terapeuta Ocupacional (AFAPO),

III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas



Acto inaugural III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas, Santiago de Compostela

Elías González Estrada, Psicólogo (Saraiva Milladoiro), e *Irene Pazos*, Psicóloga y Terapeuta Ocupacional (AFAL Ferroltera). El equipo de AGAELA nace como un centro con un abordaje telemático, llevando a cabo una atención telefónica de casos de personas con ELA. Una labor desempeñada en torno al seguimiento de casos, escucha activa, solicitudes y trámites para el acceso a recursos y ayuda terapéutica. En cuanto a AFAPO, son una asociación con un largo recorrido, realizan a través de un equipo de profesionales multidisciplinar, la atención a enfermos de Alzheimer y sus familias a través de talleres, actividades lúdicas y recreativas y asesoramiento familiar.

Elías González expuso las posibilidades terapéuticas de Saraiva con su actuación en Pontevedra, Milladoiro y A Coruña. La implementación del modelo ACP en su metodología de trabajo implica conocer a la persona en profundidad y coordinar terapias adecuadas al paciente inmerso en un ambiente tranquilo y hogareño.

De igual modo, el procedimiento de la Terapia de la Validación apoya al acompañamiento de personas con un nivel de desorientación grave y comprender cómo vive el padecimiento de la enfermedad y su sintomatología adversa.

AFAL, con dos centros terapéuticos en la atención a las demencias, aborda también sus casos mediante el modelo de atención ACP. Diversas actividades son propuestas en su programación diaria donde contemplan entre otras, actividades cognitivas, de desarrollo de AVD (talleres de cocina, belleza, autocuidado) y Terapia Asistida con animales de compañía.

La segunda jornada comenzó de mañana, con un seminario de casos especializado con plazas limitadas. Esta actividad fue dirigida por Ángel Moreno Toledo, Director / Editor de Neurama y por José Caamaño Ponte, Médico Geriatra. Los casos prácticos exploraron los síntomas psicológicos y conductuales en las demencias, a través de sesiones de teo-

III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

ría que abordaron la agresividad en el enfermo de Alzheimer y la demencia por cuerpos de Lewy, ambas enfermedades neurodegenerativas fundamentadas en casos prácticos.

La primera intervención del Congreso nos situó a conocer la realidad de la figura de la enfermera gestora de casos en cuanto a enfermedades raras, *Tamara Santomé*, Enfermera en la unidad funcional multidisciplinar de enfermedades raras del Hospital Álvaro Cunqueiro. Esta figura específica tiene como objetivo, establecer un nuevo modelo asistencial para este tipo de enfermedades minoritarias.

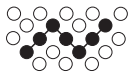
José Caamaño, Médico Geriatra presentó las bases de manifestación y afectación del Síndrome Crepuscular o del Atardecer en casos de demencia. Un curioso síndrome cuya abrumadora sintomatología suele verse acompañada de reacciones agresivas, agitación e impulsividad. Un cuadro generado por causa multifactorial. Se exploraron los determinantes y los factores agravantes e incluso aquellos fármacos que pudieran precipitarlo.

La siguiente ponencia exploró las posibilidades del software especializado Resiplus, programa líder en gestión de centros geriátricos, centros de día y discapacitados. De la mano de la consultora *Rosibel Almeida Pimentel*, que presentó a la audiencia una herramienta de la cual confían 2600 centros actualmente con una tasa de aceptación y satisfacción del 95% con más de 33000 profesionales que utilizan el software especializado cada día. Un recurso competitivo y práctico, siempre a la vanguardia, para gestionar adecuadamente de forma sencilla y práctica centros de atención. www.addinformatica.com

La mesa redonda de Salud digital y Living labs, presentaba una colaboración y esfuerzo conjunto y una alianza profesional España - Portugal, desde el programa Interreg Inn4life. Estos centros son entornos de experimentación y validación científica en ambientes reales con la participación activa de los usuarios finales. Son espacios dinámicos interesantes para probar, validar y desarrollar durante todo el proceso de diseño y comercialización de las soluciones digitales.



Ángel Moreno Toledo, Director y Editor de Neurama, en el inicio de su conferencia.



