



Comunicación y daño cerebral adquirido

REPORTAJE

CEADAC, un modelo de actuación para la promoción de la autonomía personal



ENTREVISTA

Mónica Lladó

Psicóloga, Magister en Antropología y profesora adjunta de la UR (Uruguay)



CULTURA

Giacometti. Terrenos de juego

24

REVISTA DE RIICOTEC (RED INTER-GUBERNAMENTAL IBEROAMERICANA DE COOPERACIÓN TÉCNICA) Y EL IMSERSO
Julio 2013



EDITA

Instituto de Mayores y Servicios Sociales
(IMSERSO)

CONSEJO EDITORIAL

César Antón Beltrán
Ignacio Tremiño Gómez
Francisco A. Ferrándiz Manjavacas
M^a Ángeles Aguado Sánchez
M^a Luz Cid Ruiz
Manuel Domínguez López
Javier Vázquez-Prada Grande

DIRECTOR

Javier Vázquez-Prada Grande

COLABORADORES

Amor Bize López
Inmaculada Gómez Pastor
Rubén Herranz González
Mónica Lladó (Uruguay)
Patricia Muñoz Canal
Laura Seco Martínez
Terezinha Tortelli (Brasil)

FOTOGRAFÍA

M^a Ángeles Tirado Cubas

REDACCIÓN

Avda. de la Ilustración, s/n
(Con vuelta a Ginzo de Limia, 58)
28029 Madrid (España)

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

ONOFF.es

NIPO: 686-13-004-X

ISSN: 1577-2241

Las colaboraciones publicadas con firma en la Revista Enlace en Red expresan la opinión de sus autores. Dentro del respeto a las ideas de los demás, estas no suponen identidad con nuestra línea editorial.

**NUESTRA PORTADA**

El Daño Cerebral Adquirido es causa de discapacidad que merma la calidad de vida de las personas que lo han sufrido, que supone dificultades tanto en la esfera física como en la cognitiva e incluso en la afectiva y relacional, que es necesario conocer y entender para afrontar desde el principio y para facilitar la vida diaria a quienes han sufrido esta lesión.

Foto: M^a Ángeles Tirado Cubas

S U M A R I O

Editorial	3
Expertos iberoamericanos visitan Madrid	4
Reunión de expertos para el impulso de la Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores	6
CEADAC: Un modelo de actuación para la promoción de la autonomía personal	8
Comunicación y daño cerebral	16
Pastoral da pessoa idosa (Brasil)	24
Entrevista a Mónica Lladó (Uruguay)	30
Adultos mayores y espacios públicos en la ciudad de Montevideo (Uruguay)	34
Representantes del Ministerio de Justicia de Chile visitan el Imsero	38
Publicaciones destacadas	39
Tres uves dobles recomendadas	40
Cultura. La zancada de Giacometti en Madrid	41

Imprescindible para la sostenibilidad de los servicios sociales

Coordinación sociosanitaria

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, reiteró el pasado 14 de junio, en el 4º Encuentro Global de Parlamentarios de Sanidad, que se celebró en Córdoba, su voluntad de alcanzar, como hizo al inicio de la legislatura, *“un pacto sociosanitario que garantice la sostenibilidad y la calidad de estos servicios, asegurando su acceso en igualdad de condiciones a todas las personas, con independencia de su lugar de residencia”*.

Es tarea de todos los agentes sanitarios y sociales involucrados realizar un esfuerzo para alejar del debate partidista, que no del debate político, las cuestiones que afectan a la sanidad y a los servicios sociales, que constituyen dos de los puntales más importantes del Estado del bienestar para legar a las generaciones presentes y futuras un sistema del bienestar renovado y eficiente.

Su desarrollo supone una gran conquista de nuestra sociedad y un gran compromiso de la misma para su sostenibilidad presente y de futuro pese a la crisis económica en la que nos hallamos inmersos.

En este contexto, la adopción de un modelo de atención y coordinación sociosanitaria representa una doble oportunidad: por una parte, la de optimizar los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia y, por otra, la de avanzar en una atención más eficaz, con su centro de acción en las personas y sus necesidades y con base en la generación de una nueva cultura de continuidad en los cuidados.

La sanidad y los servicios sociales, a pesar de haber evolucionado a diferente velocidad y tener un origen y una trayectoria desiguales, lo han hecho en una dirección convergente: existen variadas iniciativas, tanto desde el ámbito público como del privado, que muestran el gran potencial de una acción conjunta y las posibilidades que la misma puede aportar al sistema y a los destinatarios de sus acciones.

Este es el objetivo que ha guiado las reformas del Gobierno de España llevadas a cabo durante el último año y medio en el ámbito de la sanidad y la dependencia para conseguir una regulación que sirva de base para la mejor eficiencia económica de los sistemas y conseguir unos servicios y prestaciones de calidad para las personas que tengan necesidades de atención sociosanitaria.

Un proyecto para el que se plantean diversos retos relacionados con la atención integral, que van desde la definición del perfil de la persona que requiere este tipo de cuidados y el apoyo a sus familias hasta el establecimiento de un catálogo de servicios que englobe los medios, los profesionales o los centros destinados a esta gestión.

El momento requiere un impulso y una apuesta decidida que permita que la atención y coordinación sociosanitaria sea una verdadera realidad en España que nos sitúe a la vanguardia de los países de nuestro entorno.

4 Para conocer Centros de Día de personas mayores dependientes

Expertos iberoamericanos visitan Madrid

Un grupo de expertos de organismos públicos de Argentina, México, y Paraguay visitaron el Imsero en el mes de junio pasado para conocer las políticas y el funcionamiento de los Centros de Día para personas mayores dependientes en España. Asimismo y con el mismo objetivo, responsables de la Municipalidad de Vitacura, Chile, visitaron la sede de la Dirección General del Imsero para profundizar sus conocimientos sobre las políticas públicas de España referidas a las personas mayores.

Texto | Redacción Enlace/Consejería Técnica de Cooperación con Iberoamérica del Imsero

Fotos: | M^a Ángeles Tirado Cubas

La primera de estas visitas estuvo organizada por el Imsero y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS, en el marco del Programa Iberoamericano sobre la situación de los Adultos Mayores de la Región, aprobado por la XXI Cumbre Iberoamericana de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Asunción (Paraguay), en octubre de 2011, y se

incluye dentro de su Plan Operativo Anual para 2013.

Esta actividad de cooperación técnica responde a la demanda expresada por varios países miembros del citado programa iberoamericano de conocer de cerca la organización y funcionamiento de este tipo de centros, contemplado en la Ley de Autonomía Personal y Atención

a las Personas en situación de Dependencia, que desempeña un papel clave en la atención a estas personas.

El grupo participante en esta acción estuvo compuesto por Blanca Rivera, Jefa del Departamento de Desarrollo de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Issste), de México; Juan José Nadal, Coordinador Nacional de Programa de la Dirección Nacional para Adultos Mayores, Dinapam, de Argentina; Remberto Cáceres, miembro del Consejo de Administración del Instituto de Previsión Social, IPS, de Paraguay, y Dina Zelaya, Coordinadora del Programa Medicasa de ese mismo organismo. El programa incluía distintas visitas a centros de personas mayores de la Comunidad de Madrid, así como a los centros dependientes del Imsero, Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (Ceapat), al Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (Ceada), y también a las sedes centrales del Imsero y la OISS.



Un momento de la reunión.

Entre los centros de personas mayores visitados por estos expertos se encontra-

ban la Residencia "La Paz" de la Comunidad de Madrid, el Centro de Día de Alzheimer de Inicio Temprano "Doctor Salgado" del Ayuntamiento de Madrid, la Residencia para Personas Mayores Dependientes "San Camilo" y el Centro de Día "Virgen de África", de Asispa. La visita ha contado, por tanto, con la colaboración del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid y de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, así como de la entidad sin ánimo de lucro Asispa y de los Religiosos Camilos.

La parte teórica de esta acción de cooperación técnica ha corrido a cargo del Imsero, con la participación del consejero técnico de la Dirección General, Jesús Norberto Fernández, que fue el encargado de explicar a los participantes el desarrollo y funcionamiento del sistema público español de prestaciones sociales a las personas mayores. Por su parte, José María Alonso, conse-



Participantes en la reunión de expertos.

jero técnico de la Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, explicó a los participantes en esta acción cuanto concierne a los objetivos y funcionamiento de los Centros de Día de personas mayores dependientes en España.

La visita concluyó en la sede de la OISS en Madrid con un encuentro de los expertos iberoamericanos con Adolfo Jiménez, secretario general de dicho organismo, en el que repasó la situación de las personas mayores en Iberoamérica y las expectativas y retos existentes al respecto en el futuro.

Visita de la municipalidad de Vitacura (Chile)



Representantes de la municipalidad de Vitacura con una representación del Imsero.

Una delegación de la Municipalidad de Vitacura (Chile), encabezada por Michael Ecclefield, su Director de Desarrollo Comunitario, Salud y Educación, y de la que formaban parte cuatro profesionales más de distintas disciplinas como la discapacidad, la planificación urbana, y la sustentabilidad y obras, también recibió en la sede del Imsero el pasado 21 de junio, información sobre los Centros de Día de Personas Mayores Dependientes en España.

Jesús Norberto Fernández y José María Alonso fueron los técnicos del Imsero encargados de aportarles los conocimientos imprescindibles para la puesta en marcha y desarrollo de este tipo de establecimientos, uno de los cuales, el Centro de Día "Virgen de África" de Asispa, visitaron antes de finalizar su visita.

6 Reunión de expertos para su impulso

Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores

El pasado mes de abril se reunió en la sede de la Dirección General de Imsero en Madrid el “grupo de expertos para la elaboración de protocolos de actuación y servicios de apoyo a los ayuntamientos sobre Ciudades Amigables con las Personas Mayores” promovida por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), en el marco de los convenios de colaboración firmados por el Imsero con la OMS y con la Federación Española de Municipios y Provincias, FEMP.

Foto | M^a Ángeles Tirado Cubas

El grupo de trabajo, que estuvo coordinado por la Secretaría General del Imsero y el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEA-

PAT), pretende dar un nuevo impulso a la Red, difundir sus objetivos y facilitar el proceso de adhesión de municipios españoles a la misma.

En la reunión, presidida por el secretario general del Imsero, Francisco Ferrándiz Manjavacas, se debatió sobre la presentación general del proyecto “Red Mun-



Grupo de expertos participantes en la reunión sobre Ciudades Amigables con las Personas Mayores.

dial de Ciudades Amigables”, la situación actual de la red en España, el Protocolo de Vancouver y la participación de las personas mayores. En su presentación Francisco Ferrándiz se refirió a que este encuentro tiene un componente agradecido, desde el punto de vista de los rendimientos, desde el punto de vista humano y del bienestar de las ciudades.

Desde el punto de vista de los expertos que trabajan en este encuentro, cada país ha creado su propia red, en la cual los mayores participan de forma activa facilitando información sobre sus necesidades reales. Se han seguido determinadas estrategias, entre las que destacan: vivienda y edificios, participación ciudadana, transporte, salud y la comunicación.

El objetivo de este grupo de trabajo es la elaboración de protocolos de actuación y herramientas dirigidas a los ayuntamientos interesados en convertir sus ciudades en amigables con la edad, que faciliten tanto el proceso de adhesión a la Red, como el trabajo posterior derivado de la pertenencia a la misma.

Partiendo de la experiencia propia y de la metodología y protocolos establecidos por la OMS para el Proyecto de Ciudades Amigables con la Personas Mayores, los expertos que participan en el grupo trabajarán en la adaptación al contexto español con el fin de mejorar su utilidad y facilitar el proceso a los municipios interesados.

Adaptación al contexto español

Para cumplir los objetivos, se ha valorado la importancia de la colaboración desde distintos ámbitos en la composición del grupo de trabajo (ayuntamientos o pertenecientes a la Red, represen-

Proyecto Progress

Se desarrolla en cuatro fases:

- La primera de ellas es la que se va a llevar a cabo en el marco de este grupo de trabajo, que incidirá en el análisis y desarrollo de protocolos.
- Una segunda fase desarrollará el diseño y desarrollo de herramientas sobre tecnologías de la información y la comunicación. Con esa información se diseñarán herramientas que faciliten los procesos necesarios para desarrollar el proyecto “Ciudades Amigables con las Personas Mayores” en los ayuntamientos.
- En tercer lugar se iniciará un proceso de experimentación social, aplicando esas herramientas informáticas en seis ciudades españolas y en dos europeas, con el objetivo de evaluarlas y validarlas para una posterior transferencia a mayor escala.
- Por último, en una cuarta fase se divulgarán los resultados obtenidos por el proyecto y las herramientas desarrolladas a través de publicaciones, medios de comunicación, redes sociales y eventos públicos.

tantes de la personas mayores, sector privado, etc.).

El Imerso tiene gran interés en desarrollar este trabajo; por esta razón, se ha presentado una propuesta a la convocatoria del Programa Europeo Progress sobre experimentación en políticas sociales y dirigido a administraciones públicas que, en caso de ser aprobada, permitiría ampliar notablemente el alcance y repercusión del trabajo realizado en este grupo.

El Proyecto Progress

Su objetivo es facilitar la participación de forma activa de las personas mayores en las ciudades amigables y se desarrolla en cuatro fases, la primera de ellas es la que se va a llevar a cabo en el marco de este grupo de trabajo, que incidirá en el análisis y desarrollo de protocolos.



8 Centro de referencia estatal de atención al daño cerebral (CEADAC)

Un modelo de actuación para la promoción de la autonomía personal

El Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), perteneciente al Imserso y por tanto al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, se ha consolidado como modelo de actuación en los aspectos de Promoción de Autonomía Personal para las personas con Daño Cerebral Adquirido. Se trata de una experiencia piloto que merece la pena ser conocida, por innovadora y por eficaz en el cumplimiento de su objetivo.

Texto | Inmaculada Gómez Pastor [*Directora Gerente del CEADAC. Doctora en psicología. Master en neuropsicología*]

Fotos | M^a Ángeles Tirado Cubas



El trabajo realizado en este centro a lo largo de estos años de funcionamiento, avala el calificativo de referencia en la rehabilitación del daño cerebral adquirido, siendo ahora nuestros principales objetivos que nuestra labor repercuta en todos los territorios del Estado, encaminarnos hacia la innovación de nuestro sector y difundir determinados conocimientos, tecnologías o métodos de probado impacto en nuestro ámbito. Además pretendemos exportar las buenas prácticas que se desarrolla en el CEADAC a las instituciones, asociaciones y organizaciones que estén interesadas, tanto nacionales como internacionales.

