



## OFICINA DE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E AS TÉCNICAS DE MEMÓRIA

COLABORACIÓN TÉCNICA

Inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual



ENTREVISTA

Liliam Kechichian

Ministra de Turismo y Deporte de Uruguay



Mayores pero felices

23

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





**EDITA**

Instituto de Mayores y Servicios Sociales  
(IMSERSO)

**CONSEJO EDITORIAL**

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

**DIRECTOR**

Javier Vázquez-Prada Grande

**COLABORADORES**

José María Alonso Seco  
Víctor Domínguez Ortiz  
Nacho García Sas  
Esther García Valverde  
Francisco Gómez Alonso  
Catalina Guerrero Romera  
Rubén Herranz González  
Sandra de Mendonça Mallet (Brasil)  
Miguel Morán  
Patricia Muñoz Canal  
MIDES (Uruguay)

**FOTOGRAFÍA**

M<sup>a</sup> 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**

Es la mirada amplia de quien se asoma a la vida de un envejecimiento activo con la seguridad que le da la riqueza de todos los conocimientos acumulados, sabiendo que aún es mucho lo que le queda por aprender, pero también que compartir para construir una sociedad abierta a la participación de todas las edades, con la seguridad de la acumulación de años no le impide ser un adulto mayor feliz.

Foto: M<sup>a</sup> Ángeles Tirado Cubas

# S U M A R I O

Editorial	3
Conferencia de Adultos Mayores de 50 años en Medellín (Colombia)	4
Entrevista a Liliam Kechichian (Uruguay)	8
Turismo accesible	9
Oficina de promoção do envelhecimento ativo e as técnicas de memória (Brasil)	11
Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente (Uruguay)	17
El CRE de Alzheimer apuesta por la formación	18
Musicoterapia: El lenguaje de las emociones	22
El maltrato a las personas mayores	26
Inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual	32
Mayores pero felices	35
Imserso Activo	39
Publicaciones destacadas	40
Tres uves dobles recomendadas	41
Fitur 2013	42

# El espacio socio-sanitario, una asignatura pendiente

La comunidad iberoamericana lleva más de 20 años hablando de este tema y de su necesidad y aún son pocas las experiencias bien documentadas, evaluadas y replicables en nuestros países, pero "haberlas haylas". Por mor de la eficiencia y la racionalización queremos abrir un debate en esta revista fomentando el intercambio de información y experiencias en el ámbito socio-sanitario.

Los cambios demográficos y sociales, un entorno cambiante y un contexto marcado por la crisis económica, constituyen un reto para la mejora e, incluso, para la sostenibilidad de los sistemas públicos sanitario y social tal y como están configurados hoy día. Se deben abordar de manera decidida planteamientos de fondo que vengan a flexibilizar nuestros sistemas y les permitan adaptarse a las nuevas realidades a las que han de hacer frente.

La sanidad y los servicios sociales, a pesar de haber evolucionado a diferente velocidad y tener un origen y una trayectoria desigual, lo han hecho en una dirección convergente y existen variadas iniciativas 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. Sin embargo, aún son muchos los elementos que deben ponerse en marcha y desarrollarse para alcanzar, en la práctica, una verdadera coordinación de ambos sectores.

El Libro Blanco de la Coordinación Socio sanitaria que elaboró el Imserso en el

2010, ya pretendía, desde un análisis de las principales tendencias internacionales en este ámbito y de la aportación de la experiencia social y sanitaria en España, poner sobre la mesa una serie de reflexiones y recomendaciones porque ha llegado el momento de aprovechar la complementariedad de ambos sistemas, articulándolos en red para satisfacer de manera correcta las circunstancias que rodean a la persona y que limitan su pleno desarrollo.

En este contexto, la adopción de un modelo de espacio sociosanitario 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 integral y eficaz, con su centro de acción en las personas y sus necesidades y con base en la generación de una nueva cultura del cuidado.

Definición de procesos más ajustados de intervención adaptados a las necesidades reales de las personas, optimización de recursos y contención del gasto en la prestación de servicios, diseños compartidos en los itinerarios de atención, continuidad en su cobertura, etc., son acciones que articulan una situación totalmente distinta. Un escenario más humano y satisfactorio, menos costoso, que consciente de la realidad económica en la que nos encontramos sea un generador de oportunidades. Un entorno competitivo, productor de nuevos nichos de empleo que ayuden a superar el momento en el que nos encon-

tramos y que formen parte del motor de desarrollo para volver a cifras positivas de crecimiento.

Este año, en colaboración con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), queremos desarrollar al menos un encuentro de carácter formativo e informativo en Latinoamérica, sobre el espacio sociosanitario con el objetivo principal de incorporar este debate en nuestras agendas de trabajo conjunto y avanzar en el diseño de nuevas políticas que permita una atención integral y continuada, mejorando la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

En síntesis, de lo que se trata es de debatir e intercambiar información y buenas prácticas sobre las posibilidades de hacer las cosas de una manera distinta, más eficiente en cuanto al gasto y más integral en la atención a las personas. El momento económico nos ha hecho pasar de contar con una oportunidad para la coordinación sociosanitaria a exigirnos una acción firme que puede y debe tener como base esa coordinación. Ahora se justifica más si cabe, una acción conjunta, sin que esto implique pérdida de identidad por ninguno de los dos sistemas.

El final de este proceso podría ser, elaborar entre todos un documento de condiciones mínimas que sirva de referencia y de guía, para acometer nuevas acciones integrales y coordinadas, en los cuidados de larga duración.



4 Medellín, 15 de febrero de 2013

# Adultos mayores de 50 años

Medellín, ciudad de la eterna primavera, capital del departamento colombiano de Antioquia, urbe dinámica y emprendedora, donde las orondas esculturas de Botero y los edificios de espléndida arquitectura combinan sus siluetas vanguardistas con construcciones coloniales, con estrechas y abigarradas calles rebosantes de vehículos, en las que se hace ostensible la pluralidad de sus gentes, surcada a lo largo por un metro rápido y pulcro que sobrevuela plazas y viviendas, fue la sede de la "Conferencia de Adultos Mayores de 50 años", celebrada el 15 de febrero de 2013.

Texto | J.M. Alonso Fotos | Organización Conferencia

La Conferencia fue organizada conjuntamente por Comfama, la principal Caja de Compensación Familiar de Antioquia, y Suramericana, primera compañía aseguradora de Colombia y una de las más importantes de Latinoamérica. Ambas entidades, decididas a unir esfuerzos mediante una alianza de colaboración mutua, para así ofrecer un catálogo, un portafolio de servicios más amplio y provechoso para adultos mayores.

Nada mejor, para conseguir este fin, que dar a conocer el acuerdo mediante una Conferencia, en la que participaron representantes de las distintas administraciones públicas nacionales, departamentales y municipales, así como expertos de instituciones nacionales e internacionales. El Imsero, como entidad especializada en la atención a personas mayores en España, fue una de las instituciones invitadas. En su representación acudió a la conferencia José María Alonso Seco, consejero técnico de la Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación.