III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

Las ponentes invitadas fueron *Maxi Rodríguez* de AFAGA y *Sara Alves* y *Natalia Duarte* de Santa Casa da Misericórdia Riva de Ave.

El panel especializado en los aspectos legales y éticos en las enfermedades neurodegenerativas, estuvo representado por *Francisco Díaz Solís*, coordinador de AGAELA, *María Jesús Seoane*, Vicepresidenta de AGAELA y *Rosa Póveda Alfonso*, asesora jurídica de AFAGA.

El testamento vital como documento que recoge las voluntades previas o anticipadas sobre los cuidados, tratamientos o incluso el destino de su cuerpo que podría precisar en un futuro. Fue la cuestión principal abordada por Rosa Póveda, como profesional de AFAGA.

Francisco Díaz Solís y María Jesús Seoane representaron a AGAELA, ambos impulsores de un proyecto que se fortalece cada día más bajo el lema "Juntos somos más fuertes". Un colectivo unido que pretende visibilizar a la enfermedad y poner de relieve aquellas necesidades que



María Jesús Sobrido presenta un caso de Ataxia de A Costa da Morte



Rosibel Almedia Pimentel, consultora profesional de Resiplus en su intervención



Mesa redonda integrada por diferentes profesionales en torno a tratamientos y fórmulas de rehabilitación



Mesa redonda Salud digital y Living Labs (España - Portugal)

III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

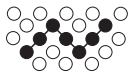


Panel correspondiente a aspectos legales y éticos en las enfermedades neurodegenerativas, que contaron con la participación de AGAELA (Asociación Gallega de Esclerosis Lateral Amiotrófica) y AFAGA Alzheimer.

presentan los afectados y sus familias, mejorar la calidad de vida mediante los programas de atención sociosanitaria y fomentar y prolongar una mejora en la calidad asistencial y en el acceso a recursos para este colectivo. Mediante el establecimiento de convenios marco con todas las comunidades autónomas. La aprobación de la ley no ha sido un camino fácil para este colectivo, movidos por un activismo incansable.

La última mesa redonda basada en el uso de las nuevas tecnologías, mediante la inclusión y la participación. *Thais Pousada*, Terapeuta Ocupacional y Enfermera y *M^a Luz Vázquez Fernández*, neuropsicóloga de AFA Chantada, presentaron todas las innovaciones aplicadas a la intervención.

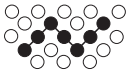
La última sesión correspondió a una visita guiada por las instalaciones de AGADEA Lab el viernes 22.



III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas



Arriba de izquierda a derecha, momentos y actividades de la III Edición del Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas. José Caamaño, durante su exposición en el Seminario de casos. Javier Hermida Porto, presenta a Tamara Santomé. La Logopeda Leire Iodeiro durante su intervención. César Bugallo, Presidente de Federación Alzheimer Galicia en el curso de la presentación. Actividad durante la visita a AGADEA Lab.



III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

Anexo



**"Planificación, innovación y avances
terapéuticos"**

**III Congreso Nacional
Sobre enfermedades
neurodegenerativas
Santiago de Compostela
20-22 Noviembre 2024**

Lugar: Facultad de Psicología USC
Salón de actos

Inscripción Gratuita
info@neurama.es
654 59 95 19

Organizan



neurama
revista electrónica de
psicogerontología



FAGAL
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA



Colaboran



Interreg



Cofinanciado por
la Unión Europea
Cofinanciado pela
União Europeia

España – Portugal

inn4life



faecap
Federación de Asociaciones
de Enfermería Familiar y
Comunitaria

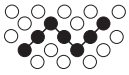


Asociación Española
de Psicogerontología



Patrocinan





III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas



PROGRAMA

DÍA 1 (20 de noviembre)

16:00 h. Acto inaugural.

16:10 h. (Conferencia) El cuidado especializado en las demencias: Afrontamiento y toma de decisiones. *Ángel Moreno Toledo. Psicogerontólogo y formador. Director de Neurama*
16:40 h. (Mesa redonda). Buenas prácticas en la atención social: Cuidadores, personas de apoyo y medio social. *Taida Sánchez Rego. Neuropsicóloga en AGADEA. Coordinadora de grupos de familias. Maitane Fernández. Trabajadora Social de AFALU. Emma Rivera. Cuidadora de persona con ELA.*

17:20 h. Pausa.