Antecedentes

El Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), se creó por el Imserso mediante la Orden Ministerial 55/2002 de 8 de enero,

publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 17 de enero de 2002, y su inauguración tuvo lugar el 13 de junio de 2002.

Desde el año 1980, fecha en la que se crea el INSERSO, como organismo único para la administración y gestión de los Servicios Sociales, tanto de la Administración del Estado como de la Seguridad

Social, abordando a colectivos desfavorecidos a través de actividades y centros, han pasado más de 30 años, durante los cuales se ha formado una red de atención en lo referente a servicios sociales. Como no podía ser de otra manera, el Instituto ha evolucionado y crecido según las etapas que el propio avance de la sociedad ha ido pautando. En el año 1996 culmina el proceso de transferencia de la gestión de los servicios sociales a las diferentes Comunidades Autónomas, acercando al ciudadano la atención directa de los casos que la precisen. En este momento el ya Imserso, debe continuar adaptándose a la nueva situación, pasando a ser de responsable y gestor de actuaciones inmediatas al usuario que las precise (residencias, centros etc.) a ser coordinador y gestor de todo tipo de actuaciones cuya cobertura es para todo el Estado. En este momento surge la necesidad de liderar proyectos que se puedan exportar y sirvan de modelo a las instituciones, tanto públicas como privadas, sin olvidar la vocación tanto de formación como de información, con una clara vertiente innovadora y de investigación que favorezca la gestión del conocimiento. En este paradigma nace el Centro de Atención al Daño Cerebral.

Qué es el daño cerebral adquirido

El Daño Cerebral Adquirido (DCA), es el resultado de una lesión súbita, en la mayoría de los casos, en las estructuras cerebrales, que da lugar a diferentes problemas de muy diversa índole. El cerebro controla todas las funciones vitales desde las más básicas (respiración, presión arterial, frecuencia cardíaca), hasta las más sofisticadas (creación artística, abstracción, emociones), no obstante no disponemos de un mapa funcional consensuado y cerrado [1].

Las principales causas de DCA son los accidentes cerebro vasculares (ACV) y los traumatismos craneoencefálicos (TCE).

El DCA es una causa importante de discapacidad que merma la calidad de vida de las personas que lo han sufrido, ya que supone dificultades tanto en la esfera física como en la cognitiva e incluso en la afectiva y relacional. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que el cerebro tiene una característica propia: la plasticidad, definida como la capacidad adaptativa del sistema nervioso central para disminuir los efectos de lesiones, a través de cambios que modifican la estructura y la función, tanto en el medio interno como en el externo [2]. Esto da una visión muy positiva al DCA, ya que con cambios externos podemos conseguir mayor autonomía de las personas que lo han sufrido, y por tanto mejorar su calidad de vida.

En base a todo lo anterior, nos planteamos la importancia del abordaje de las discapacidades resultantes del DCA, y desde qué ámbito se puede trabajar. Hay que tener en cuenta que está en juego la autonomía de una población que va en aumento. [3]

Objetivos y líneas de actuación del CEADAC

Su misión principal es promover en todos los territorios del Estado recursos especializados para la rehabilitación integral e intensiva de personas con lesión cerebral adquirida y no progresiva. Para cumplir esta misión el CEADAC cuenta con dos áreas, una de referencia y otra de atención especializada.

Para el cumplimiento de sus objetivos el CEADAC cuenta con diferentes líneas de actuación:

“
El Daño Cerebral Adquirido (DCA), es el resultado de una lesión súbita, en la mayoría de los casos, en las estructuras cerebrales, que da lugar a diferentes problemas de muy diversa índole ,”

- 10
- La promoción de autonomía personal de las personas con daño cerebral sobrevenido.
 - El impulso en todos los territorios del Estado de la rehabilitación y la mejora de la calidad de vida de dichos afectados y sus familias.
 - La información y asistencia técnica a las Administraciones Públicas, Instituciones, Entidades públicas o privadas y a cuantas personas lo soliciten sobre la atención y rehabilitación socio sanitaria de personas con discapacidad con Daño Cerebral Adquirido.

A quién atiende el Centro

Pueden recibir atención en el CEADAC, personas con daño cerebral sobrevenido (no progresivo ni de nacimiento) entre 16 y 45 años que hayan sufrido la lesión recientemente y que presenten dificultades físicas, cognitivas, emocionales y/o de independencia funcional relacionadas con dicha lesión. No solo se consideran población diana del centro las personas que reciben atención directa, sino también los familiares y/o cuidadores de estas personas siempre y cuando su familiar sea usuario de este centro, así como las organizaciones del sector.

El CEADAC forma parte de la Red de Centros de Referencia Estatales del Imsero (CRE), definidos en el artículo 16 de la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que regula las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Asimismo, cuenta con la autorización sanitaria como centro especializado en atención al daño cerebral por la Dirección General de Ordenación e Inspección de la

Consejería de Sanidad y la de centro de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales, ambas de la Comunidad de Madrid.

Área de atención especializada

El CEADAC ofrece servicios de asistencia personalizada, con rehabilitación intensiva para la autonomía personal, mediante un enfoque eminentemente holístico, en el que se considera la persona como un todo que se aborda desde el ámbito físico y cognitivo, sin olvidarnos de que cuenta con un servicio de apoyo y formación a familiares.

La definición de la Organización Mundial de la Salud, OMS; de rehabilitación implica que el paciente pueda llegar a conseguir el nivel más alto de adaptación física, psicológica y social posible, incluyendo todas las medidas necesarias para que la persona afectada pueda conseguir una integración óptima. Esta definición se muestra en todo su esplendor en los casos de DCA, en los que verdaderamente el déficit es global y que obliga a centrar el tratamiento en la persona, en tanto en cuanto no hay dos casos iguales. Así mismo, no hay que olvidar las necesidades de la familia, que no deja de estar afectada igualmente y en ocasiones incluso de forma más dramática que la propia persona, siendo preciso ofrecer un apoyo tanto informativo como terapéutico. [4]

Siguiendo el Modelo de atención a las personas con Daño Cerebral (Imsero 2007), las áreas que se trabajan en la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido son:

- Nivel de alerta.
- Control motor.
- Recepción de información.
- Comunicación.
- Cognición.
- Emociones y personalidad.
- Actividades de la vida diaria.

Los equipos multidisciplinares

Para desarrollar su trabajo el CEADAC cuenta con un equipo compuesto por disciplinas diferentes. Cada profesional se deberá responsabilizar del área de su competencia de tal manera que el resultado no sea una mera suma de metas de tratamiento sino una respuesta integrada, dando lugar a un programa en el que se hayan priorizado intervenciones y acordado objetivos. Este programa será implementado, en la medida de lo posible, por todo el equipo y tendrá en cuenta la opinión y participación de la persona con daño cerebral y su familia (Bori, I., Gangoiti L., Marín J. Quemada J.I., Ruiz M.J., 2007).

• Equipo médico

Es el responsable del manejo clínico y debe coordinar las acciones del resto del equipo realizando las exploraciones clínica, neurológica y funcional, valorando los déficits y discapacidades, además debe establecer los objetivos y orientar los diferentes programas terapéuticos de las diferentes disciplinas, realizando el seguimiento y la consecución de objetivos. Así mismo debe realizar una labor de prevención, con una doble labor, por una parte educativa hacia la familia, que debe conocer las medidas preventivas adecuadas, y por otra parte indicando el tratamiento y las pruebas complementarias que puedan ser necesarias para el manejo de determinadas complicaciones.

• Equipo de Enfermería

Además de sus funciones habituales, cumplen un papel de asesores de la persona con DCA y sus familias, adiestrándoles en diferentes técnicas para la reinserción domiciliaria. Trabajan en colaboración con el resto del equipo para restaurar y mantener la salud física y social.



• Fisioterapia

Su principal objetivo es conseguir el mayor grado de autonomía física, optimizando los recursos motores, con diferentes técnicas de movilización, de adquisición y mejora del equilibrio, de reeducación de las alteraciones de la coordinación, tratamiento de las alteraciones del tono muscular etc. Debe estar familiarizado con los productos de apoyo relacionados con la marcha.

• Terapia Ocupacional

Interviene en la consecución del mayor grado de autonomía en las actividades de la vida diaria, mediante programas de estimulación multisensorial, entrenamiento en la dominancia de la mano si fuera necesario, adaptación y modificación del entorno doméstico, tratamiento de la coordinación visuo manual, valoración, asesoramiento, y selección de adaptaciones personales y productos de apoyo, etc.

• Logopedia

Su responsabilidad se centra en el tratamiento de los trastornos del habla y lenguaje, sin olvidar el abordaje que realizan de los problemas de deglución.

Las principales áreas de trabajo son la evaluación y rehabilitación de la disfagia, la disfonía, la disartria, las afasias, los trastornos pragmáticos de la comunicación, la colaboración en los programas de estimulación multisensorial y la implantación y entrenamiento en el uso de sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación.

• Trabajo social

Su área de actuación se centra en el entorno socioeconómico del paciente, con el fin de realizar una reinserción familiar y social lo mejor posible, informando sobre los trámites a realizar para solicitar ayudas prestaciones, reconocimiento de discapacidad, incapacidad laboral etc.,

además da información sobre los recursos sociales disponibles.

• Neuropsicología

Los profesionales de la neuropsicología establecerán un programa de rehabilitación de las funciones cognitivas (orientación, atención y control ejecutivo, comunicación y lenguaje, funciones viso espaciales, visoperceptivas y gnósticas, funciones viso constructivas, gnosias digitales, praxias gestuales, cálculo, funciones del pensamiento, y funciones de aprendizaje y memoria) siempre con base en una evaluación previa y entendiendo que el objetivo de la rehabilitación neuropsicológica es tratar al paciente en tanto que individuo en su entorno cotidiano (Benedet, 2002).

De esta manera el abordaje rehabilitador del Daño Cerebral Adquirido adquiere una dimensión transdisciplinar, que se nutre de diferentes disciplinas y cuyo objetivo es la promoción de la autonomía

“

Se presta apoyo, asesoramiento y asistencia técnica a entidades públicas y privadas, profesionales independientes, centros, recursos sociosanitarios, promoviendo la colaboración entre los principales agentes e instituciones responsables de la atención a estas personas tanto a nivel nacional como internacional ”



personal, intentando una total reinserción en la comunidad.

• **Servicios complementarios**

El servicio de atención especializada se completa con la posibilidad de recibir alojamiento, manutención, y apoyo para todas las actividades que no pueda realizar el usuario, ampliándose también a una dimensión asistencial.

Área de referencia

Pone a disposición de las instituciones y profesionales que trabajan en la atención del DCA, información, documentación, asesoría y consultoría.

Difunde Buenas Prácticas en la Atención y Promoción de la Autonomía Personal de personas con DCA, generando y/o recopilando los saberes actualmente disponi-

bles sobre estas materias; valida o acredita buenas prácticas y difunde estos conocimientos y prácticas de forma selectiva entre profesionales y organizaciones.

El CEADAC establece con otras entidades públicas o privadas colaboraciones para impulsar investigaciones, programas específicos y proyectos de atención a personas con DCA. Además promueve estudios e investigaciones, apoyando la innovación, diseñando nuevas experiencia piloto que pueden dar lugar a buenas prácticas en el ámbito anteriormente mencionado.

También posee un plan de formación y reciclaje de profesionales, tanto en modalidad presencial como a distancia, prestando asesoría y asistencia técnica a quien lo solicite.

Cuenta con un centro de documentación encargado de recopilar, sistematizar y difundir los conocimientos, datos e informaciones relacionados con el DCA.

Existe un espacio Web que consiste en la creación y mantenimiento de un servicio de información y consulta sobre DCA, coordinado por el Imserso y vinculado a otros recursos de internet.

El Centro, lleva a cabo la edición y difusión (en el marco del Plan Editorial del Imserso) de libros, documentos y revistas sobre aspectos actuales de interés e innovadores relacionados con los DCA. Podemos destacar publicaciones del tipo: *“Modelo de atención a las personas con Daño Cerebral”*, *“Modelo de centro de día para personas con Daño Cerebral”*, *“Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral”*, *“Daño cerebral adquirido Guía de actividades físico-deportivas”*, *“Guía de cuidado: la importancia del trabajo del auxiliar de enfermería en la rehabilitación de personas con Daño Cerebral Adquirido.”* O la

“Guía de nutrición para personas con disfagia”.

Se realizan proyectos de investigación de interés general, tanto en el propio Centro por profesionales adscritos al mismo, como en colaboración con otras entidades públicas o privadas, o por grupos de trabajo especializados en esta materia. Como ejemplo podemos destacar el desarrollo del proyecto **“aQRdate”**, como sistema para la asistencia en la realización de tareas cotidianas en usuarios con daño cerebral adquirido mediante el empleo de códigos QR Codes, teléfonos móviles realizado en colaboración con investigadores del Laboratorio de Inteligencia Ambiental (AmILab) de la Universidad Autónoma de Madrid o el “Sistema de ayuda a la comunicación de personas con afasia mediante el teléfono móvil”, que recibió un premio por parte de la Fundación Caser, proyecto piloto con pacientes que han sufrido pérdida de lenguaje debido a daño cerebral, con dificultades severas en la comprensión de órdenes.

Actividades del CEADAC

El CEADAC basa la gestión de su sistemas de calidad y accesibilidad según las Normas UNE en ISO 9001:2008 y la Norma UNE 170001-2: 2007 estando certificado por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR).

A lo largo de sus 10 años de vida se ha ido configurando como referente en la atención a personas con DCA, permitiendo demostrar, que es posible encuadrar dentro del ámbito de los servicios sociales este tipo de atención.

Los datos numéricos y por lo tanto objetivos que avalan esta afirmación son las solicitudes que se han atendido 1600 en total. La media del número de usuarios tratados anualmente asciende a 200, lo que supone tener en nuestro poder una

“*El CEADAC establece con otras entidades públicas o privadas colaboraciones para impulsar investigaciones, programas específicos y proyectos de atención a personas con DCA. Además promueve estudios e investigaciones, apoyando la innovación, diseñando nuevas experiencia piloto que pueden dar lugar a buenas prácticas en el ámbito anteriormente mencionado*”



valiosísima información para realizar trabajos de investigación con la población que nos ocupa.