La Conferencia tuvo lugar en el marco del **Programa Erica** (España y sus Regiones Intercambian Conocimiento con Antioquia), plataforma de coordinación inte-



De izquierda a derecha, Mauricio Perfetti, Felipe Mejía, Luis Arturo Penagos, Carlos Loaiza y Gianni Rozo.

rinstitucional creada en 2006 e integrada por instituciones públicas, privadas y académicas de Antioquia y España. En la actualidad, 6 instituciones socias forman parte de ERICA, la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía de Medellín, Comfama, la Universidad pública de Antioquia, la Universidad privada Eafit y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo de España (Aecid), además de diez organizaciones de cinco regiones españolas. El Programa Erica es una nueva forma de cooperación al desarrollo, cuya característica más singular es la asunción, por diversas entidades, de

proyectos en común que en el futuro habrán de rodar por sí mismos.

## Desarrollo y presentación de ponencias

La Conferencia desbordó la previsión de asistentes previamente invitados, entre los cuales se encontraban, preferentemente, responsables de instituciones públicas y privadas de atención al adulto mayor y empresarios. Dio comienzo con unas palabras de María Inés Restrepo de Arango, directora de Comfama y de Gonzalo Alberto Pérez Rojas, presidente de



Representantes del Imserso, Comfama y Suramericana.

Suramericana. Resaltaron ambos el interés común que les había motivado a unir sus esfuerzos para ofrecer nuevos servicios al adulto mayor; no solo los que ya ofrece en la actualidad Comfama a sus 250.000 afiliados mayores de 55 años (sobre un total de 680.000), bajo las modalidades de servicios de salud, vivienda, atención a la familia, educación, deportes y recreación, cultura, o de los seguros de salud y de vida que gestiona Suramericana, sino de otros de servicios sociales encaminados especialmente al envejecimiento activo.

La sesiones de la Conferencia se iniciaron con la intervención de James Blackburn, director de la Oficina en Colombia de HelpAge International, que expuso la realidad demográfica y social de los adultos mayores en Colombia. Por su parte, José María Alonso Seco, del Imserso (España), disertó sobre las políticas públicas para el adulto mayor en países desarrollados; hizo especial referencia a la situación en la Unión Europea, en los distintos ámbitos en que se manifiestan dichas políticas, sanidad, pensiones, servicios sociales y vivienda social. A continuación intervino María Isabel Zuluaga Callejas,

investigadora de la Universidad Pública de Antioquia, que abordó la protección social integral a las personas mayores en la ciudad de Medellín.

El subdirector de Servicios Sociales de Comfama, Felipe Mejía Escobar, moderó un interesante panel en el que autoridades nacionales, municipales y expertos de otras entidades financieras de la ciudad debatieron sobre asuntos relativos al adulto mayor: desafíos y oportunidades para el envejecimiento en Colombia, necesidad de devolver al adulto mayor el valor social que tradicionalmente ha tenido, importancia para ellos de las tecnologías de la información y de la comunicación, accesibilidad en la ciudad. No menos interés tuvo la ponencia que impartió Mauricio Toro sobre el sistema de pensiones, en sus modalidades de reparto y de capitalización, existente en Colombia.

Era muy esperada la presencia de Rafael Pardo Rueda, ministro de Trabajo de Colombia, y su exposición, relativa a un nuevo modelo de protección social para la vejez en Colombia, ya que el país se encuentra en un proceso de reestructuración de su sistema de pensiones para que la totalidad de trabajadores cuenten en

su vejez con alguna pensión; en palabras del ministro solo la perciben el 10% de los trabajadores. Expuso con precisión el sistema de pensiones vigente, basado en las modalidades de Régimen de Prima Media con Prestación definida (RPM) y Régimen de Ahorro Individual (RAIS), comparó el sistema colombiano con el de otros países, comentó los problemas que presenta como son una baja cobertura, desigualdad y sostenibilidad. Pardo Rueda propuso un nuevo modelo basado en tres ejes: más cobertura, más igualdad y necesidad de sostenibilidad económica y social. Se mantendrán los regímenes actualmente vigentes, pero a ellos se añadirá una nueva modalidad para las personas que alguna vez comenzaron a cotizar pero que, por diferentes circunstancias, no cumplen los requisitos para recibir la pensión y tienen ingresos inferiores al salario mínimo; esa nueva modalidad, de carácter subsidiado, recibirá el nombre de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS). Asimismo, para los colombianos pertenecientes a los niveles inferiores del Sisbén, los que tienen menos recursos, se irá extendiendo progresivamente el subsidio Colombia Mayor, el nivel mínimo de carácter netamente asistencial.





“  
*La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo había solicitado la presencia del Imsero no solo en la Conferencia, sino también durante los dos días previos a ella, con el fin de mantener reuniones con directivos y profesionales de Comfama y Suramericana e intercambiar experiencias sobre envejecimiento activo*”



El ministro de Trabajo de Colombia, Rafael Pardo Rueda.

### Clausura de la Conferencia

El acto de clausura comenzó con unas lúcidas palabras de Nicanor Restrepo Santamaría, expresidente de Suramericana, en las que, a partir de su vivencia personal, destacó el valor del envejecimiento activo como modo de ser.

Finalmente, la directora de Comfama y el presidente de Suramericana clausuraron la Conferencia exponiendo las líneas principales de desarrollo de la alianza entre las dos instituciones.

### Participación del Imsero en las reuniones previas

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo había solicitado la presencia del Imsero no solo en la Conferencia, sino también durante los dos días previos a ella, con el fin de mantener reuniones con directivos y profesionales de Comfama y Suramericana e intercambiar experiencias sobre envejecimiento activo.

En los días previos a la Conferencia el representante del Imsero mantuvo numerosos encuentros con personas de dichas entidades para hablar y comentar aspectos

relacionados con políticas de adultos mayores activos. Fueron reuniones intensas y visitas a distintos servicios para adultos mayores. Igualmente, el representante del Imsero mantuvo reuniones con directivos de la Gobernación de Antioquia y del Ayuntamiento de Medellín. Fueron de excelente provecho y permitieron profundizar en la realidad sanitaria, de pensiones, de vivienda y social de los adultos mayores de Antioquia y Medellín. En todas ellas se pudo constatar el esfuerzo que se está haciendo para, utilizando sus mismas palabras, ir ganando la batalla a la inequidad.

### Comfama, una organización muy activa

Comfama es una organización que cuenta con unos 4.000 trabajadores y que atiende a unos 4 millones de personas. Su actividad se desarrolla especialmente en el departamento de Antioquia, en 112 municipios de los 125 existentes, así como en otros departamentos colombianos. Realiza múltiples actividades en el ámbito de la salud, la vivienda, la familia, la recreación, la educación, la cultura o los servicios sociales. Su principal fuente de financiación son las cuotas obligatorias de los empresarios que contratan a trabajadores por cuenta ajena, obligatorias y adicionales a las de seguridad social (el 2% de los ingresos), o las de trabajadores por cuenta propia, adicionales a las de seguridad social pero no obligatorias (el 2% de los ingresos); también se financian con los ingresos obtenidos de sus afiliados por la prestación de servicios que realizan, así como de los procedentes de convenios o alianzas específicas con empresas.