17:40 h. (Conferencia) Ataxia Costa da Morte. *María Jesús Sobrido Gómez. Neuróloga Quirón Salud A Coruña*

18:10 h. (Mesa redonda). Dificultades de deglución en las enfermedades neurodegenerativas. *Leire Lodeiro Fernández. Logopeda. Profesora de la Universidad de A Coruña. Ana Cantón Blanco. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Lucía Terzi. Nutricionista clínica.*

19:00 h. Pausa.

19:10 h. (Panel). Abordaje multidisciplinar de las terapias y los tratamientos de rehabilitación. *Cristina Martínez Silva. Terapeuta Ocupacional AGAELA. Alba Mayán Carballa. Terapeuta Ocupacional AFAPO. Elías González Estrada. Psicólogo en Saraiva Milladoiro. Irene Pazos. Psicóloga y Terapeuta Ocupacional de AFAL Ferrolterra.*

20:00 h. Cierre de día.

DÍA 2 (21 de noviembre)

10:00 h. Seminario de Casos. *Ángel Moreno Toledo. José Caamaño Ponte (Plazas limitadas).*

16:00 h. (Conferencia) Gestión de unidades de atención multidisciplinar. *Tamara Santomé Pereira. Enfermera. Unidad Funcional Multidisciplinar de Enfermedades Raras. Hospital Álvaro Cunqueiro*

16:40 h. (Conferencia) Causas orgánicas del síndrome del atardecer en personas con demencia. *José Caamaño Ponte. Médico Geriatra. Centro Sanitas Coruña. Clínica Longevid.*

17:20. Resiplus. Pausa.

17:40 h. (Mesa Redonda) Salud Digital y Living Labs. *Maxi Rodríguez. AFAGA. Sara Alves. Santa Casa da Misericórdia Riva de Ave. Natalia Duarte. Santa Casa da Misericórdia Riva de Ave.*

18:20 h. (Panel) Aspectos legales y éticos en enfermedades neurodegenerativas. *Francisco Díaz Solís. Coordinador de AGAELA. Rosa Poveda Alfonso. Graduada en Derecho. Asesora jurídica de AFAGA. María Jesús Seoane. Licenciada en Derecho. Vicepresidenta AGAELA.*

19:00 h. Pausa.

19:10 h. (Mesa redonda) Experiencias en el uso de nuevas tecnologías. *Thais Pousada García. Terapeuta Ocupacional y Enfermera. Universidad de A Coruña. Jessica Garabal Barbeira. Terapeuta Ocupacional. Universidad de A Coruña. Mª Luz Vázquez Fernández. Psicóloga general sanitaria y Neuropsicóloga AFA Chantada*

20:00h. Clausura.

DÍA 3 (22 de noviembre)

10:00 h. Visita a AGADEA Lab (Plazas limitadas por orden de inscripción).

CLÍNICA

SOCIAL

TERAPIA

TECNOLOGÍA

DIRECCIÓN



FAGAL
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

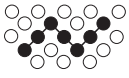


Interreg
España - Portugal



inn4life





III Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas

REFERENCIAS

1. Arias, M; García-Murias, M; Sobrido, MJ. La ataxia espinocerebelosa 36 (SCA36): «Ataxia da Costa da Morte» / Spinocerebellar ataxia 36 (SCA36): «Costa da Morte ataxia» Neurología (Barc., Ed. impr.);32(6):386-393, jul.-ago. 2017. doi: 10.1016/j.nrl.2014.11.005.
2. Moreno Toledo, A. Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» Nº 16 - Diciembre de 2008 ISSN 1692-0945
3. Universidade de Santiago de Compostela Inauguración do Congreso de Enfermidades neurodexenerativas <https://www.usc.gal/gl/xornal/novas/inaguracion-congreso-enfermidades-neurodexenerativas>
4. Kovacs GG. Concepts and classification of neurodegenerative diseases. Handb Clin Neurol. 2017;145:301–7. doi: 10.1016/B978-0-12-802395-2.00021-3