En los últimos 3 años, las etiologías del DCA que se han atendido en el CEADAC responden a la siguiente clasificación: 167 TCE, 310 ACVA, 46 encefalopatías post anóxicas, 34 tumores, 50 de diferentes patologías (infecciones, etc.). Las medias de edad están entre 35 y 40 años y de estancia en el centro de 8 a 10 meses siendo atendidos más varones que mujeres. Con estos datos, podemos concluir que el perfil del usuario en el CEADAC es un varón, con una edad entre 35 y 40 años, cuyo DCA es debido a ACVA, perfil que no concuerda con el que estaba previsto al comenzar la actividad en el centro ya que se pensaba que la población mayoritaria iba a ser varón pero más joven (entre 20 y 25 años) y cuyo DCA provenía de TC. Todos estos datos deben animar a realizar trabajos de investigación que den respuesta a las diferentes incógnitas que se van planteando.

Con motivo de la celebración de su 10º aniversario el CEADAC organizó el **I Con-**

greso Internacional de Rehabilitación Holística del Daño Cerebral Adquirido: Desafíos Actuales y Futuros, que permitió reunir a más de 200 profesionales del sector para debatir sobre la rehabilitación de las personas con DCA, presentando modelos innovadores tanto de España como de fuera.

Habitualmente se desarrollan actividades formativas, algunas con gran solera, como las que se realizan en colaboración con el INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social) y que este año 2013 abordará la Incapacitación civil en el DCA.

El formato periodístico de "Los desayunos" permite entre 3 y 4 veces al año hacer una presentación breve de temas de actualidad, así el pasado 9 de mayo se presentó la "Guía de valoración de la dependencia en DCA". [6] Durante el año 2012 se han realizado en el CEADAC 51 actividades formativas, 18 conferencias y se ha asistido a 27 congresos, llegando a formar en prácticas a 82 personas, de diferentes especialidades.

Además se han desarrollado 11 proyectos de investigación, 15 artículos en pu-

blicaciones de alto impacto y se ha participado en 7 proyectos.

Las Nuevas Tecnologías cada vez van tomando más protagonismo en el CEADAC, habiéndose recibido 33.101 vistas en nuestra página web www.ceadac.es. Asimismo poseemos cuenta de **Facebook** y **Twitter** lo que hace que estemos cada vez más cerca del ciudadano.

La producción del *lipdub* "**ceadac resistiré**" con más de 50.000 visitas en **youtube**, hace que nuestra experiencia sea difundida y valorada por gran cantidad de personas.

Algunas consideraciones

Una vez presentado el **Modelo de atención** ofrecido por el Centro de Referencia de Atención al Daño Cerebral, cabría preguntarnos si este modelo tiene cabida dentro del ámbito de los Servicios Sociales, o si sería más operativo que se incluyera en el de la Sanidad.

Si tenemos en cuenta que la rehabilitación está dentro de la misión de los Servicios Sociales y la promoción de Autono-

mía Personal, dentro de la Ley 39/2006, incluso formando parte de su nomenclatura, el tratamiento de las personas con DCA puede ser contemplado directamente dentro de la red de recursos de Servicios Sociales, con la parte positiva de que se puede incidir en prevención de situaciones de dependencia gracias a la plasticidad cerebral, y a un trabajo transdisciplinar y global, como se ha desarrollado anteriormente. [7]

Entendiendo que la misión de los Servicios Sociales consiste en la provisión de servicios y prestaciones a la ciudadanía, o a determinados sectores específicos de la misma para lograr su bienestar social o incrementarlo y que desarrollan esta misión mediante servicios que comprenden la prevención de las situaciones de exclusión o desventaja social, la asistencia propiamente dicha y la rehabilitación y

reinserción social de los problemas atendidos, cabe entender que la rehabilitación de las personas con Daño Cerebral Adquirido puede estar perfectamente encuadrada en el ámbito de los Servicios Sociales.

Los principales servicios del Sistema de Servicios Sociales se engloban en diferentes áreas, una de las cuales son los centros de especialidades y referencia, existiendo los servicios sociales especializados que son aquellos cuyas prestaciones implican intervenciones de carácter sectorial, atendiendo a la tipología de las necesidades, que requieren una especialización técnica o la disposición de recursos determinados. [8]

Después de revisar la misión de los servicios sociales y mostrar un modelo de atención de las personas con DCA, no es

atrevido concluir que el abordaje tanto desde el punto de vista asistencial como de la rehabilitación tiene cabida dentro los Servicios Sociales.

Si bien es cierto que no podemos olvidar la necesidad que tiene la población con DCA de servicios sanitarios, tampoco lo es menos que su abordaje terapéutico, no solo se debe hacer desde el punto de vista físico, e incluso cognitivo, sino desde una globalidad en la que prime el concepto de persona, desde todos puntos de vista y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona que ha tenido un DCA.



Bibliografía

- BERNABEU M., ROIG T. "La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar". Fundació Institut Guttmann, Barcelona, 1999.
- BILBAO ÁLVARO, DÍAZ JOSÉ LUIS. "Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral adquirido". Colección de Manuales y Guías, Serie Dependencia. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Madrid, 2008.
- BORI, I., GANGOITI L., MARÍN J. QUEMADA J.I., RUIZ M.J. "Modelo de atención a las personas con Daño Cerebral", Madrid, IMSERSO (2007).
- GARCÍA O., MEDINA C., MUELA T., RUIZ M.J. SÁNCHEZ V., URRUTIKOETXEA I. Modelo de centro de día para personas con Daño Cerebral. IMSERSO (2007).
- GÓMEZ PASTOR I. "El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales" *Intervención Psicosocial*, 2008, Vol. 17, pp. 237-244
- IMSERSO. *Libro Blanco de la dependencia*. Diciembre 2004.
- INE. *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Informe del Defensor del Pueblo (2005). Daño cerebral sobrevenido en España, un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Madrid. Guía de familias (2006). Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (FEDACE).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF).
- REBOLLEDO AGUILAR FRANCISCO. "Plasticidad cerebral", *Rev. Med. IMSS* 2003; 41 (1): 55-64 55.
- TOBOSO MARTÍN M., ARNAU RIPOLLÉS Ms. "La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamiento de Amartya Sen". *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*. Año 10, nº 20, segundo semestre de 2008.

Notas

- [1] Modelo de atención a las personas con daño cerebral, Imsero (2007).
- [2] Rebolledo Aguilar, F. (2003).
- [3] Actas de la Dependencia (Fundación Caser) nº 7.
- [4] *Intervención Psicosocial*, 2008, vol. 17, n.º 2 pp. 17 a 27.
- [5] Actas de la Dependencia (Fundación Caser) nº 7.
- [6] "Guía de valoración de la dependencia en DCA". Imsero (2013).
- [7] Actas de la Dependencia (Fundación Caser) nº 7.
- [8] Gómez Pastor I. "El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales" *Intervención Psicosocial*, 2008, vol. 17, N.º pp. 237-244.

Comunicación y daño cerebral

Texto | Amor Bize López [Neuropsicóloga CEADAC] Laura Seco Martínez [Logopeda CEADAC]

Fotos | M^a Ángeles Tirado Cubas

“Desde que tuvo el accidente no he podido mantener una conversación con él como las de antes...”

Una de las secuelas cognitivas que puede traer consigo el daño cerebral es la alteración de las funciones de comunicación y lenguaje, la cual genera un nivel muy alto de frustración en los sujetos que la padecen y en sus familias, así como una falta de autonomía significativa en las actividades de la vida diaria.

Las funciones de comunicación y lenguaje suelen verse alteradas como consecuencia de accidentes cerebrovasculares (se estima una incidencia de entre un 21% y un 38% de afasia tras un accidente de este tipo), aunque también pueden deberse a traumatismos craneoencefálicos o tumores cerebrales.

La principal alteración de este tipo se denomina **afasia**, y consiste en la incapacidad para poner en palabras los pensamientos que le surgen a la persona. Se pierde la capacidad de traducir en símbolos (sea en palabras habladas, escritas o lengua de signos) un concepto. Esta alteración suele venir acompañada de la dificultad en mayor o menor medida de comprender el lenguaje hablado y escrito.

Cuando se ve alterada la capacidad motora de los órganos de la articulación, hablamos de **disartria**, que a diferencia de la afasia, no supone un trastorno del



lenguaje sino del habla. Los afectados de disartria, son capaces de elaborar un discurso con sentido y bien estructurado pero de difícil comprensión para el interlocutor, porque no se les entiende. La escritura está preservada y puede ser una vía adecuada para compensar este déficit.

Sin embargo, las alteraciones de la comunicación no solo aparecen en el daño cerebral como consecuencia de un trastorno de las funciones del lenguaje o del habla, sino que hay varias funciones cognitivas que si se ven afectadas pueden limitar nuestra capacidad para comunicarnos.

“Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo.”

L. Wittgenstein

ALTERACIÓN DEL LENGUAJE: AFASIAS

Algunas personas que han sufrido una lesión cerebral pueden tener diversas alteraciones de lenguaje, dando como resultado diversos cuadros clínicos denominados **afasias**. Este tipo de afectación suele ser más común cuando la lesión ocurre en la parte izquierda del cerebro ya que, en la mayoría de las personas, este hemisferio realiza las labores de comunicación.

Estas alteraciones de lenguaje suelen afectar a:

- La expresión oral.
- La comprensión oral.
- La lectura.
- La escritura.
- La capacidad de comunicarse a través de gestos.

Normalmente no se dan cuadros puros de afasia, es decir, que solo esté afectada la expresión oral o solo la lectura, por ejemplo, sino que se presentan afectadas todas las destrezas anteriormente nombradas, en mayor o menos medida, con un predominio expresivo o comprensivo del lenguaje.

Características de la expresión oral en afasia

Los problemas de lenguaje pueden afectar en grados muy distintos a las personas.

Cuando la afectación del lenguaje es **severa**, la persona puede no decir absolutamente nada, emitir una o dos palabras de forma repetitiva (estereotipias), inventarse palabras nuevas o mezclarlas, incluso decir muchas palabras reales, pero sin orden ni concierto. No puede expresar lo que le gustaría o le cuesta un gran trabajo. Estas personas pueden mover la lengua y los labios con normalidad pero no pueden encontrar las palabras necesarias para comunicarse.

Los problemas de lenguaje en estos casos tan severos, suelen ser devastadores para la persona ya que truncan su vía de comunicación con los demás y les deja en un estado de dependencia para muchas de las actividades cotidianas. Muchas de estas personas reducen significativamente sus relaciones sociales limitándolas a su familia más cercana.



El problema se agrava, cuando no pueden servirse de la escritura o de la realización de gestos, para transmitir hasta las necesidades más inmediatas de aseo y cuidados básicos. Por ejemplo, no pueden realizar el gesto de “beber agua” para comunicar que tienen sed. O el gesto de “tengo frío” para pedir una chaqueta.

Cuando las dificultades son **moderadas**, la persona puede tener un poco más de independencia y puede ser capaz de mantener y disfrutar un poco más de las relaciones sociales. Sigue teniendo dificultades para encontrar palabras o explicar o narrar acontecimientos, pero suele comunicarse con éxito en muchas ocasiones aun con un lenguaje pobre, sencillo y

poco organizado. Es capaz de expresar ideas relativamente sencillas: decir lo que le gusta o quiere.

Cuando las dificultades de lenguaje son **leves**, la persona puede mantener una vida bastante independiente pero muy frecuentemente está incapacitada para volver a desarrollar su profesión habitual. Puede dar la sensación de que habla mucho pero dice poco o que a veces su manera de construir las frases es complicada o liosa. Se “atasca” en su discurso pero lo resuelve con eficacia.

En todos los casos la persona tiene que convivir diariamente con una gran frustración al sentir que no puede o le cuesta trabajo conseguir que sus ideas se con-

- 18 viertan en palabras y no poder comunicarse fluidamente.

Características de la comprensión en afasia

Cuando la comprensión oral está **severamente afectada**, no pueden entender casi ninguna o ninguna palabra y tienen muchas dificultades para seguir instrucciones o saber lo que les queremos decir.

Aún en el mejor de los casos, tienen dificultades para entender conceptos espaciales y/o temporales (arriba, abajo, detrás de, a la derecha, izquierda, mañana, después...), colores o entender frases complejas o largas (por ejemplo, "Coge el peine que está dentro del neceser azul"). Estas dificultades, pueden pasar desapercibidas para los familiares, ya que a menudo utilizamos gestos, señalamos o miramos objetos que ayudan a las personas a imaginar lo que queremos decir, aunque éstas no lleguen a entender lo que les decimos verbalmente. Pueden pedir que les repitamos las cosas. No están sordas sino que tienen problemas para comprender el lenguaje.

Características de la lectura y escritura

Las alteraciones en la **escritura** que se pueden dar varían desde la incapacidad para escribir letras o palabras (con un lápiz, un teclado de ordenador o letras de cartulina) hasta la escritura de palabras y frases con errores de sustitución de una letra o palabra por otra, la omisión de alguna de ellas o incluso la escritura de párrafos sin una estructura adecuada o mezclando ideas y temas sin relación. En los casos más leves, la escritura puede llegar a ser bastante funcional y estas personas pueden incluso comunicarse



por correo electrónico o mensajes de móvil con sus familiares y amigos.

En la **lectura**, también hay gran variabilidad de casos: Imposibilidad de reconocer las letras, entender algunas palabras frecuentes de manera global (nombres propios, nombres de alimentos o productos de aseo, logotipos o letreros de marcas conocidas...) pero no palabras abstractas y poco frecuentes en el uso del español ("recesión", "sumario", "patología"...). Algunas de estas personas, conservan la capacidad de leer frases, párrafos o textos incluso en voz alta, pero con problemas en la comprensión de lo que han leído.

CONSEJOS Y PAUTAS GENERALES DE MANEJO Y COMUNICACIÓN

– Prestarle toda nuestra atención cada vez que nos intente decir algo. Intentar por todos los medios entender lo que nos quiere decir (hacerle preguntas, a ser posible que solo requieran contestar "sí/no", señalar objetos, hacer ges-

tos, un dibujo...). No ignorar sus intentos de comunicarse.