Por lo que se refiere al adulto mayor están realizando numerosas actividades, de manera especial en centros de día específicos para ellos, generalmente ubicados en zonas bastante pobladas, céntricas y



Un momento de la conferencia.

de fácil acceso, donde los adultos mayores desarrollan una serie de tareas (aprendizaje permanente, conferencias y charlas diversas, talleres de pintura, cursos de informática, etc.) y donde existen servicios de comedor y cafetería, de información sobre las distintas actividades de Comfama y similares. Han planificado, además, la extensión de esas actividades a otras relacionadas con la formación y con la ampliación a adultos mayores, afiliados o no afiliados, del uso de los parques de ocio que tiene Comfama. Precisamente sobre estos y otros temas se pedía el intercambio de información y experiencias con el Imsero, razón por lo que todos estos asuntos se abordaron con detenimiento. Es importante indicar que Comfama actúa en estrecha relación con la Gobernación de Antioquia y el Ayuntamiento de Medellín.

Se realizaron visitas a las instalaciones centrales y a otras sedes de Comfama, como el edificio Vásquez, inmueble histórico rehabilitado por la propia entidad, donde los adultos mayores activos, no dependientes, realizan actividades varias. Asimismo, se visitó el parque de ocio La Estrella, donde personas de todas las

edades tienen posibilidad de realizar actividades de recreo, deportivas y culturales muy diversas. En este parque, en el del entorno natural de Arví y en otros que poseen, quieren establecer itinerarios específicos diseñados para adultos mayores, con el fin de llenar sus momentos de ocio y favorecer el ejercicio físico.

### Suramericana, entidad clave en la gestión de la salud

Por su parte, Suramericana, que es una entidad clave en la gestión de la salud y de los sistemas de seguros de capitalización colombianos, ha estudiado a la población de adultos mayores y la ha dividido en distintos sectores en función de sus características personales y laborales (ejecutivos, hogareños, exploradores y náufragos, en su lenguaje). Su intención es implementar más programas de vida activa, de vida saludable y de vida segura. Disponen de indicadores eficaces de salud de los adultos mayores; aunque quieren complementarlos con otros de carácter social. Ha buscado la alianza con Comfama porque estiman que, trabajando conjuntamente, los resultados serán más eficaces.

Se visitó una residencia para adultos mayores, activos y en situación de dependencia, que tiene en propiedad esta entidad. Es privada, no dispone de ningún tipo de financiación pública. Los adultos mayores que residen en ella lo hacen en habitaciones, apartamentos y también en casitas de planta baja que están en el recinto de la propia residencia, dentro del parque. Quieren incrementar este tipo de servicios, ampliándolos a los centros de día para adultos mayores dependientes.

### Breve síntesis

Este intercambio ha resultado muy útil y provechoso para todas las partes participantes. En efecto, todos hemos aprendido mucho de él y nos hemos contagiado de las inquietudes mutuas que existen para seguir ofertando a los adultos mayores mejores servicios, más calidad de vida y unos sistemas de protección social adecuados a sus características personales, familiares y sociales. Queda todavía mucho camino por recorrer, pero los logros sociales son fruto de la perseverancia y de la constancia en un quehacer programado y riguroso.





8

# Liliam Kechichian

*Ministra de Turismo y Deporte de Uruguay*

*“Ética y turismo deben ir juntos”*

La ministra de Turismo y Deporte de Uruguay, Liliam Kechichian intervino en la jornada “Accesibilidad: una ventaja competitiva en los destinos turísticos” que organizada por la Fundación ONCE, se celebró en Madrid con motivo de la Feria Internacional de Turismo, FITUR.

Texto | Javier Vázquez-Prada Fotos | M<sup>a</sup> Ángeles Tirado

## ¿Qué objetivos se plantean con la puesta en marcha de programas de turismo accesible?

En primer lugar, nosotros queremos trabajar de acuerdo con el código ético de la Organización Mundial del Turismo en los temas que tienen que ver con la accesibilidad, con la no explotación sexual de niñas y niños en los destinos turísticos. En definitiva, queremos profundizar en ese binomio que para nosotros deben ir juntos que es ética y turismo. Empezamos por alguna experiencia de accesibilidad en alguna hotelería uruguaya incorporando el sistema braille, que han incorporado en sus oficinas programas de accesibilidad para personas con dificultades motoras. Pero aún es pronto para decir que tipo de producto queremos trabajar, pero sí que podemos afirmar que tenemos la voluntad política de hacerlo.

## ¿Qué programas de turismo social desarrollan en Uruguay?

En el programa de gobierno ya tenemos un programa de turismo social para mayores. El turismo social uruguayo lo estamos enfocando en tres áreas: tercera edad, trabajadores sindicalizados y en los quinceañeros, en los más jóvenes que tie-



Liliam Kechichian, ministra de Turismo y Deporte de Uruguay.

nen menos posibilidades económicas. Son programas que nos están dando grandes satisfacciones.

## En su intervención señalaba la importancia de incorporar la accesibilidad a la sociedad, ¿cómo se consigue esto?

Como en todo, la parte cultural es la más difícil pero creo que es importante que los gobiernos den señales claras, y legislando, impulsando iniciativas legislativas que impulsen medidas de accesibilidad.

La accesibilidad es un tema transversal en el que tienen competencias varios departamentos ministeriales, como el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ¿qué tipo de colaboración interministerial tienen para impulsar el turismo accesible?

Sí, porque nosotros trabajamos en otras áreas como el deporte que es un elemento de inclusión muy importante. Tenemos un vínculo de trabajo en conjunto muy bueno, y muy importante con el MIDES.

## ¿Cómo puede beneficiar el turismo accesible al conjunto de la sociedad?

Creo que profundamente, en la medida de que el turismo es además una actividad constante en Uruguay, es cultura, es empleo, relacionamiento entre la gente. Si en Uruguay incorporamos el 7% de la población mejora toda la sociedad. Incluyendo a las personas con discapacidad, con dificultades motoras, también se beneficia a ellas, a sus familias y a su entorno más cercano. Creo que tener políticas en este sentido es ganar y ganar.





“Accesibilidad: una ventaja competitiva en los destinos turísticos”

## Turismo accesible

La Feria Internacional del Turismo (FITUR), que se celebra cada año en Madrid realizó en la edición de este año una decidida apuesta por el turismo accesible con la organización de la Jornada “Accesibilidad: una ventaja competitiva en los destinos turísticos”, en la que participaron representantes de organismos internacionales del turismo y de gobierno para debatir sobre la oferta de un turismo accesible.

Texto | Uvepe Fotos | M<sup>a</sup> Ángeles Tirado

La jornada “Accesibilidad: una ventaja competitiva en los destinos turísticos” organizada por la Fundación ONCE contó con la presencia de Andrés Ramos, presidente de la Fundación ONCE para América Latina (FOAL); Liliam Kechichian, ministra de Turismo y Deporte de Uruguay; Taleb Rifai, secretario general de Organización Mundial del Turismo (OMT); así como con Ana Larrañaga, directora de FITUR.