- Si nuestro familiar no entiende algo que le estemos diciendo, **tener mucha paciencia** y decirlo de otras forma posible (con otras palabras/frases, verbal, gestual, señalando, con dibujos...). De nada sirve repetir muchas veces lo mismo si vemos que la persona no lo está entendiendo.
- Evitar los ruidos y distracciones a la hora de comunicarnos puede ser la diferencia entre entendernos y no entendernos (apagar la televisión, por ejemplo).
- Evitar momentos en los que la persona esté más cansada.
- No gritar a una persona con afasia porque no va a entender mejor por eso.
- Utilizar palabras sencillas, frases cortas y de estructura simple que comuniquen una sola idea cada vez.
- Esperar a que haya entendido algo para decirle otra cosa.
- No debemos acabar las frases de la persona con afasia o meterle prisa cuando habla. **No hablar en lugar**

del paciente si no es absolutamente necesario.

- Elogiar generosamente al paciente cuando trate de hablar e intente hacer de la comunicación una experiencia agradable.
- No aislar al paciente. Incluirlo en las conversaciones y decisiones familiares. Suelen sentirse mejor si nos colocamos a su altura, por ejemplo, sentados en una silla a su lado y mirando las caras de los interlocutores.
- Si el paciente es adulto, trátalo como tal. Aunque pueda parecer infantil, en realidad tiene los mismos pensamientos y sentimientos que tenía antes del daño.
- No obligar al paciente a hablar o ver gente cuando no lo desea.
- Ser honesto y realista con el paciente. Decirle que “dentro de pocos días volverá a hablar” solo servirá para desilusionarlo.
- **Si no le entendemos, decíselo. No fingir que le entendemos cuando no es así.**

- La rehabilitación es el único tratamiento directo que se conoce para la afasia. Aunque el paciente puede mejorar hasta cierto punto sin ayuda, durante el periodo de recuperación espontánea, ésta puede acelerarse con la rehabilitación. De ser posible, llevar al paciente a un centro de rehabilitación.

ALTERACIÓN DEL HABLA: DISARTRIA

Nuestra lengua, labios, diafragma, garganta... son los responsables de que nuestro habla, voz y articulación sean correctos para que los demás nos entiendan. Cuando uno de estos órganos falla (por falta o exceso de fuerza muscular, de movimiento, de precisión, etc.) o no hay una adecuada coordinación entre ellos, nuestro discurso puede resultar difícil de entender para los demás, incluso ininteligible. A estas alteraciones del habla se les denomina **disartrias** y son comunes en las personas afectas de daño cerebral adquirido.

“
En muchas ocasiones,
a pesar de recibir un
tratamiento rehabilitador
adecuado, los pacientes
con daño cerebral
adquirido son incapaces
de comunicarse con
éxito o no son capaces
de hacerlo plenamente.
En estos casos nos
ayudamos de los llamados
sistemas alternativos de
comunicación ”



20

Estas personas dicen y expresan **perfectamente** a través de su lenguaje lo que quieren decir, pero no les entendemos. Si no hay otras alteraciones asociadas, los afectados de disartria pueden leer, escribir y entender lo que les decimos sin ningún problema.

En función de la localización de la lesión en el cerebro, los tipos de disartria son variados. Aquí presentamos algunos rasgos más comunes que podemos encontrar en el afectado:

- Pierden la capacidad para tomar suficiente aire y/o retenerlo, así que necesitan respirar con mucha frecuencia durante el discurso. Cuando esto ocurre, la persona con disartria se suele cansar fácilmente ya que requiere mucho esfuerzo para hablar.
- Voz muy débil. Estas personas hablan muy bajo y apenas se les oye lo que nos dicen.
- Voz aguda o “chillona”.
- Voz temblorosa.
- Habla lenta o muy rápida.
- Voz nasal cuando se les escapa el aire por la nariz. Esto ocurre porque el paladar blando, que es móvil, no asciende cuando se necesita.
- Voz poco nasal, cuando el paladar blando del que hemos hablado, no desciende al emitir los sonidos /m/, /n/ o /ñ/ del español. Parece que están congestionados o con catarro.
- Articulación o pronunciación muy imprecisa que hace que parezca que están “borrachos”.
- Les cuesta exagerar la articulación de las palabras porque la amplitud de los movimientos de sus labios, lengua y mandíbula se han reducido.
- Incoordinación de todos los órganos que se ponen en marcha para hablar

aunque conserven sus movimientos y la fuerza muscular.

CONSEJOS GENERALES PARA FACILITAR EL HABLA Y LA ARTICULACIÓN

- El paciente debe colocarse en una postura adecuada (tronco recto, cabeza alineada con el cuerpo...) para poder controlar el aire de manera correcta y mantener las estructuras laríngeas en adecuado equilibrio.
- Según pautas del logopeda, el paciente con disartria debe ralentizar su habla, hablando por sílabas o palabras, para hacerla entendible. Por ello, darle tiempo a nuestro familiar si queremos una comunicación eficaz.
- Al igual que comentamos en el caso de la afasia, reducir el ruido ambiental y situarnos a su altura (en una silla en frente o a su lado) para facilitarle la correcta coordinación y movimientos de las estructuras implicadas en el habla, reduciendo el sobre esfuerzo del paciente.
- Realizar las pausas adecuadas en el discurso, facilitará que le entendamos mejor. Animar al paciente en esta tarea.
- Simplificar el mensaje, tanto en longitud como en vocabulario, aunque el afectado de disartria sea capaz de emplear lenguaje más elaborado y culto.
- Por nuestra parte, darle “feedback” o retroalimentación al paciente, para transmitirle que vamos entendiendo lo que nos está diciendo. En caso contrario, hacérselo saber.
- El sueño y fatiga del hablante con disartria, influirá decisivamente en que le entendamos o no. Aprovechar los momentos de mayor eficacia en la comunicación.



- La persona con disartria, sí suele ser capaz de servirse de gestos y mímica para facilitar la comunicación.

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN

En muchas ocasiones, a pesar de recibir un tratamiento rehabilitador adecuado, los pacientes con daño cerebral adquirido son incapaces de comunicarse con éxito o no son capaces de hacerlo plenamente. En estos casos nos ayudamos de los llamados sistemas alternativos de comunicación.

Abarcan sistemas tan sencillos como una cartulina o tablero con las letras del abecedario impresas para que nuestro familiar vaya señalando y creando un mensaje, o mucho más sofisticados como las actuales tablets o smartphone, en los que se descargan aplicaciones o programas informáticos que incluso pronuncian en voz alta lo que queremos decir.

Otras veces, una simple libreta y un bolígrafo son suficientes para una adecuada comunicación.

La elección de uno u otro sistema dependerá de la alteración del paciente, ya sea del lenguaje y/o habla, y de las capacidades y habilidades que todavía conserve (lectura, escritura, movilidad de manos y brazos, capacidad para entender dibujos más o menos abstractos...).

Pero no todo es lenguaje...

ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN DERIVADAS DE OTRAS FUNCIONES COGNITIVAS

Orientación y nivel de alerta

En ocasiones tras un daño cerebral, especialmente en la fase aguda, la persona puede encontrarse desorientada en la esfera temporal (no sabe en qué fecha o momento del día se encuentra), espacial (no sabe dónde está) y/o personal (no sabe quién es). Es muy habitual que las personas en esta situación confabulen

acerca de lo que les ha pasado, por qué están en el hospital, etc.

En estos casos la comunicación se encuentra alterada en cuanto al contenido de la misma, pero conserva la estructura gramatical, vocabulario, etc.

Por otro lado, el daño cerebral también puede alterar el nivel de alerta que una persona necesita para desempeñar las actividades de la vida diaria pudiendo permanecer somnoliento todo el día o presentar momentos de activación o alerta alternados con momentos de sueño o desactivación que le hagan requerir descansos de forma frecuente. Estas oscilaciones en los niveles de sueño y vigilia limitan en gran medida la comunicación, encontrándose la persona en un estado de confabulación o ensoñación casi permanente.

Atención

La limitación de la gestión de los recursos atencionales afecta de igual medida la comunicación, ya que si hay problemas para focalizar y mantener la atención, especialmente en situaciones complejas

estimularmente (un centro comercial o una celebración familiar), la persona tenderá a despistarse con la infinitud de conversaciones, personas o sucesos que se desplegarán ante él, y difícilmente podrá centrarse en una única conversación o persona inhibiendo el resto. La comunicación estará así sesgada y mediada por la capacidad para mantenerse en una sola cosa.

Del mismo modo, si la amplitud atencional está comprometida, a la persona le costará comprender mensajes de cierta longitud, y perderá parte de la información que se le ha suministrado.

Por otro lado, las alteraciones de distribución espacial de la atención características de daño cerebral de hemisferio derecho, interfieren la atención hacia un lado del campo visual, normalmente el izquierdo, por lo que si nos dirigimos al sujeto por ese lado es probable que no le llegue nuestro mensaje.

Además el enlentecimiento acusado del procesamiento de la información tan característico de las personas con daño cerebral también limita la comunicación en tanto en cuanto el interlocutor debe ser sensible a este hecho y permitir el lapso de tiempo suficiente para la comprensión del mensaje y la posterior elaboración de la respuesta.

Funciones ejecutivas

Encargadas de organizar, modular y supervisar nuestra ejecución en la realización de actividades más o menos complejas, las funciones ejecutivas son determinantes a la hora por ejemplo de estructurar el discurso, seleccionar las palabras, enlazar unas ideas con otras en función de su relevancia, ceder el turno de palabra o mantener la idea que quiero transmitir activa mental-



“

El daño cerebral también puede alterar el nivel de alerta que una persona necesita para desempeñar las actividades de la vida diaria pudiendo permanecer somnoliento todo el día o presentar momentos de activación o alerta alternados con momentos de sueño o desactivación que le hagan requerir descansos de forma frecuente ”

mente mientras escucho a mi interlocutor.

Así, tras un daño cerebral, las personas pueden presentar discursos poco estructurados, perseverativos sobre la misma idea, verborreicos por el encabalgamiento de diferentes ideas sin una relevancia clara o autorreferentes sin dejar cabida al otro a que participe.

También podemos encontrar mensajes abigarrados, que transmiten la idea pero de manera retórica, con un vocabulario excesivamente tecnicado o infrecuente, acercándose a la idea, pero sin ser capaz de expresarla con claridad.

En el otro extremo se da el mutismo, que impide cualquier emisión del lenguaje a pesar de no haber limitaciones del lenguaje ni del habla. Estas personas presentan una afectación tan severa que no son capaces de plantearse una motivación para iniciar la comunicación, ni siquiera por una necesidad básica como el hambre o el frío.

Más cercanos a este extremo aunque sin presentar esta severidad están las personas que se vuelven “monosilábicas” y solo se comunican para responder sí o no ante una pregunta concreta, pero no tienen ninguna intención comunicativa espontánea.

Aprendizaje y memoria

Las personas que han sufrido un daño cerebral con frecuencia presentan dificultades para almacenar contenidos que suceden tras el daño. Pueden recordar información autobiográfica previa al daño, muchos años previos a éste, pero sin embargo no recuerdan una conversación que ha tenido lugar hace un momento. De este modo la comunicación se ve limitada por este hecho y las personas perseveran en los mismos

temas de conversación o realizan las mismas preguntas repetidas veces a sus familiares.

Por otro lado, el interlocutor puede dar por hecho que sabe de lo que se está hablando, omitiendo parte de la información en el mensaje y generando desconcierto y confusión en el afectado.

Pensamiento

Muchas personas con daño cerebral ven afectada la abstracción del pensamiento, volviéndose éste más concreto y teniendo dificultad para entender temas menos cotidianos o más complejos. Por esta razón se pueden perder en determinadas conversaciones o no ser capaces de realizar deducciones lógicas como hacían previamente.

Para saber más...

BENEDET, M.J. (2006). Acercamiento neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje. Madrid: Ed. EOS

CUETOS, F. (2003). Anomia: La dificultad para recordar las palabras. Madrid: TEA Ediciones.

HELM-ESTABROOKS, N. (2005). Manual de la afasia y de terapia de la afasia. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

JUNQUÉ, C. (2004). Neuropsicología del lenguaje. Barcelona: Masson. Manning L. (1992). Introducción a la neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje: teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia. Madrid: Trotta.

http://ceadac.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/guiadefamiliasdelceadac_proble.pdf

[http://www.uv.es/perla/1\[15\].VilloreyMorant.pdf](http://www.uv.es/perla/1[15].VilloreyMorant.pdf)

Estrategias para comunicarse con la persona con lesión cerebral

	Dificultad Severa	Dificultad Moderada	Dificultad Leve
Guía general	<ul style="list-style-type: none"> • Decir las cosas claras. • Ser conciso. • Ser directivo y ordenado. • Ayudar explicando las cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser claro y breve. • Dar ejemplos. • Ser directivo. • Ayudar a que él/ella de una explicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con normalidad. • Dar descansos si necesario. • Ayudar si es necesario.
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Llamar su atención antes de hablar (diciendo su nombre). • Asegurarnos de que nos mira. • Decir frases muy cortas. • Hablar solo 1 cada vez. • Eliminar distracciones (televisión, radio). • Ordenar la habitación y toda la casa. • Hablar pausadamente. • Pedir que repita lo que le dijimos. • Ser pacientes (puede tardar en responder). 		<ul style="list-style-type: none"> • Repetir las cosas si vemos que no ha atendido. • Frases de extensión normal. • Reducir distracciones si hablamos con él/ella. • Darle tiempo para contestar.
Concentración y fatiga	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones cortas. • Descansar si se fatiga. • Aprovechar los ratos que está más despierto (mañanas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones cortas y concretas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer descansos. • Bajar el nivel de exigencia y ofrecer ayudas / pistas si vemos que está cansado.
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • No dar por supuesto que sabe o se acuerda de cosas que pasaron hace un día o hace 5 minutos. • Ser explicativos y repetir las cosas que pensemos que no recordará • Apuntar las cosas en una agenda o libro de memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar si se acuerda de lo que hablamos; si no se acuerda repetírselo. • Dar pistas para que recuerde (empieza por esta letra, estábamos en tal sitio) • Apuntar en una agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Si vemos que pone cara de extrañeza preguntarle si sabe de qué hablamos.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar de cosas sencillas. • Dar ejemplos. • Si hablamos de alguien decir su nombre. • Hacer frases que sean claras: "¿Me ayudas a ordenar esto?" , y no: "¿Por qué no me ayudas a ordenar?". "En China comen mucho arroz", y no: "Si estuvieras en China comerías arroz". 	<ul style="list-style-type: none"> • No hablar de cosas muy abstractas (<i>el IPC ha subido unos puntos; van a subir los impuestos...</i>). • Frases claras: "¡Que graciosa es tu tía María! ¿verdad?", y no: "¡Cómo es tu tía!" (sobreentendiendo graciosa y María). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con normalidad. • Si hablamos de algo difícil o si oímos una noticia compleja en la radio podemos intentar que él/ella de un ejemplo o que lo explique para comprobar que lo ha entendido. "¿Qué crees que quiere decir eso de <i>A Dios rogando y con el mazo dando?</i>", "¿Por qué crees que han dicho que...?"





Pastoral da pessoa idosa

A Pastoral da Pessoa Idosa (PPI) é um Organismo vinculado à CNBB —Conferência Nacional dos Bispos do Brasil— e foi fundada no dia 5 de novembro de 2004. Atua diretamente junto às famílias através de pessoas voluntárias que vivem na própria comunidade, aos quais chamamos de “Líderes comunitários”. Estes fazem voluntariamente visitas domiciliares mensais às pessoas idosas, preferencialmente às mais vulnerabilizadas por sua fragilidade física ou por situações de risco social, independentemente de seu credo religioso ou tendência política.

Texto | Terezinha Tortelli [Coordenadora Nacional da Pastoral da Pessoa Idosa]

Esta Pastoral surgiu de uma necessidade sentida, bem antes de sua fundação em 2004. Em meados da década de 90, a Dra. Zilda Arns, na ocasião Coordenadora Nacional da Pastoral da Criança, era sempre questionada pelos Líderes comunitários que visitavam mensalmente as famílias para acompanhar gestantes e crianças de 0 a 6 anos de idade. Esses Líderes comentavam com a Dra. Zilda: “Nas visitas domiciliares, sabemos tudo sobre crianças e gestantes; e geralmente nas casas que visitamos, encontramos também pessoas idosas e estas nos perguntam sobre questões do envelhecimento que nós não sabemos responder”. Com estes questionamentos e sempre atenta às novas necessidades detectadas pelos Líderes nas visitas domiciliares, Dra. Zilda deu início a mais esta Pastoral, seguindo a mesma metodologia da Pastoral da Criança, que vinha dando certo desde 1983.

Objetivo

O objetivo da Pastoral da Pessoa Idosa é formar redes de solidariedade humana, fortalecendo o tecido social e contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas na família, buscando a compreensão de todas as dimensões do envelhecimento (física, psicológica, social e espiritual), gerando uma cultura de cuidado do ser humano em sua plenitude

para a construção de uma sociedade mais igualitária para todas as idades.

Metodologia

O trabalho essencial é a organização da comunidade e a capacitação de Líderes comunitários que ali vivem, para que, cada líder capacitado, fortalecido em sua fé e no seu compromisso social, assuma voluntariamente o acompanhamento por meio da visita domiciliar, a uma média de 10 pessoas idosas nas famílias vizinhas,

em ações preventivas, adotando bons hábitos na área da saúde, nutrição, educação e cidadania. O líder comunitário faz a ponte entre a pessoa idosa e sua família, com os serviços existentes na comunidade voltados à pessoa idosa. Onde tais serviços não existem, as lideranças da Pastoral mobilizam a comunidade para exigir do poder público sua criação.

Para identificar os voluntários de uma comunidade, iniciamos com um momento de sensibilização, apresentando a Pasto-



Líderes comunitárias da Pastoral da Pessoa Idosa na periferia de Manaus/ Amazonas.



ral da Pessoa Idosa, sua metodologia, sua proposta de trabalho voluntário na comunidade e convidando quem queira vir fazer a experiência. Aos que estiverem dispostos a assumir o compromisso de visitar a uma média de 10 pessoas idosas todos os meses, convidamos para fazer a capacitação básica.

A formação dos voluntários

A capacitação básica dos voluntários, que chamamos de Líder comunitário, é composta de 6 etapas de 4 horas cada etapa, nas quais são tratados os seguintes temas: Histórico, Missão, Mística e Metodologia da Pastoral da Pessoa Idosa; Perfil e Missão do Líder comunitário; O envelhecimento populacional brasileiro; O curso da vida – valor de cada fase da existência humana; Visita domiciliar; Indicadores de acompanhamento: Atividade física, Nutrição e Hidratação, Vacinas contra gripe e contra pneumonia, Prevenção de quedas, Incontinência urinária, Dependência para as ABVDs (Atividades Básicas da Vida Diária); Domínio sobre os Instrumentos básicos – Caderno do Líder e FADOPI (Folha de Acompanhamento Domiciliar da Pessoa Idosa).

O dia a dia do Líder comunitário

Após passar pela capacitação básica, cada Líder comunitário assume o compromisso de visitar mensalmente, de forma voluntária, a uma média de 10 pessoas idosas, residentes próximas à sua casa ou que pertençam à mesma comunidade. Cada uma dessas pessoas idosas são cadastradas no Caderno do Líder onde constam os indicadores de acompanhamento e espaço para as anotações a cada mês.

Após a capacitação básica, os Líderes comunitários de cada comunidade reúnem-



Reunião de avaliação e reflexão.

se mensalmente para uma reunião de avaliação e reflexão. Essa reunião é um espaço para a formação contínua dos Líderes, animação da caminhada, troca de experiências, partilha de como foram as visitas às pessoas idosas, quais dificuldades encontradas, o que merece atenção especial, casos que necessitam ser encaminhados, como e onde buscar apoio.

Outro objetivo dessa reunião de avaliação e reflexão é o preenchimento da FADOPI. Nela são incluídas todas as pessoas idosas que estão cadastradas no Caderno de cada Líder comunitário e que foram por eles visitadas. Assim, a cada mês, cada comunidade preenche e envia para a Coordenação Nacional uma FADOPI.

Indicadores de acompanhamento

Os indicadores de acompanhamento da Pastoral da Pessoa Idosa são voltados à estimulação de hábitos saudáveis, com o

objetivo de que a pessoa idosa possa manter por maior tempo possível sua autonomia e independência funcional, postergando o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis e com elas o quadro de dependência e fragilidades. A manutenção da independência funcional e da autonomia pode ser preservada na família e na comunidade, desde que as pessoas e seus familiares aprendam a prevenir danos e a procurar recursos disponíveis o mais precocemente possível.

Benefícios da visita domiciliar

Líderes da PPI relatam que observam uma melhora sensível na capacidade física, cognitiva e emocional das pessoas idosas acompanhadas. É freqüente o fato de pessoas que eram acompanhadas na visita domiciliar, passarem a solicitar a capacitação e transformarem-se em Líderes comunitários. E o testemunho dos próprios Líderes descreverem o benefício da visita domiciliar para eles próprios que, além das caminhadas para ir até as



26 casas das pessoas idosas, trazendo-lhes o bem estar físico, encontram ainda nesta prática uma grande satisfação.

O fato da visita domiciliar acontecer todos os meses resulta em uma atmosfera de confiança entre o líder comunitário e a pessoa idosa visitada e seus familiares. Com isto, cria-se um ambiente doméstico mais propício a uma melhor convivência intergeracional, com mais respeito, superando situações de negligência ou outros tipos de maus tratos.

Resultados

A Pastoral da Pessoa Idosa mantém um sistema de informação que é alimentado de forma constante pelas FADOPIs que chegam mensalmente de cada comunidade. De acordo com os dados do quarto trimestre de 2012, são acompanhadas uma média mensal de 140 mil pessoas idosas, através de 17.903 líderes comunitários que atuam em 4.362 comunidades de 785 municípios do Brasil.

Além de acompanhar os indicadores constantes no Caderno, o Líder comunitário faz também o encaminhamento aos serviços de assistência social, previdência social, órgãos públicos em geral na busca de direitos existentes que, na maioria das vezes não são conhecidos e por isso não são reclamados. Além dos indicadores específicos há outros, embora ainda não mensuráveis, mas que para uma análise mais profunda pode-se comprovar os bons resultados, como por exemplo: o relacionamento familiar menos hostil, reduzindo com isso os maus tratos à pessoa idosa por familiares ou por cuidadores; melhora da auto estima, a pessoa idosa passa a se cuidar mais, melhorando sua socialização. Tantos fatos, histórias, testemunhos ouvidos ou presenciados pelos líderes comunitários, me-

recem uma pesquisa na área para aprofundar a questão.

Dos indicadores mensuráveis, apenas a título de exemplo de resultados positivos do acompanhamento domiciliar, sistemático e contínuo, desenvolvido com dedicação pelos voluntários, citamos aqui um dos indicadores: prevenção de quedas. Tomando por base o 4º trimestre de 2010 comparado ao 4º trimestre de 2005, ou seja, em 5 anos de atuação da Pastoral da Pessoa Idosa, podemos confirmar o resultado como segue na tabela 1.

Analisando os dois trimestres em questão, verificamos que no 4º trimestre de 2005, ou seja, quando a Pastoral da Pessoa Idosa completava seu primeiro ano

de existência, o percentual de quedas era de 4,2%. Cinco anos após, no 4º trimestre de 2010, o percentual de quedas nas pessoas idosas acompanhadas pelos Líderes comunitários, foi de 2,7%, uma diminuição de 34,6% (esses dados estão disponíveis no site da PPI: www.pastoraldapessoaidosa.org.br).

Por tratar-se de um indicador 100% mensurável, podemos concluir que este resultado nos sugere as seguintes questões: Qual o benefício dessa redução de quedas para os cofres públicos? Com toda certeza o resultado será o de menos pessoas buscando os serviços de saúde, menos internações hospitalares, menos cirurgias, menos próteses e órteses, menos

Tabela 1. Resultados

Indicadores	2010 4ºTri	2005 4ºTri	% Cresc.
Numero de Líderes Atuantes	22.328	3.889	474,1
Idosos Acompanhados	192.456	34.059	465,1
Famílias Acompanhadas	153.095	26.938	468,3
% Fazem Atividades Físicas	76,7	73,2	4,8
% Idosos que bebem liquido	78,8	72,8	8,2
% Idosos com vacina - Pneumonia	8,7	19,7	-56,0
% Idosos com Vacina - Gripe	81,0	77,1	5,1
% Idosos que cairam ultimos 30 dias	2,7	4,2	-34,6
% Idosos com urina solta	11,2	13,2	-15,4
% Idosos em tratamento - Urina Solta	52,5	54,3	-3,3
% Idosos Dependentes	12,1	12,0	0,3
% Idosos que morreram	0,3	0,3	-0,4
Idosos - óbitos	638	113	463,1
Nº Ramos	1.389	382	263,6
Nº Paróquias	1.355	379	257,5
Nº Setores	185	116	59,5
Nº Dioceses	181	114	58,8
Nº Municípios com Past. da Pessoa Idosa	902	286	215,4
Nº Estados	26	24	8,3



sobrecarga nos serviços de reabilitação e nos serviços de assistência social, menos demanda por cuidadores, e principalmente menos sofrimento para a própria pessoa idosa.

Estes resultados certamente demonstram a grande importância do trabalho voluntário, realizado com muita dedicação pelas lideranças da Pastoral da Pessoa Idosa, pelo impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas e pela economia dos recursos públicos.

Aprimorando os indicadores

Após 8 anos de existência da Pastoral da Pessoa Idosa e já com resultados comprovados da eficácia do acompanhamento domiciliar, a Pastoral da Pessoa Idosa tem agora como meta, o aprimoramento de suas ações, que se dará através do cruzamento entre alguns dos indicadores de acompanhamento.

Trata-se de uma avaliação anual através do preenchimento de um instrumento em cada comunidade com PPI. Todos os dados que compõem este instrumento constam do Caderno do Líder. No primeiro campo solicita-se o número de pessoas idosas acompanhadas naquela comunidade, por sexo e por faixa etária: 60 a 69 anos/ 70 a 79 anos/ 80 a 89 anos/ 90 a 99 anos/ centenários.

Os demais campos contemplam as seguintes alternativas: Mora sozinha na casa/ Caiu no ano anterior/ Foi internada em hospital em consequência da queda/ Está com incontinência urinária/ É dependente. Cada uma dessas alternativas deverá estar indicada para qual sexo e qual faixa etária.

Com este resultado esperamos poder traçar a cada ano, o perfil de fragilidade das pessoas idosas acompanhadas pela PPI. E de posse dessa informação, poder in-

fluenciar nas políticas públicas e perceber a necessidade de construir e fortalecer a cada dia a rede de apoio às pessoas idosas em cada município.

Custos e Recursos

O maior dos recursos que a PPI consegue é a força do voluntariado que se dedica, doa de seu tempo, se empenha de todas as maneiras para desenvolver as ações da Pastoral em suas comunidades. Porém, existem gastos que são inevitáveis, por exemplo: para elaboração/ impressão e transporte dos materiais educativos que devem chegar até as comunidades onde residem os Líderes comunitários (Guia do Líder, Caderno do Líder, FADOPI, Manual do Capacitador, Manual do Coordenador, entre outros). Gastos com as capacitações, que basicamente consiste na alimentação e transporte dos capacitados e dos capacitadores.

Para estes gastos contamos com recursos públicos a nível federal através de convênios com o Ministério da Saúde. Em 2005 quando do início da PPI, celebrou-se o primeiro convênio e correspondia a R\$ 0,97/idoso/mês (noventa e sete centavos por idoso por mês); o convênio seguinte em 2006, o valor foi de R\$ 0,59/idoso/

mês; em 2007, R\$ 0,57/idoso/mês; em 2008 houve uma recuperação e o valor superou o do primeiro convênio, foi de R\$ 1,00/idoso/mês (um real); em 2009 o convênio caiu para 0,27/idoso/mês. Em 2010 o recurso do convênio só entrou em janeiro de 2011 e foi de R\$ 0,19/idoso/mês. Em 2011 e 2012 a PPI não contou com nenhuma ajuda do Governo federal como poderá ser conferido na tabela 2.