Los participantes en la Jornada presentaron propuestas y estudios en los que quedó de manifiesto la necesidad de impulsar una oferta turística en la que la accesibilidad y la eliminación de barreras sean los elementos primordiales.



De izquierda a derecha, la ministra de Turismo y Deporte de Uruguay, Liliam Kechichian; Jesús Hernández, moderador de la jornada, Andrés Ramos, presidente de la Fundación ONCE para América Latina, Taleb Rafai secretario general de la OMT y Ana Larrañaga, directora de FITUR.

### Intervención de la ministra de Turismo y Deporte de Uruguay

La ministra de Turismo y Deporte de Uruguay, Liliam Kechichian, en su intervención afirmó que es necesario impulsar “valores vinculados a la solidaridad, porque la humanidad ha logrado avances que le permiten alcanzar mayor envejecimiento, pero este ha de ser un envejecimiento de calidad, en los que la autonomía es un tema central”. Continuó diciendo que en Uruguay “hablar de turismo y accesibilidad es hablar de tareas legislativas”, aunque para la ministra de

Turismo y Deporte de Uruguay el mayor desafío es “incorporar el tema de la accesibilidad a la sociedad”.

A continuación Liliam Kechichian se refirió a la experiencia de la ciudad Colonia Sacramento como ejemplo de buena práctica de turismo accesible.

Por su parte, el director nacional de Turismo del Ministerio de Turismo y Deporte de Uruguay, Benjamín Liberoff, junto a la arquitecta de FUNDOSA Accesibilidad,

María Medina, realizaron una detallada exposición del “Informe de Accesibilidad en la ciudad de Colonia Sacramento, Uruguay”. Se trata de un estudio que responde a la demanda de turismo accesible para todos mediante la supresión de barreras que hacen de Colonia Sacramento un referente, que beneficia no solamente a las personas con discapacidad, a las personas mayores y personas con movilidad reducida, es un proyecto del que se beneficia toda la sociedad.

“  
*El Código Ético Mundial para el turismo de la OMT reconoce la igualdad de mujeres y hombres promoviendo así los derechos humanos de las personas más vulnerables, y en especial de las personas con discapacidad y personas mayores*”



Liliam Kechichian durante su intervención.

### Informe sobre turismo accesible de la Organización Mundial del Turismo

Se trata de un informe elaborado por la Organización Mundial del Turismo (OMT) junto con la Fundación ONCE, la Red Europea para el Turismo Accesible (ENAT) y la Fundación ACS en el que se pretende abordar la accesibilidad universal en el turismo como factor de integración social e igualdad de derechos, que pone especial énfasis en destacar que la accesibilidad es “un factor determinante del turismo en el siglo XXI”.

La jefa del Programa “Ética y Dimensiones Sociales del Turismo” de la OMT, Marina Diotallevi, fue la encargada de la presentación de este informe, que requiere un mayor esfuerzo para eliminar todas las barreras, considerando que es un elemento que no solo afecta a un determinado sector de la sociedad, que la supresión de la barreras en los destinos turísticos es un concepto que beneficia a toda la sociedad.

### El Código Ético Mundial para el turismo de la OMT

El Código Ético Mundial para el turismo de la OMT, al que igualmente hizo mención Marina Diotallevi, reconoce la igualdad de mujeres y hombres promoviendo así los derechos humanos de las personas más vulnerables, y en especial de las personas con discapacidad y personas mayores, por lo que Diotallevi señaló que “facilitar los viajes de estas personas es esencial en cualquier política de desarrollo de turismo responsable”.







# Oficina de promoção do envelhecimento ativo e as técnicas de memória

O artigo apresenta a intervenção cognitiva e comportamental em pessoas idosas com ou sem queixa de memória, com equipe de diversas secretarias de forma intersetorial.

Texto | Sandra de Mendonça Mallet\* Fotos | J. V-P.

## INTRODUÇÃO

Vários fatores contribuem para o envelhecimento ativo, contudo, a preservação da função cognitiva é sem dúvida a mais importante. É do latim a origem da palavra Demência o que significa estar fora da mente. Ter consciência da vida e poder administrar e conduzir a própria existência são fundamentais para a preservação da autonomia. A memória exerce importante influência sobre a independência na vida cotidiana. Segundo Baltes (1994), a capacidade de reserva cognitiva pode ser melhorada por meio de treinamento. Considerando que 50% dos idosos apresentam queixas frequentes de memória (Allegri et al., 1999, apud Vieira E Koenig, 2002), foi elaborada a oficina de promoção do envelhecimento ativo com técnicas de memorização, com temas específicos e importantes para melhorar a qualidade de vida dos participantes. Proporcionou intervenções nos hábitos diários tais como: alimentação saudável, prevenção de quedas, uso correto de medicamentos e chás, resgate da memória arquitetônica por meio da cidade revisitada, da música, da dança e de técnicas de memorização.

O projeto de memória foi desenvolvido de forma intersetorial com temáticas im-



portantes para introduzir mudanças de hábitos e promover o envelhecimento ativo. Foi desenvolvido para pessoas idosas com ou sem queixa de memória.

## METODOLOGIA

O referencial teórico foi retirado do Google acadêmico e do scielo utilizou-se as palavras chaves: idoso, memória, cognição e intersetorialidade. O critério de inclusão foi à língua portuguesa. O critério de exclusão foi estimulação cognitiva em

idosos demenciados. Foi utilizado também o Tratado de Geriatria e Gerontologia.

As oficinas foram realizadas pelos técnicos das secretarias municipais de Belo Horizonte, que trabalham com projetos e ações para a população idosa, e as oficinas foram realizadas em quatro grupos de convivência nas diversas regionais, com aproximadamente 120 pessoas idosas.

As sessões foram às mesmas em todos os grupos de convivência e a temática de-



- 12 desenvolvida teve como fio condutor a estimulação cognitiva. Foram realizados oito encontros semanais com a carga horária de duas horas. No final de cada encontro foi repassada uma tarefa de casa.

## DESENVOLVIMENTO INTERSETORIALIDADE

A velhice é uma etapa por que todos nós iremos passar como passamos pela infância e adolescência. E ela tem sido pensada, quase sempre, como um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso, como se nessa etapa da vida deixasse de existir o potencial de desenvolvimento humano. O estereótipo tradicional da velhice é o de pessoas doentes, incapazes, dependentes, demenciadas, rabugentas, impotentes, um problema e ônus para a sociedade.

Podemos envelhecer com qualidade de vida ótima ou ruim. São vários os fatores que podem nos levar aos dois polos, alguns dependem de nós, outros nem tanto.

A população idosa está crescendo em ritmo acelerado em quase todo o mundo. No Brasil tem cerca de 2,2 milhões de idosos com deficiência para atividades da vida diária e apenas 100 mil estão instituciona-



lizados. Em Minas Gerais, 16 mil estão institucionalizados em ILPI. (IPEA/2009). O envelhecimento populacional deve ser visto como conquista da humanidade.