Apesar de tão poucos recursos, a PPI continuou expandindo suas ações. Em 2005 acompanhava 34.059 pessoas idosas; em 2006, 77.383 pessoas, um aumento de mais de 100%; em 2007, 116.006 pessoas; em 2008, 147.229 pessoas; em 2009, 181.243 pessoas; em 2010, 192.345 pessoas idosas acompanhadas.

Embora o recurso recebido seja quase insignificante, a ausência deste pouco faz falta, pois, os voluntários que se dedicam realmente com muita boa vontade, passam a assumir também os gastos pelo trabalho que eles próprios desenvolvem gratuitamente. Mas quando se prolonga esse período do voluntário ter que desembolsar para fazer seu voluntariado é inevitável o cansaço e o desestímulo. E aí vimos o resultado de dois anos sem ne-

Tabela 2. Recursos recebidos do Poder Público

Ano	Nº Acompanhados no 4º trimestre	Valor idoso/mês	Crescimento
2005	34.059	R\$ 0,97	22,2%
2006	77.383	R\$ 0,59	127,2%
2007	116.006	R\$ 0,57	49,9%
2008	147.229	R\$ 1,00	26,9%
2009	181.243	R\$ 0,27	23,1%
2010	192.345	R\$ 0,25	6,1%
2011	163.219	R\$ 0,00	-15,3%
2012	140.442	R\$ 0,00	-14,5%

Fonte: Sistema de Informação da Pastoral da Pessoa Idosa – dados do 4º trimestre cada ano.



“

Para as famílias que tem um e as vezes mais de um familiar idoso em casa, os filhos com o compromisso de trabalhar fora o dia todo e não tendo ninguém para cuidar de seu familiar idoso, como fazer? E quando estes idosos já necessitam de cuidados, existem cuidadores suficientes e capacitados para cuidar? E as famílias têm condições de pagar por esse serviço de cuidador? ”

nhum recurso: em 2011, infelizmente contamos com um decréscimo de 8,2%, acompanhando a 179.429 pessoas idosas. E em 2012, um decréscimo de 14,5%, acompanhando a uma média mensal de 140.442 pessoas idosas.

A Pastoral conta também com a preciosa ajuda das Igrejas locais: paróquias, dioceses, que cedem espaços sem cobrar aluguel pelo uso de salas, às vezes de telefone, gás, outros equipamentos como computador, impressora, xerox etc.

Conta ainda com outros doadores anônimos que mensalmente depositam um valor para o desenvolvimento das ações da PPI. Mas é evidente que isto só não basta, mesmo porque demanda uma energia gigantesca para buscar recursos quando poderíamos empregar o tempo e as forças nas próprias ações da PPI e não em fazer promoções para tal.

Motivação

Faz-se necessário alimentar de forma constante o ânimo e o entusiasmo dos

voluntários. Para isso a PPI realiza Encontros Regionais, dos quais participam os coordenadores estaduais e diocesanos. Por sua vez, estes coordenadores realizam também encontros e assembléias a nível diocesano e paroquial dos quais participam os coordenadores paroquiais e os líderes comunitários. Sem esta motivação permanente é impossível manter a perseverança de qualquer trabalho voluntário.

Partindo da metodologia da PPI que se baseia na multiplicação dos pães e peixes, realizada por Jesus (Mc 6, 34-44), aqui se multiplica e partilha do conhecimento. Motivadas pela fé, nossas lideranças sentem-se animadas a impregnar suas comunidades com gestos concretos de vida, dignidade e esperança, criando solidariedade entre as famílias.

Prioridades no Brasil

Durante a primeira década do século XXI, o Brasil, pela primeira vez em sua história, deparou-se com mais pessoas com idade superior a 60 anos, do que



Encontro Regional.



peças de 0 a 6 anos de idade. Fato realmente inédito! Nós brasileiros/as sempre acostumados com a expressão: “O Brasil é um país jovem” e de repente nos percebemos num país em franco envelhecimento.

Como não nos preparamos para esta virada tão brusca, era de se esperar que também as políticas públicas não acompanhassem esse processo segundo as necessidades. Apenas um exemplo desse descompasso: para crianças existem creches ao alcance da grande maioria das famílias em todo o país. Dessa forma, seus pais podem com segurança deixar seus filhos nesses espaços e seguir para seu trabalho diário, retornando no final da tarde para buscá-los.

Para as famílias que tem um e as vezes mais de um familiar idoso em casa, os filhos com o compromisso de trabalhar fora o dia todo e não tendo ninguém para cuidar de seu familiar idoso, como fazer? E quando estes idosos já necessitam de cuidados, existem cuidadores suficientes e capacitados para cuidar? E as famílias têm condições de pagar por esse serviço de cuidador? Existem nas comunidades, municípios, lugares próprios (Centro Dia), onde a família possa deixar seu familiar idoso para passar o dia, em lugar seguro, com pessoas preparadas para cuidar, com alimentação, atividades, outros serviços? Espaços estes que, reservadas as diferenças, seriam similares às creches para as crianças.

Esta é apenas uma pequena ponta de uma grande questão a ser trazida à tona para ser conhecida, discutida, compreendida e assumida de fato pelo poder público. Por enquanto percebem-se apenas algumas poucas iniciativas da sociedade civil que vem se organizando, porém, com muito esforço, pela falta de recursos financeiros, físicos, materiais e humanos.

Visão equivocada

Talvez em função da rapidez com que se deu o processo de envelhecimento no Brasil, ainda com o conceito tão arraigado sobre um “país jovem”, somando-se a falta de preparo para esta mudança do perfil demográfico, são percebidos alguns equívocos na compreensão dessas questões. Um exemplo desse equívoco é acreditar que todas as pessoas envelhecem bem e aí usa-se e abusa-se de expressões como: “melhor idade”, “idade de ouro”, “juventude acumulada”, entre outras expressões que só mascaram a realidade, e pior, trazem embutidas a negação do envelhecimento.

A Pastoral da Pessoa Idosa é testemunha de que na realidade, milhares de pessoas idosas estão vivendo em situação calamitosa em seu estado de isolamento, abandono, em situação de risco social, fragilidades físicas, vulnerabilidades por várias situações, entre elas a pobreza extrema, a negligência (do Estado, da Sociedade e da própria família), a violência e maus tratos.

São estas as razões que me fazem crer que há uma visão equivocada, míope, irreal do envelhecimento hoje no Brasil. Talvez seja por estarmos na fase de transição demográfica, entre país jovem e país envelhecido. E enquanto persistir este equívoco, os recursos públicos destinados à população idosa continuarão sendo insignificantes.

Acreditar na mudança

Se por um lado percebemos tantas fragilidades e infelizmente ainda tantas desigualdades é certo também que percebemos muita esperança. A Pastoral da Pessoa Idosa está fazendo a sua parte. Já somos um verdadeiro batalhão! Mais de 25 mil voluntários - somados os Líderes comunitários que fazem as visitas domiciliares mensalmente às pessoas idosas, os Capacitadores que formam os Líderes, os Multiplicadores que formam os Capacitadores, os Coordenadores comunitários, paroquiais, diocesanos e estaduais que animam e fortalecem toda a caminhada da PPI, cada um em sua instância de atuação.

Temos consciência de que ainda fazemos muito pouco, pois, 140 mil pessoas idosas acompanhadas pela PPI, ainda é menos de 1% dos 23 milhões de brasileiros/as com idade superior a 60 anos de idade.

Muitas vezes nos sentimos como uma voz num grande deserto onde parece não haver ressonância... os interesses são tão distintos... a ganância parece superar o bem comum... a violência parece suplantar a paz...

Mas apesar de tudo isso, acreditamos sim que somos uma força porque somos todos movidos por muito amor. É a força da solidariedade, da fraternidade, do desejo de um mundo melhor, sem divisões, sem desigualdades, onde os direitos sejam iguais para todos, para todas as idades.



Endereço da Sede Nacional da PPI

Rua Manoel Eufrásio, 78 - Bairro Juvevê - Curitiba-PR Telefone: (41) 3076-6529

Site: www.pastoraldapessoaidosa.org.br

e-mail: secretaria@pastoraldapessoaidosa.org.br



30 Mónica Lladó

Psicóloga, Magister en Antropología y profesora adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Uruguay

“Pensar ciudades más amigables para todos”

Profesora adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay, Mónica Lladó ha presentado su tesis “Representaciones sociales: adultos mayores y espacios públicos en la ciudad de Montevideo”, en la que plantea por un lado los usos y representaciones que los mayores hacen de los espacios públicos montevideanos, y por otro lado, la visión que la sociedad tiene del envejecimiento y de la vejez. Sobre ello hemos conversado con Mónica Lladó, con el auxilio de las conexiones electrónica y telefónicas.

Texto | Javier Vázquez-Prada Fotos | Alejandro Ibáñez

¿Por qué un trabajo sobre la utilización de los espacios públicos de la ciudad de Montevideo por los mayores?

Montevideo hace algunos años que viene cambiando para bien, se ha vuelto más atractiva y ha aumentado su oferta de servicios a la población en general y a la población mayor en particular. Sin embargo la percepción general de una ciudad envejecida e insegura crece tanto o más que los datos demográficos. Estas percepciones estimularon una investigación para poder explorar sobre las representaciones de la vejez relacionadas al espacio público y así confrontar las percepciones con los usos del espacio público por parte de los adultos mayores, pero también confrontar esto con las representaciones de los que diseñan y gestionan los espacios públicos abiertos.

¿Ha llegado a alguna conclusión de interés?

Si bien Montevideo procura estar al día con las normativas de accesibilidad aún está lejos de ser una ciudad amigable para la población mayor, pero no sólo para ella. Los mayores plantean dentro

de las dificultades en relación al transporte problemas de accesibilidad de diferente índole, también la poca tolerancia a los tiempos de los mayores, que en el diseño de plazas no se contemplan pisos





adecuados para el tránsito de personas con dificultades visuales o en la marcha, la iluminación... Así como prejuicios generacionales cruzados, de los jóvenes que no reconocen el valor de los viejos como de los propios mayores hacia los jóvenes por la incompreensión de los códigos juveniles, provocando dificultades de integración intergeneracional. Lo observado lleva a insistir en el trabajo sobre el imaginario deficitario sobre la vejez, en el entendido que esto clausura la posibilidad de pensar la ciudad para viejos autónomos y productivos. Igualmente esta imagen deficitaria se presenta en los propios viejos coexistiendo con imágenes activas y positivas de la vejez, estas contradicciones no impiden que se puedan pensar otras formas de usar el espacio público que suponga el encuentro con otras generaciones y con los otros, los diferentes. Por esto veo necesario hacer hincapié que desde las políticas públicas se promueva la generación de imágenes positivas de la vejez para facilitar la integración social de los viejos. Considerando a los mayores como protagonista de los cambios de su imagen y del espacio público. Porque algo que surge también es que para habilitar un espacio público para todos supone conquistarlo entre todos. Lo que supone el compromiso de todos los actores políticos, para asegurar el derecho a la ciudad de todos y en particular de los adultos.

¿Están preparadas las ciudades para la personas mayores?

No podría hablar de todas las ciudades, pero podría especular que en general las ciudades tienen muchos problemas sin resolver y el envejecimiento poblacional se suma a la lista. Sin duda la mejor forma de pensar los problemas es pensarlos en términos de desafío y de posibilidad, y en este sentido hay mucho trabajo por hacer. Todas las ciudades tienen poten-



Mónica Lladó.

cial de transformación en la medida de apostar a mejorar la calidad de vida de las personas. Notarás la generalización que hago en relación a esto, pero es que pienso que las ciudades en general no están preparadas para el envejecimiento pero paradójicamente podríamos decir que no están preparadas para los humanos. Digo esto porque las ciudades están pensadas para una persona ideal, pero las personas y no solo los mayores no se ajustan a ese ideal. Por otra parte la velocidad de los cambios tecnológicos no se ajusta a la velocidad de una asimilación responsable de los mismos, lo que lleva a un consumo alienado. El problema de lo urbano es algo bien complejo si además consideramos que en las ciudades no sólo viven personas, sino también lo que ellas construyen, o sea un mundo material de artefactos, edificaciones, paisajes así como un mundo virtual y subjetivo, y cómo se articula esto para convivir con el medio ambiente y por ende con fenómenos naturales y otras especies animales (que pueden vivir con nosotros, pero que generalmente las excluimos y finalmente las exterminamos). O sea la cuestión de vivir en ciudades nos facilita la vida pero

también la afecta, dado que el espacio público, es un espacio-tiempo y toda interacción supone estas dos dimensiones, que afectan los lugares que habitamos y nos habitan, seamos conscientes o no de ello.

¿Qué le parece el concepto de ciudades amigables?

Son muy importantes y necesarios los programas para hacer a las ciudades más amigables. Entiendo que pensar en términos de ciudades amigables, supone reconocer también que la amistad se construye en un juego de reconocimientos y afecciones. En fin en estas contradicciones y devenires se construyen y reconstruyen las ciudades y espero que trabajar para hacer ciudades amigables para los mayores coadyuve a pensar ciudades más amigables para todos.

¿Aprovecha la sociedad suficientemente los conocimientos acumulados a lo largo de la vida por los mayores?

Hay trabajo y conocimiento de los mayores que no se visibiliza pero está y sostiene la economía de muchas familias y el capital cultural de los pueblos. La sociedad está muy ocupada en consumir y tener lo último que imponga en el mercado, si dentro de esta oferta se incluye algo que se parece al acervo cultural del país que toque uno podría decir que ahí va una parte del conocimiento acumulado de los mayores. Creo también que necesitamos tanto de recuperar nuestra memoria identitaria, que el mercado se nutre también de ello, la memoria se encuentra también en los objetos y los objetos también se venden. Pero la mayoría de las veces que el mercado recupera esa memoria o al propio adulto mayor, resulta ser muchas veces de una manera que reproduce estereotipos, además de ser una



32 recuperación pasiva. Es decir no pone en juego a los mayores o no pone a dialogar el conocimiento de los mayores con lo que se produce por otras generaciones. Más allá que el objeto vendible sea una mezcla de tradición y de los clisés de moda y al final algo de transmisión se cuele. El tema es como promover formas en que el conocimiento, el know how, de los mayores se ponga a trabajar para soluciones de problemas actuales, de una manera protagónica.

¿Cómo se propician en los espacios públicos las relaciones intergeneracionales?