Pactuar políticas intersetoriais de Estado permite a discussão entre as equipes das Secretarias de Políticas Sociais: Assistência Social, Segurança Alimentar, Direitos da Cidadania, Esportes, Cultura, Educação e de Saúde, em todos os níveis de governo e têm como grande desafio o

desenvolvimento de ações que busquem o envelhecimento ativo.

As diversas temáticas devem realizar ações visando à promoção do envelhecimento ativo e à qualidade no atendimento ofertado nas instituições e grupos de convivência, principalmente, potencializando as práticas de intersetorialidade.

Do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas públicas. Este projeto é constituído pelas secretarias de Políticas Sociais, Direitos de Cidadania, Esporte, Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional.

Essas áreas interagiram entre si e, em conjunto, utilizaram o fio condutor, a memória, e aplicaram técnicas específicas de cada área na perspectiva de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Nesse sentido, as queixas de esquecimento relatadas no primeiro encontro, como horários de determinados medicamentos, alimentação e ingestão de líqui-

### TEMAS DAS OFICINAS

Temática	Secretaria/Parceiro
Envelhecimento cognitivo Atenção e Percepção	SMADC/CDPI
Uso correto e seguro do medicamento e oficina de chás.	Farmácia Popular/SMPS e UMA
Dança sênior	SMAES
Alimentação saudável	Sec. Seg. Alimentar e Nutricional.
Cidade Revisitada	FMC - Cultura
Prevenção de quedas	SMSA
Oficina Sensorial - Encerramento	SMADC





dos foram trabalhadas na lógica das secretarias afins.

## MEMÓRIA

- O termo memória tem sua origem etimológica no latim e significa a faculdade de reter e ou readquirir ideias, imagens expressões é a faculdade de reter as ideias, impressões e conhecimentos adquiridos. Dispositivo em que informações podem ser registradas, conservadas e posteriormente recuperadas.
- O processo de memorização é complexo envolvendo sofisticadas reações químicas e circuitos interligados de neurônios que quando são ativadas liberam hormônios ou neurotransmissores que atingem outras células nervosas mediante ligações denominadas sinapses.

- Existem formas para melhorar a memória entre as quais determinadas técnicas mentais, e os cuidados com a nutrição e os medicamentos. É importante estimular a memória com a contínua atividade intelectual como à leitura, exercícios de memória, palavras cruzadas e jogo de xadrez. É necessário também introduzir atividades diferentes na vida. O estilo de vida com atividade física feita com regularidade e uma dieta saudável são básicas para a manutenção da memória. Algumas drogas podem prejudicar a memória.
- A desidratação em pessoas idosas pode ter efeito direto e profundo sobre a memória podendo levar a confusão e outros problemas do pensamento.

- A melhor maneira para conservar ou melhorar a memória é exercitá-la

13

## SESSÃO I. MEMÓRIA: IMPORTÂNCIA E TÉCNICA COGNITIVA

### Metodologia utilizada

**Atividade 1.** Entrevista 2 a 2: em dupla os participantes se apresentaram e falaram sobre as expectativas em relação à oficina. Em seguida um apresentou o outro.

**Atividade 2.** Dinâmica da Percepção: separar o grupo em duplas e solicitar que um observe o outro e, em seguida, pede-se que fiquem de costas, façam alguma mudança no visual e de frente tentem observar e comunicar a mudança ocorrida.

**Atividade 3.** Dinâmica de regra: propor a forma do bom funcionamento da oficina pelos próprios participantes: horário de tolerância (em caso de atrasos), tempo de fala (de cada participante), etc.

**Atividade 4.** Explicação sobre a Memória e as principais causas dos esquecimentos.

## SESSÃO II E III. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### Justificativa

A educação nutricional tem papel fundamental em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis. É incontestável a importância da alimentação saudável, completa, variada e agradável ao paladar para a promoção da saúde e qualidade de vida, sobretudo para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis.

A alimentação para as pessoas idosas deve ser orientada em função das alterações



“  
*O estereótipo tradicional da velhice é o de pessoas doentes, incapazes, dependentes, demenciadas, rabugentas, impotentes, um problema e ônus para a sociedade*”

“  
*O termo memória tem sua origem etimológica no latim e significa a faculdade de reter e ou readquirir ideias, imagens expressões e a faculdade de reter as ideias, impressões e conhecimentos adquiridos. Dispositivo em que informações podem ser registradas, conservadas e posteriormente recuperadas*”

que ocorrem no organismo, bem como das mudanças no estilo de vida, alterações do paladar, olfato, visão, audição, tato, problemas de mastigação e deglutição.

Nessa perspectiva, a promoção de uma alimentação saudável pressupõe a integração de ações que estimulem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio de atividades educativas que informem e motivem escolhas individuais. É importante dizer que idade avançada não precisa ser sinônimo de problemas de saúde. Com hábitos de vida saudáveis, incluindo boa alimentação e atividade física, é possível compensar as mudanças naturais da idade e favorecer a boa forma e a saúde.

### Metodologia utilizada

**Atividade 1.** Dinâmica de apresentação: foi solicitado que cada participante recordasse o nome de outro colega, fazendo conexão com a oficina anterior e relatasse a tarefa de casa.

**Atividade 2.** Trabalho de grupo: os participantes foram divididos em três ou quatro grupos (conforme o tamanho do público) e sob orientação de um técnico/facilitador, relembrou os hábitos alimentares da infância e da juventude, comparando-os com a atualidade. Esse foi um momento interessante de reflexão do grupo, que também recordou histórias e fatos relacionados à alimentação.

Utilizando a técnica “Linha do Tempo”, cada grupo apresentou as informações que foram discutidas, enquanto eram anotados em um painel os nomes dos alimentos que os participantes mais consumiam na infância, no início da idade adulta e atualmente. Isso possibilitou uma reflexão importante sobre as mudanças nos hábitos alimentares ao longo dos anos.

**Atividade 3.** Apresentação de esquete teatral “Cordel da Alimentação”: com o

objetivo de abordar o tema de forma mais dinâmica e prazerosa, utilizamos a ludicidade como instrumento de comunicação e integração. O teatro foi apresentado pela equipe do Mobiliza SUS, da Secretaria Municipal de Saúde, uma importante parceira da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional (SMASAN).

**Atividade 4.** Preparação e degustação de receitas: esse foi o momento de produzir e enfatizar o preparo de receitas saudáveis e econômicas, elaboradas com todos os cuidados de higiene. Essa parte do curso varia conforme a infraestrutura de cada espaço. Foram elaborados dois sucos na hora pela equipe da SMASAN, que também levou um bolo pronto para degustação. Foi um importante momento de integração, resgate, reunião e descontração. Houve também, a entrega das cartilhas de educação alimentar.

## SESSÃO IV. DESENVOLVIMENTO DA MEMÓRIA ATRAVÉS DE DANÇAS E MOVIMENTOS CRIATIVOS, ESPECIALMENTE COM A DANÇA SÊNIOR

### Justificativa

Danças e músicas sempre estiveram presentes na vida do ser humano sob as formas de agradecimento, celebração, expressão de sentimentos, diversão e integração social, dentre outros aspectos.

A Dança é arte para uma vida mais feliz, contagiante e cheia de sentimentos. A Dança Sênior é uma modalidade de dança especialmente adaptada para a linguagem corporal, emocional, espiritual e coletiva para os idosos e vai proporcionar benefícios de melhoria, recuperação e manutenção da memória, aumentando a qualidade de vida do idoso que a pratica.





### Metodologia utilizada

Aulas práticas utilizando músicas de dança sênior, do folclore nacional e internacional, músicas natalinas, de carnaval e de novelas.

## SESSÃO V. ORIENTAÇÃO SOBRE UTILIZAÇÃO CORRETA DE MEDICAMENTOS E PLANTAS MEDICINAIS

### Justificativa

Este trabalho justifica-se pela posição ocupada pelo nosso país, como um dos maiores consumidores de medicamentos, aliado ao fato da população ter forte ligação com a medicina baseada em plantas medicinais. Contudo, torna-se necessário dispensar informações à população quanto ao uso correto e racional de medicamentos e espécies vegetais, bem como buscar mecanismos e/ou técnicas de memória que ajudem a população idosa, maior usuária de medicamentos, a tomá-los de forma correta.

### Metodologia utilizada

- Apresentação em Power point abordando a temática com informações sobre a melhor forma de se usar em alguns medicamentos para potencializar a sua ação e prevenir transtornos pelo mal uso. Por ex: Metildopa deve ser usada longe do alimento; o Diclofenato deve ser usado com estômago cheio; Sinvastatina próximo ao horário de dormir, pois é quando se tem o melhor desempenho do medicamento, etc.
- Demonstração do correto preparo de chás.
- Técnica de Memória: foi utilizada a técnica da associação – foi solicitado a eles que fizessem uma associação do medicamento indicado no quadro com



algo extravagante que o fizessem lembrar sobre a melhor forma de tomá-lo. Alguns exemplos de associação foram: a Sinvastatina com a escuridão; Enalapril e Metformina com a escovação dos dentes após a alimentação e o Captopril com a sensação de fome – “saco vazio não para em pé”.

## SESSÃO VI. PREVENÇÃO DE QUEDAS

### Justificativa

A queda ou o medo de cair é uma queixa frequente no idoso e uma das causas de fraturas nessa população. A fratura no idoso implica aumento da morbidade e da mortalidade, causando desde uma perda funcional importante até a morte.

### Metodologia utilizada

**Atividade 1.** Relatar se o grupo foi capaz de lembrar os nomes dos colegas e relatar a tarefa de casa deixada pelo monitor da oficina da semana anterior

**Atividade 2.** Dinâmica com tarjetas abordando os fatores causais e as formas

de evitá-los e no final foi executada uma série de exercícios, para serem realizados em domicílio para prevenção de quedas.

## SESSÃO VII. HISTÓRIA DA CIDADE DE BELO HORIZONTE

### Justificativa

A população de idosos já é numericamente muito expressiva e as questões que envolvem esse grupo etário devem conquistar espaço cada vez maior nas políticas públicas. Outras necessidades que não a saúde, a exemplo da cultura e do lazer, aspectos muito importantes na vida do idoso, deve receber investimentos. A ampliação do tempo de vida foi uma das grandes conquistas do século XX. É nessa perspectiva que se justifica a realização do **Projeto Cidade (re)Visitada**, que pretende intensificar a relação do Museu com os idosos, visando democratizar o acesso ao patrimônio cultural da cidade por meio de atividades que se adequem às necessidades desse grupo etário. Sua relevância social assenta-se ainda no reconhecimento e na valoriza-



**16** ção das experiências, histórias e sabedoria acumulada pelos mais velhos.

### Metodologia utilizada

A primeira atividade realizada foi à leitura de um texto sobre o bonde em Belo Horizonte. Quatro participantes ficavam fora da sala enquanto o texto era lido. Após a leitura do texto, os integrantes eram chamados —um de cada vez— e ouviam o relato do colega, em uma espécie de telefone sem fio. A cada relato a história era alterada e os detalhes eram pouco lembrados. A partir desse momento era feita uma breve discussão sobre a memória e tinha início a exibição de slides.

A exibição de slides com imagens do acervo fotográfico do Museu compõe uma leitura cronológica da história da cidade. Foram apresentadas imagens antigas e atuais de Belo Horizonte, possibilitando um passeio no tempo e no espaço da cidade, ressaltando as transformações presentes no espaço urbano.

### SESSÃO VIII. AVALIAÇÃO DA OFICINA E DICAS DE MEMORIZAÇÃO

**Atividade 1.** Recordar todas as oficinas realizadas e relacioná-las à memória.

**Atividade 2.** Apresentação de dicas de memorização a serem utilizadas relacionado-as aos sentidos. Foram apresentados jogos para estimulação cognitiva e sensoriais tais como: resta 01; Sudoku, Caça Palavras, Palavras Cruzadas; Dominó; Quebra Cabeça; Forca; Jogo da Velha.

Foi realizada uma dinâmica sensorial, utilizando a mexerica. Os participantes deveriam observar e sentir o odor, a forma e o gosto da fruta.

**Atividade 3.** Avaliação das oficinas e confraternização

### Avaliação verbal da oficina

Em todos os encontros as oficinas foram avaliadas e no último encontro foi feito junto com os idosos, avaliação verbal e a relação das atividades com a memória. O resultado foi positivo com vários relatos de mudança de comportamento e hábitos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa oficina intersetorial foi pioneira, na Prefeitura de Belo Horizonte, com algumas dificuldades para envolver técnicos das diversas secretarias. Contudo, a avaliação realizada pelos profissionais que a executaram foi positiva, apontando propostas de execução para as novas oficinas. Dessa maneira, algumas mudanças foram pactuadas, tais como: reunião com os coordenadores dos grupos para garantir a presença dos mesmos idosos em todas as sessões e pactuar que as oficinas ocorressem em dias diferentes da reunião semanal do grupo. As tarefas de casa também sofrerão modificações em relação à distribuição. O facilitador entregará a tarefa de casa do conteúdo a ser trabalhado na sessão seguinte.



### BIBLIOGRAFIA

Google Acadêmico. <http://scholar.google.com.br>

Scielo (Scientific Electronic Library Online). [www.scielo.org](http://www.scielo.org)

FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, FAXC; GORZONI, M.L.; DOLL, J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª edição. Editora Guanabara Koogan, 2007.

\* **Sandra de Mendonça Mallet** é Presidente do Conselho Municipal do Idoso e Analista de Políticas Públicas da Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania, Psicóloga, Especialista em Reabilitação do Idoso, Saúde Pública, Sexualidade Humana e Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais.

*Técnicos envolvidos:*

**Ilca Morais.** Gerente do Projeto Sustentador de Atendimento ao Idoso e Coord. Das Farmácias Populares do Brasil/Secretaria de Políticas Sociais, Psicóloga, Especialista em Administração Pública.

**Fernanda Tomé.** Farmacêutica, Professora do Centro Universitário UNA.

**Adilana Rocha Alcântara.** Professora, gerente de mobilização e educação para o consumo alimentar da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional.