Se podría decir que las relaciones intergeneracionales en Uruguay se propician asociadas a actividades culturales de transmisión de cultura e historia, desde la memoria social histórica, a las transmisión cultural de colectividades, comunidades y/o de costumbres. En el espacio público abierto suceden algunas de estas actividades, pero son escasas y no sistemáticas. A nivel de una acepción más amplia de espacio público, como lugar de intercambio social, considerando actividades en centros culturales, deportivos, religiosos, se pueden encontrar algunas actividades programadas sistemáticamente. No estaría mal diferenciar igualmente entre actividades intergeneracionales en las que se propicia especialmente este intercambio, siendo el centro de la cuestión y actividades en las que se comparte un espacio con otras generaciones. En este último sentido, las plazas, parques y ramblas son espacios que usan todas las generaciones, más allá de que esa interacción sea mínima, pero no por mínima menos importante. Porque es también con esa micro encuentros con los que se construye un demos, o por lo menos puntos de referencia para el encuentro. Por ejemplo, bailar tango en la plaza, una

actividad que surge de la interacción de múltiples actores en una plaza a partir de la iniciativa de un profesor de baile, esto nucleó a mayores pero también se sumaba gente de otras edades que se sentía seducida por la entusiasta milonga[1] a cielo abierto.

Por otra parte el horario segmenta el uso del espacio por edades, en la noche el espacio es más usado por los jóvenes mientras que la mañana y la tarde se ve más gente mayor. Esto también es variable en los lugares más céntricos y la temporada estival, donde es más heterogénea la distribución por edades. Pero no sólo los horarios por horarios se segmenta, hay programas que son dirigidos a personas mayores lo que habilita la inclusión y especificidad del trabajo hacia los mayores pero no la integración con otras edades, lo que no quita que según el grupo, siempre se cuele algún integrante más joven. Desde la municipalidad y a iniciativa de los vecinos de una zona surge la creación de una plaza que contemplara las necesidades de todos los vecinos y que homenajeara a con su nombre al Gral. Líber Seregni, por las dimensiones del proyecto la plaza terminó siendo un pequeño parque que innova en muchos aspectos que favorecerían un escenario interesante para el intercambio ciudadano, aunque el parque sólo no alcanza. En este parque y otros puntos de la ciudad se han instalado aparatos para hacer gimnasia al aire libre los que son usados por todas las edades también. Tanto desde el gobierno de Montevideo como desde el Ministerio de Cultura existe una oferta interesante de propuestas culturales pero no sé si aún es suficiente o accesible para toda la población. Estas propuestas están dirigidas para la población en general en las que se dan intercambios generaciona-

les (cursos, espectáculos, propuestas más o menos interactivas) y algunas están ofertadas de forma más segmentada por edades. Pero no hay estudios sobre estas experiencias.

¿Montevideo es una ciudad fácil para mayores y para personas con dependencia?

Podríamos decir que Montevideo como todo el país tiene que regirse con las normativas de accesibilidad para espacios públicos y cerrados que están dispuestas para la edificación tanto privada como pública. Esta normativa entro en vigencia hace pocos años por lo que aún la ciudad está en un debe en la aplicación de esta norma en su totalidad y extensión. Se puede ver que ha avanzado su aplicación en los espacios públicos céntricos y en los edificios públicos (rampas, barandas de acceso, ascensores, señalización, etc.) que han logrado certificados de calidad en accesibilidad pero aún es insuficiente. Se comenzó a incorporar y controlar la normativa de accesibilidad para que esté presente tanto en edificios construidos antes de la norma como en las obras nuevas, pero aún queda mucho por hacer. De las percepciones de los mayores en el estudio, se ha planteado: la ausencia de baños públicos accesibles en áreas abiertas, iluminación, accesibilidad de veredas y del transporte público o la tolerancia en la espera de atención al público. Aunque el municipio en acuerdo con las transportistas subsidiadas ha incorporado algunas frecuencias de ómnibus especialmente equipados, las flotas de transporte siguen presentando problemas importantes de accesibilidad en aspectos tan sencillos como la altura de los escalones para acceder al ómnibus o de parar acordando para facilitar la subida. En la mayoría de las oficinas públicas se ha mejorado el sistema de atención al público pero no hay normativa de atención



preferencial para mayores quedando a criterio del empleado de turno o de que se exija la atención preferencial.

La plazas de los pueblos tiene sus orígenes como lugar de reunión de los ciudadanos, ¿siguen cumpliendo este papel? ¿Es por eso que es el lugar de las ciudades donde se encuentra mayor concentración de mayores?

Todas las plazas tienen ese origen de espacio público abierto, de intercambio social, o sea un espacio de encuentro de una comunidad. Desde el ágora griega a la plaza mayor, llegando a las plazas de nuestro días. Ese papel mal que bien se sigue ejerciendo, desde el uso cotidiano que le puede dar la gente al uso más simbólico al ser el centro de los eventos culturales o políticos de la sociedad. No estudié todas las plazas, si bien ya no paso por ninguna plaza sin observarla detenidamente como secuela de la tesis; pero podría decirse que el uso de las mismas dependerá de los espacios públicos abiertos de cada ciudad. Dependiendo de los accesos a ellos o de su mantenimien-

to y esto por lo general va ligado con el involucramiento de diferentes actores en una comunidad para darle vida a esos espacios públicos. Básicamente yo estudié un circuito de espacios públicos, comprendido por algunas plazas y parques bastante céntricos y un sector de la rambla (peatonal costanera), seleccioné un sector porque en Montevideo para ser una ciudad pequeña la rambla es una extensión continua de aproximadamente 30 kilómetros. En estos lugares se puede encontrar gente mayor pero nunca superan la presencia de los jóvenes. Tal vez me arriesgue a decir que por comodidad y seguridad se pueden encontrar más adultos mayores en lugares públicos cerrados (teatros, cines, confiterías, sin contar las propuestas específicas para mayores).

Pero como señalaban algunos entrevistados del estudio el espacio público abierto tiene algunos rivales importantes por un lado, intereses privados o públicos que requieren predios para construir obras más o menos loables, desde centros de rehabilitación hasta clubes privados o la construcción de grandes centros comerciales. En el caso de los dos últimos, a

parte de sus propósitos, terminan siendo un nuevo espacio público cerrado pero con derechos de admisión. Otro rival que fue señalado es el protagonismo en la vida de la gente del gran espacio público virtual que conforman la televisión e internet.



Nota

[1] Milonga o milonga ciudadana es un ritmo dentro del tango, más rápido, pero también es el lugar donde se baila tango



Adultos mayores y espacios públicos en la ciudad de Montevideo

La tesis “Representaciones sociales: adultos mayores y espacios públicos en la ciudad de Montevideo”, parte de la visión de la sociedad sobre la vejez y el envejecimiento y el papel que los adultos mayores desempeñan en los espacios públicos de Montevideo. Muchas son las visiones sobre la vejez pues no existe una forma de envejecer, ni de llegar a la vejez, pues cada persona es singular, cada persona es un sujeto construido de acuerdo a un contexto socioeconómico, histórico y cultural determinado.

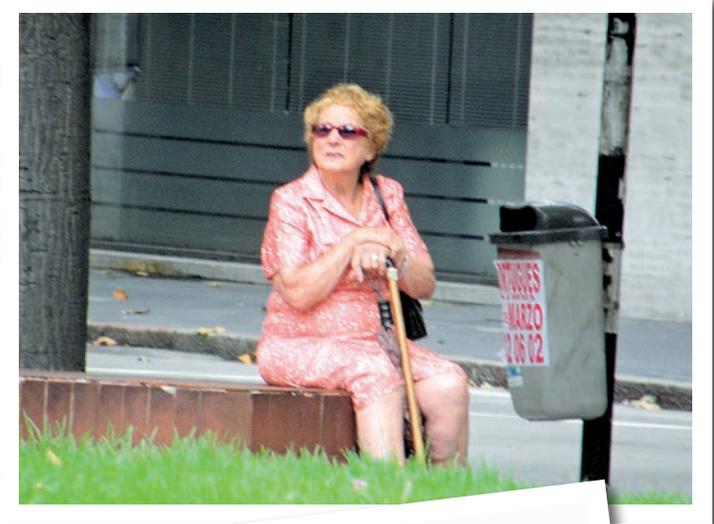
Texto | **Mónica Lladó** Fotos | **Archivo**

La tesis se ocupa de explorar y entender los usos y representaciones que las personas mayores hacen de los espacios públicos en la ciudad de Montevideo. Esto implica suponer el encuentro con el otro, y como una persona vieja interactúa con ese otro. Por lo que se entiende necesario el análisis de las ideas naturalizadas so-

bre el envejecer que tienen los adultos mayores y el resto de la población que participa y acciona políticamente, desde su manifestación electoral hasta las micropolíticas institucionales, organizacionales públicas y privadas, en los concejos vecinales, en la formación de opinión pública y en la vida cotidiana. Desde estas

consideraciones, se piensa que la cuestión del uso y la representación del espacio público en y para los mayores pone dos proposiciones a considerar en esta tesis: el derecho a la ciudad desde la perspectiva de Lefebvre y el derecho al proyecto de vida en la vejez desde la perspectiva de Castoriadis.







“
Considerando a los mayores como sujetos políticos, la participación de estos en el espacio público supone que el derecho a la ciudad es algo que no se concede naturalmente, sino que hay que conquistarlo”

Desde el punto de vista demográfico, Uruguay, para el año 2011 contaba con un porcentaje de 19% de población mayor de 60 años y el 93,5% de estos mayores viven en ciudades. El acento en lo demográfico, se resalta no sólo por considerar que la proporción de personas mayores supone ocupar un espacio concreto, sino también el lugar social que ocupan y su integración social.

La investigación se realizó con un diseño flexible que emplea metodología cualitativa con aspectos exploratorios y descriptivos. Utilizando técnicas de entrevista semiestructurada y observación participante. Las entrevistas a los diferentes actores comenzaron a realizarse en el 2008, las observaciones de campo se realizaron entre el invierno de 2008 y el verano de 2010. Se buscó recoger información de los espacios públicos en todas las estaciones del año así como en distintas franjas horarias (entre las 7 y las 23 h).

Se pudo observar como las producciones sociales sobre el envejecimiento, la vejez y los viejos, se ligan a otras formaciones imaginarias y reales sobre la sociedad y el espacio público abierto en particular. De lo que se desprende que aún predomina un imaginario sobre la vejez que se contradice con el uso que hacen del espacio público la inmensa mayoría de los mayores. Según los distintos actores, el temor al deterioro en la vejez, puede ser un obstáculo para habilitar el derecho a un proyecto vital autónomo ligado al derecho del espacio público. Esto también se muestra como una forma de anticipación a situaciones limitantes que pueden llegar en la vejez. Así el espacio público sigue presentando múltiples barreras a la accesibilidad y son aún escasas las estrategias efectivas para afrontarlo. La presencia permanente de un imaginario deficitario en la vejez, clausura sentidos a la



hora de pensar el espacio público abierto para viejos autónomos y protagonistas activos en la vida social. Por esto es necesario que desde las políticas públicas se promueva la transformación de las imágenes negativas de la vejez, que facilite la integración social de los viejos. Igualmente se entiende que estas contradicciones coexisten en los propios mayores, pero no impiden que aparezcan nuevas formas de usar el espacio público.

Considerando a los mayores como sujetos políticos, la participación de estos en el espacio público supone que el derecho a la ciudad es algo que no se concede naturalmente, sino que hay que conquistarlo. Y asumir las responsabilidades ciudadanas que implica ejercer el derecho a lo público. Pero también requiere del compromiso de todos los actores políticos, para asegurar el derecho a la ciudad de todos y en particular de los adultos mayores.







38 Delegación del Ministerio de Justicia de Chile se reúne con representantes del Imserso

Protección jurídica de las personas mayores

Una delegación del Ministerio de Justicia de Chile en viaje de trabajo a España ha tenido un encuentro con varios responsables y expertos del Imserso para tratar sobre el modelo de atención a las personas mayores en España, con especial atención a su protección jurídica.

Texto | Redacción Enlace/Consejería Técnica de Cooperación con Iberoamérica del Imserso

La representación del departamento ministerial chileno estuvo constituida por Gilda Espinoza, jefa de la División Judicial, Elizabeth Sepúlveda, jefa del Departamento de Asistencia Jurídica, y Ana Delia Castilla, abogada, que vinieron acompañadas de Mikel Córdoba, técnico de la Fundación Abogacía Española, entidad que gestiona en España el programa de cooperación europeo Eurosocial II, dentro del cual se enmarca esta visita.

Por parte del Imserso participaron en la reunión el secretario general del Imserso, Francisco Ferrándiz, que estuvo acompañado por Jesús Norberto Fernández, consejero técnico de la Dirección General; Manuel Marcos, letrado del Servicio Jurídico Delegado; así como por el consejero técnico de Cooperación con Iberoamérica, Manuel Domínguez y por José Carlos Fernández, funcionario de dicha Consejería Técnica.

La reunión tuvo como objetivo central dar a conocer a la delegación chilena las políticas públicas relevantes en España en materia de personas mayores y personas

en situación de dependencia, que podrían presentar aspectos de interés potencialmente aplicables al contexto chileno.

En el desarrollo de la reunión se trataron temas como el marco institucional y competencial del Imserso; la protección de las personas mayores en España; la efectividad jurídica de la protección de sus derechos, así como los programas de cooperación española con Iberoamérica.

La visita de estudio que la delegación chilena realiza a nuestro país y a Francia se enmarca en el desarrollo del Programa Eurosocial II, que es proyecto financiado por la Comisión Europea cuyo objetivo general es el de contribuir al aumento de la cohesión social en América Latina, a través de asistencias técnicas que fortalezcan la aplicación de las políticas públicas vigentes y que apoyen los procesos de reforma en marcha.

El Ministerio de Justicia de Chile, a través de las Corporaciones de Asistencia Judicial y en colaboración con el Ministerio de Desarrollo, a través del Servicio Nacio-

nal del Adulto Mayor (Senama), busca, en concreto, fortalecer el acceso a la justicia, especialmente en lo que respecta a la reducción de barreras socioculturales, la falta de sensibilización y de comprensión de los operadores del sistema de justicia en relación a la atención del adulto mayor.