**Lucilene A. Tavares Corrêa.** Nutricionista, técnico superior de saúde da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional.

**Maira D. Bittencourt.** Nutricionista da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional.

**Paula C. Martins.** Assistente social, analista de política pública da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional.

**Joanna G. Fernandes.** Historiadora, Coordenadora do Setor Educativo do Museu Histórico Abílio Barreto.

**Carla C. Moura Reis.** Fisioterapeuta, Núcleo Apoio Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde.

**Cinthia dos Santos.** Terapeuta Ocupacional, Gerente do Programa Vida Ativa.

**Márcia M. Conceição de Souza.** Coordenadora do Programa Vida Ativa na Regional Nordeste, Analista de Políticas Públicas da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, Professora de Educação Física.



# Población uruguaya adulta mayor dependiente

17

El “Proyecto Encuesta de detección de población adulta mayor dependiente”, impulsado por la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (Riicotec), tiene el objetivo de detectar los niveles de dependencia y la demanda de cuidados asociados a ella en la población adulta mayor en Uruguay.

Texto | Redacción Enlace/MIDES/Uvepe

Realizada entre octubre y noviembre de 2012, por vía telefónica, en un universo compuesto por los hogares particulares con teléfono fijo en los que reside alguna persona mayor de 65 años. El diseño de la muestra fue aleatorio estratificado por región. Para ello se definieron dos estratos según región de residencia, por un lado, Montevideo; por otro, localidades del interior del país. Se analizaron parámetros de sexo y edad, varones y mujeres de dos grupos de edad, entre 65 y 74 años, y mayores de 75. En total se estudiaron 836 casos, de ellos 32 corresponden a personas mayores impedidas de atender el teléfono, a los que se estableció un módulo específico.

Su objetivo central: el estudio de los niveles de dependencia del segmento de población compuesto por las personas adultas mayores de Uruguay. Su importancia reside en el hecho de que no existen datos de población de adultos mayores, resultando de gran relevancia para la creación de un Sistema Nacional de Cuidados

La encuesta se estructura en tres grandes apartados. En primer lugar se estudian las características sociodemográficas de la población encuestada; su condición de actividad y sus niveles económicos, y por último las estructuras familiares de este segmento de población.

El segundo apartado está enfocado al estudio concreto de los niveles de depen-

dencia. Se realiza un estudio de la población de personas mayores con y sin dependencia funcional; se analizan los tipos de dependencia; también refleja la encuesta los resultados sobre la población de personas mayores con dependencia leve, severa y moderada, señalando en estos casos las necesidades de asistencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD, así como para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD.

Por último, facilita datos sobre la participación social de los adultos mayores encuestados, así como sobre los tipos de organizaciones en los que participan.

## Consideraciones finales

Es preciso resaltar que es la primera encuesta realizada en Uruguay enfocada a la detección de la población adulta mayor en situación de dependencia y sus necesidades, pero también la primera destinada a ordenar una información sobre los adultos mayores, en la actualidad poco organizada y muy escasa.

En cuanto a las situaciones de dependencia detectadas, “la población adulta mayor que presenta algún tipo de dependencia alcanza al 16%, de los que casi un 5% presenta dependencia severa y un 1,6% dependencia moderada. El 10% restante presenta dependencia leve, es decir, que requiere ayuda para realizar alguna activi-

dad instrumental de la vida diaria. Estos niveles se incrementan en la población femenina y en la edad más avanzada”. El análisis de resultados destaca que el mayor peso de las ayudas recibidas por las personas mayores recae en el entorno familiar, “con lo cual el peso de la carga de cuidado sigue siendo básicamente familiar en la sociedad uruguaya”.

En cuanto a la participación social, “un 23% de la población encuestada declara participar en algún tipo de actividad social, sin presentar mayor diferencia en relación con el sexo y la edad de la población”. La mayor participación se da en actividades recreativas, el 53,1%; seguidas de las actividades de tipo reivindicativo, el 27,8%; en tercer lugar las filantrópicas, 8,5%; y por último las de capacitación y educación y salud con un 7,5% y 6,5%, respectivamente.

La configuración familiar mayoritaria en Uruguay es la modalidad unipersonal y sin hijos, aunque un 88% de las personas mayores encuestadas tiene hijos y un 83% tiene nietos la preeminencia en la convivencia es unigeneracional. Sin embargo, los resultados de la encuesta indican que, más allá del hogar, existen redes de apoyo y configuraciones vinculares fuertes y frecuentes con las que las personas mayores cuentan en su vida cotidiana. Estas redes están compuestas en su mayoría por familiares de los adultos mayores.





18

# El CRE de Alzheimer apuesta por la formación

El Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca, dependiente del Imsero, formó a más de un millar de personas durante el año 2012. Un estudio publicado por la prestigiosa revista *Neurology* en febrero de 2013 indica que el número de personas con alzhéimer podría triplicarse en los próximos 40 años. Este dato pone de manifiesto que, además de fomentar la investigación y las estrategias preventivas, es preciso incrementar los planes de formación destinados a profesionales, cuidadores y familiares para mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad neurológica.

Texto | Víctor Domínguez Ortiz [*Responsable del Área de Formación, Asistencia Técnica y Cooperación Intersectorial*]  
Nacho García Sas [*Técnico de EULEN Sociosanitarios en el CRE de Alzheimer del Imsero en Salamanca*]

Fotos | CRE Alzheimer

Cada año aparecen en el mundo 7,7 millones de nuevos casos de demencia, es decir, uno cada cuatro segundos. El dato, desvelado en el informe "Demencia. Una prioridad de salud pública" y publicado en 2012 por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Alzheimer, muestra la apremiante necesidad de desarrollar estrategias multidisciplinarias que palien en lo posible las con-

secuencias sociales y económicas de la enfermedad de Alzheimer en particular y las demencias en general.

En este sentido, el desarrollo de planes de formación gratuitos que abarquen distintos aspectos del alzhéimer y que estén destinados a profesionales y familiares cuidadores, es una de las exigencias del Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y

otras demencias, tal como está estipulado en el artículo 3 de la Orden TAS/3775/2007, de 19 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro, en el que se indica textualmente que una de sus funciones es "disponer de programas de formación y reciclaje de especialistas y asesorar al conjunto de organismos, entidades, movimiento asociativo y personas interesadas en el alzhéimer y otras demencias".





Estos programas de formación tienen como objetivo principal la transferencia del conocimiento adquirido a través del desarrollo de la I+D y del trabajo diario de los profesionales que trabajan y colaboran en el CRE de Alzheimer, quienes se encargan de impartir y tutorizar las diferentes acciones formativas diseñadas desde un enfoque multidisciplinar. De esta manera, se programan cursos relacionados con la enfermedad en sí

—el deterioro cognitivo, el lenguaje y la memoria, los síntomas conductuales...—, con los tratamientos no farmacológicos —musicoterapia, danzaterapia, técnicas de estimulación cognitiva—, con los cuidados —recursos de fisioterapia, estimulación y adaptación de las actividades básicas de la vida diaria, cuidados de enfermería—, y con los cuidadores —bioética, sexualidad, aspectos jurídicos—.