Chile ha emprendido recientemente su Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, que pretende mejorar la integración de los adultos mayores en los distintos ámbitos de la sociedad y el fortalecimiento del acceso al sistema de justicia se presenta como una de las vías prioritarias, teniendo en cuenta el acelerado envejecimiento de la población que está viviendo Chile en los últimos años.



Publicaciones destacadas

Texto | **Rubén Herranz González**



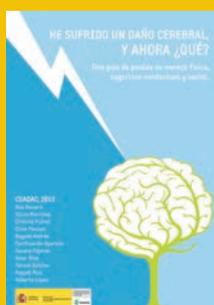
Género y Envejecimiento XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar

Folguera, Pilar; Maquieira, Virginia; Matilla, M^a Jesús; Montero, Pilar; Vara, M^a Jesús (Eds.) / Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, 2013

Esta publicación recoge más de 30 ponencias que giran en torno al impacto de la edad y el género en la sociedad, en sus más de 700 páginas se incluyen estudios en torno a seis temas: edad, género y cultura europea; biopolítica, edad y género; visiones de futuro desde el ámbito de la antropología; el envejecimiento como proceso biocultural, apartado que da una especial importancia a la salud; la economía, con especial referencia a los cuidados y su impacto económico; y un apartado dedicado al envejecimiento femenino a lo largo de la historia.

La obra, ejemplo de multidisciplinabilidad, tiene la virtud de compilar en un solo tomo ideas que no es común ver en un mismo libro. Seguramente el profesional se acercará buscando un artículo afín a su disciplina y terminará asomarse a como tratan "los otros" esos mismos temas, desde una rama del saber totalmente alejada de la suya. Seguramente no saldrá decepcionado sino que descubrirá otra cara del mismo prisma.

De gran interés resultan las prospecciones históricas del pasado que contiene el presente libro, de gran utilidad para entender el punto en el que nos encontramos y que tan frecuentemente olvidamos al estudiar el momento actual de forma casi aislada, tan interesantes como las visiones y aportes de un escenario futuro de una sociedad que envejece, y que envejece en femenino.



He sufrido un daño cerebral, y ahora ¿qué?

Una guía de pautas de manejo físico, cognitivo-conductual y social

Varios Autores, CEADAC / Imserso, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Madrid, 2013

Ya sea a causa de un accidente cerebrovascular, traumatismos craneoencefálicos, o cualquier otra causa, el Daño Cerebral Adquirido (DCA) suele ser causa de limitaciones, trastornos o alteraciones que es necesario conocer y entender para facilitar las actividades de la vida diaria.

Esta publicación, editada por el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), ofrece pautas sencillas para ayudar a afrontar los primeros momentos de las personas que han sufrido una lesión de este tipo. Dirigido tanto a la persona que ha sufrido el daño como a su entorno, pretende hacer que *"disminuya esa sensación de angustia y desamparo que puede surgir cuando reciba el alta hospitalaria"*.

Aunque breve, es una guía perfecta para cuidadores y familiares de los afectados, con un lenguaje directo y muy sencillo explica los cambios y aporta nociones básicas para tener en cuenta, desde los cambios posturales, a los apoyos y ayudas que se puede encontrar en el plano administrativo, pasando por los productos de apoyo o consejos para favorecer la comunicación.

Puede descargarse libre y gratuitamente en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600078_dao_cerebral.pdf



El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer

Guía de implantación

Rodrigo Ramos, Jesús M^a; González Ingelmo, M^a Isabel (Coords.) / Imserso, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Madrid, 2013

Esta guía, fruto de la colaboración entre el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (Imserso) y la Confederación Española de Asociaciones de familiares de personas con enfermedad de alzhéimer y otras demencias (CEAFA), responde a premisas fundamentales, como que los espacios son un aspecto de vital importancia y también han de ser tenidos en cuenta a la hora de afrontar la atención de las personas, y que los espacios no solo deben ser pensados "para" las personas, sino también deben ser pensados "con" las personas.

Así, partiendo de un encuentro entre el mundo asociativo del Alzheimer, profesionales de la atención sociosanitaria y profesionales de la arquitectura, celebrado en 2010, nace una guía que contiene tanto la visión de los profesionales de la arquitectura sobre las condiciones básicas de un diseño para favorecer la calidad de vida de los enfermos, familiares y cuidadores, como la visión de los profesionales de la atención y de aquellos no profesionales cercanos al enfermo de Alzheimer, como son los familiares.

Puede descargarse libre y gratuitamente en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600079_el_espacio_y_el_tiempo.pdf

Tres uves dobles recomendadas

Texto | Patricia Muñoz Canal

40



LINKEDAGE

<http://linkedage.com/es>

LinkedAge es una herramienta de comunicación que ayuda a que las personas mayores puedan intercambiar su alojamiento en diferentes regiones de todo el mundo, creando redes de comunicación, incrementando su movilidad y fomentando su inclusión social.

La plataforma de comunicación LinkedAge proporciona una logística global que permite la generación de contactos y la creación de una herramienta capaz de ampliar la movilidad de las personas mayores. Abre grandes posibilidades de accesibilidad a infraestructuras sociales en una amplia variedad de destinos diferentes que cuentan con el apoyo de diversos servicios sociales.



CENTRO ESPAÑOL DEL SUBTITULADO Y LA AUDIODESCRIPCIÓN

<http://www.cesya.es/>

El CESyA, dependiente del Real Patronato sobre Discapacidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), tiene como misión el favorecer la accesibilidad en el entorno de los medios audiovisuales, a través de los servicios de subtítulo y audiodescripción.

Como sus principales objetivos, destacan los siguientes: la creación y gestión de un servicio de base de datos que contenga referencias del material subtulado y audiodescrito disponible, la coordinación de acciones de investigación y formación homologada y la contribución en iniciativas de normalización, comunicación y sensibilización social sobre accesibilidad audiovisual.



CUÍDATE CUIDADOR, ¿QUIÉN TE CUIDA A TI?

<http://cuidatecuidador.com/>

Destinada a familias latinas, "Cuidate Cuidador" es una web que ofrece información básica, apoyo y el consejo de expertos en el cuidado de Alzheimer.

Contiene las siguientes secciones: Información sobre la enfermedad, Destrezas para el cuidado, Noticias internacionales, Consejos de expertos y Recursos para cuidadores.

Además, admite consultas en línea.

**Jacques André Boiffard***Alberto Giacometti, París, 1931*

Fotografía, copia moderna

Colección Fotostiftung Schweiz, Winterthur

© Jacques-André Boiffard / Colección Fotostiftung Schweiz, Winterthur

© Alberto Giacometti Estate / VEGAP (Spain), 2013

La zancada de Giacometti en Madrid

Una exposición coproducida por la Fundación Mapfre y Hamburger Kunsthalle de Hamburgo posibilita contemplar durante los meses de junio hasta primeros de agosto la forma como concebía su obra escultórica el suizo Alberto Giacometti (1901-1966), uno de los más grandes artistas europeos del siglo veinte.

Texto | **Javier Vázquez-Prada G.** Fotos | **Cedidas por Fundación Mapfre**

La exposición reúne cerca de 190 piezas, entre esculturas, pinturas, dibujos, grabados y fotografías procedentes de 32 prestigiosas colecciones internacionales públicas y privadas, entre las que se encuentran algunas de las principales obras de Giacometti.

La exposición ha sido concebida para que el visitante sea parte activa de lo que se expone y ocurre en las salas, como si fuera parte de un juego desarrollado sobre un tablero que hubiera sido extendido por el artista.

Se exponen sus primeras esculturas surrealistas, que son como elementos de juego. Luego llegan las esculturas de la posguerra aparece la obra más celebrada de Giacometti, son en las que se establece una relación entre el espacio y las figuras, esas figuras delgadísimas y alargadas tan conocidas del artista suizo. La exposi-

ción se cierra con dos de sus más célebres esculturas, **La gran mujer II** y **El Hombre que camina** que forman parte del conjunto de tres esculturas que Giacometti ideó para uno de sus grandes proyectos, la explanada que se extiende ante el Chase Manhattan Bank de Nueva York, sueño al que finalmente renunció.

Giacometti, escultor, dibujante, grabador, creador de objetos decorativos, escritor fue un gran explorador de múltiples caminos artísticos, desde su llegada al París de los años veinte del siglo pasado, cuando comenzó a realizar obras de marcado estilo cubista tardío. Con los primeros contactos a en los primeros años treinta con el grupo surrealista y conoce a Jean Cocteau, incorporándose más tarde en el grupo de André Bretón.

Con su salida del grupo surrealista se interesa por la realización de figuras en las

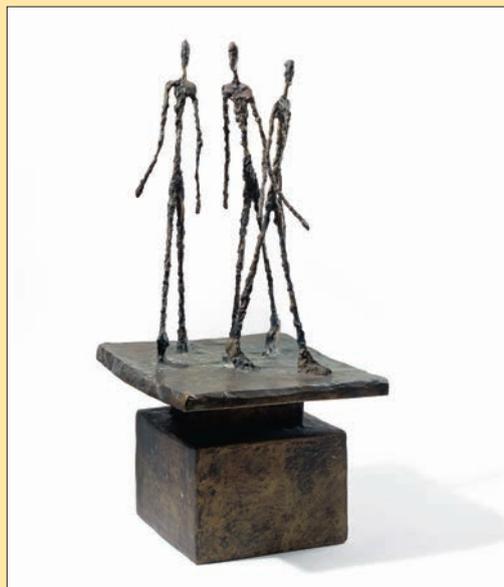
que prima la obra como parte de un espacio concreto. Es cuando surge uno de los aspectos más innovadores de su obra como la introducción del movimiento en la obra plástica.

Es a mediados de los años cuarenta cuando Giacometti crea sus esculturas alargadas como agujas, las figuras filiformes, que facilitan a comprender la visión que el artista suizo tiene del mundo exterior. La culminación de la obra llega con la impresionante figura del **El hombre que camina I**, realizada en los años sesenta.

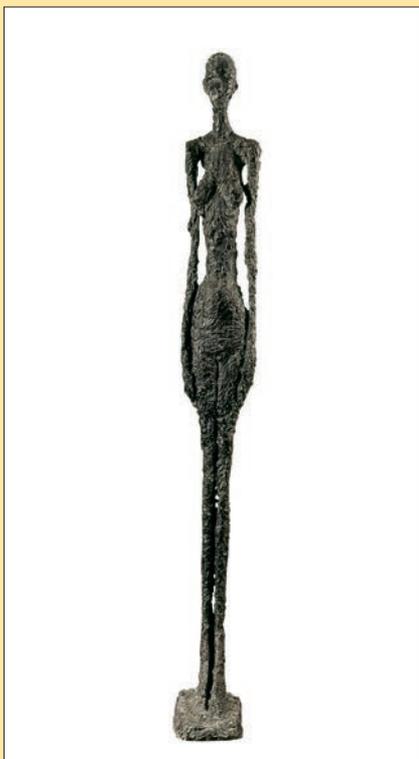
Amigo de Joan Miró de Picasso, de Max Ernst, y sobre todo de André Bretón y Paul Eluard, con los que colaboró en su publicación *"El surrealismo al servicio de la revolución"*. En las posguerra conoció a escritores como Samuel Beckett y Jean Paul Sartre, quien escribió la introducción



Alberto Giacometti
Femme de Venise IX, 1956
 [Mujer de Venecia IX]
 Bronce
 Tate, adquirido en 1959
 © Alberto Giacometti Estate /
 VEGAP (Spain), 2013



Alberto Giacometti
Trois hommes qui marchent, 1948
 [Tres hombres que caminan]
 Bronce
 Fondation Marguerite et Aimé
 Maeght, Saint Paul-de-Vence
 © Alberto Giacometti Estate /
 VEGAP (Spain), 2013



Alberto Giacometti
Grande femme II, 1960
 [Mujer grande II]
 Bronce
 Kunsthaus Zürich, Alberto Giacometti Stiftung, Zürich,
 donación de Bruno y Odette Giacometti
 © Alberto Giacometti Estate / VEGAP (Spain), 2013



Alberto Giacometti
Homme qui marche I, 1960
 [Hombre que camina I]
 Bronce
 Fondation Marguerite y Aimé
 Maeght, Saint Paul-de-Vence
 © Alberto Giacometti Estate /
 VEGAP (Spain), 2013



Alberto Giacometti
Intérieur, 1949
 [Interior]
 Óleo sobre lienzo
 Tate, adquirido en 1949
 © Alberto Giacometti Estate /
 VEGAP (Spain), 2013

al catálogo de la exposición de la obra de Giacometti celebrada en la Galería Pierre Matisse de Nueva York.

Por medio de un buen número de fotografías el visitante se introduce el taller en el Giacometti vivió en París, en Montparnasse, un pequeño taller de 18 metros en la calle Hippolyte-Maindrón, del que Giacometti decía *"es curioso, cuando alquilé este taller pensé que era minúsculo. No era más que un agujero. Pero cuanto más tiempo permanecía en él, más grande se volvía"*.

Se trata de fotografías realizadas por los fotógrafos Ernst Scheideidegger, Robert Doisneau y Henri Cartier-Bresson. Precisamente, de Henri Cartier-Bresson son dos fotografías muy representativas. Una, la titulada *"Giacometti bajo la lluvia"*, en la que el artista suizo parece dar vida a algunas de sus esculturas filiformes, a alguno de esos hombres que caminan de bronce, mientras cruza una calle parisina bajo la lluvia protegido hasta la cabeza con su gabardina. La otra titulada *"Alberto Giacometti durante la instalación de su exposición en la Galería Maeght de París"*. Está tomada en 1961, en ella se ve a un Giacometti en movimiento, borroso, llevando en sus manos una de sus esculturas, mientras pasa ante sus más conocidas esculturas, *"El hombre que camina"*. En ese momento en el que Cartier-Bresson oprime el disparador de su Leica resume el "instante preciso" que perseguía en sus fotografías, el ideal "bresoniano" de la fotografía.



Henri Cartier-Bresson

Alberto Giacometti durante la instalación de su exposición en la Galería Maeght de París.

Fotografía



Robert Doisneau

Alberto Giacometti en su taller, rue Hippolyte Maindrón, París, 1957

Fotografía

Colección Klewan, Múnich

© Robert Doisneau / Gamma-Photo

© Alberto Giacometti Estate / VEGAP

(Spain), 2013