“  
 Estos programas de formación tienen como objetivo principal la transferencia del conocimiento adquirido a través del desarrollo de la I+D y del trabajo diario de los profesionales que trabajan y colaboran en el CRE de Alzheimer ,,  
 ”





“

*Durante el pasado año, los profesionales y colaboradores del CRE de Alzheimer de Salamanca impartieron 16 acciones formativas en las que se formaron un total de 1.042 personas, la mayor parte a través de internet ”*

“

*Para 2013 el Centro ha ampliado la oferta formativa, tanto de seminarios como de cursos online, programando un total de 24 nuevos cursos sobre distintas temáticas relacionadas la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ”*

La oferta formativa del Centro distingue entre el programa de seminarios presenciales, cuyo objetivo es actualizar y aumentar los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, de todos los profesionales relacionados con el alzhéimer; y el plan de cursos online, que pretende abordar, de una manera sencilla y clara, los aspectos más importantes de la enfermedad, así como los principales problemas a los que se enfrenta el cuidador. Esta modalidad de teleformación permite llegar a muchos profesionales, cuidadores y familiares que, de otra manera, no tendrían la posibilidad recibir una formación especializada en alzhéimer y otras demencias.

Además, el CRE de Alzheimer desarrolla un programa de formación en prácticas que posibilita la primera toma de contacto de los futuros profesionales en la atención a personas con enfermedad de Alzheimer y con sus familias. El Centro, para poder llevar a cabo estas prácticas de alumnos, firma convenios con las instituciones académicas. Así, las prácticas pertenecen a diplomaturas y licenciaturas (a extinguir), grados, másteres, cursos de atención socio-sanitaria, formación profesional y, en



un futuro próximo, alumnos de MIR y PIR empezarán a realizar sus prácticas en el Centro.

### Datos 2012

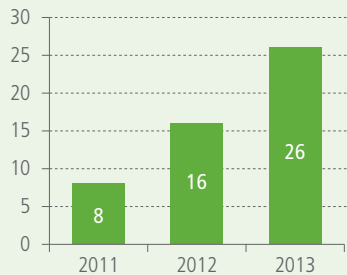
Durante el pasado año, los profesionales y colaboradores del CRE de Alzheimer de Salamanca impartieron 16 acciones formativas —7 seminarios y 9 cursos de teleformación— en las que se formaron un total de 1.042 personas, la mayor parte a través de internet.

El perfil tipo de los 779 alumnos matriculados en la plataforma de teleformación —el 74,7% del total— es mujer, mayor de 35 años, que tiene estudios superiores en la rama sanitaria. De hecho, los titulados

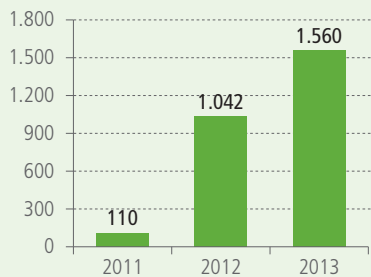




### Total acciones formativas



### Total alumnos formados



en psicología y terapia ocupacional ocupan el mayor porcentaje de inscritos en las acciones online. Sin embargo, en los seminarios presenciales el número de auxiliares de enfermería supera al de estas dos titulaciones universitarias, debido al carácter más práctico de la formación presencial.

Por lo que respecta a la formación en prácticas, un total de 82 estudiantes procedentes en su mayoría de universidades españolas tuvieron la oportunidad de adquirir experiencia en la atención a enfermos de alzhéimer y a sus familiares cuidadores.

### Oferta formativa actual

A pesar de que en 2012 el número de personas formadas por el CRE de Alzheimer aumentó sensiblemente respecto al año anterior, el objetivo para el presente año es incrementarlo un 50%, superando la cifra de 1.500 alumnos. Para lograrlo, el Centro ha ampliado la oferta formativa, tanto de seminarios como de cursos

### Seminarios presenciales 2013

Expresión de un cuerpo sensible	30 de enero
Síntomas conductuales de las demencias I	7 de enero
Síntomas conductuales de las demencias II	14 de enero
El proceso musical en personas con demencia	28 de febrero
ON-OFF: conectando las emociones con la demencia	25 de marzo
Deglución y alimentación en personas con demencia	18 de abril
Recursos de fisioterapia aplicados al alzhéimer	22 de mayo
Recorrido del proceso diagnóstico en demencias	18 de junio
Neuropsicología y alzhéimer	24 de julio
Técnicas de estimulación cognitiva en personas con demencia	12 de septiembre
Deterioro cognitivo. Una intervención multidisciplinar	4 de octubre
¿Cómo subir al enemigo al desván y quitarle la escalera? Los adversarios de la comunicación humana	7 de noviembre
La demencia frente al ordenamiento jurídico	21 de noviembre
Aspectos básicos sobre bioética	3 de diciembre

### Cursos de teleformación 2013

Sexualidad y afecto en personas con alzhéimer y sus parejas	14-27 de enero
Intervención no farmacológica en personas con demencia	11-24 de febrero
Demencia y Familia: Un abordaje interdisciplinar	18-31 de marzo
Conociendo la enfermedad de Alzheimer	8-21 de abril
Dinámica sociofamiliar: El cuidador principal de una persona con demencia	6-19 de mayo
Danza creativa terapéutica con personas con alzhéimer y otras demencias	3-16 de junio
Recursos de fisioterapia para fomentar la autonomía de las personas con demencia y su cuidado	1-14 de julio
Estimulación y adaptación de las actividades básicas de la vida diaria	5-18 de agosto
La musicoterapia y su aplicación en personas con demencias	2-15 de septiembre
Aspectos jurídicos de la enfermedad de Alzheimer	7-20 de octubre
Lenguaje y memoria en demencias	4-17 de noviembre
Cuidados de enfermería con personas con demencia	9-22 de diciembre

online, programando un total de 24 nuevos cursos sobre distintas temáticas relacionadas la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Se puede obtener información sobre los seminarios y cursos online a través de la web del centro, correo electrónico, Facebook, Twitter o por teléfono.



### Más información

Web:  
[www.crealzheimer.es](http://www.crealzheimer.es)  
 E-mail:  
[formación@crealzheimer.es](mailto:formación@crealzheimer.es)  
 Facebook:  
[/crealzheimer.salamanca](https://www.facebook.com/crealzheimer.salamanca)  
 Twitter:  
[@CRE\\_Alzheimer](https://twitter.com/CRE_Alzheimer)  
 Teléfono:  
**923 28 57 00**



## 22 Programa de Musicoterapia del CRE Alzheimer del Imserso

# El lenguaje de las emociones

El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca, dependiente del Imserso, CRE Alzheimer de Salamanca, se configura como un centro sociosanitario especializado y avanzado en investigación, análisis, conocimiento, evaluación y formación sobre el alzhéimer y otras demencias y en atención e intervención con las personas afectadas y sus familias.

Texto | Esther García Valverde [Musicoterapeuta] Fotos | CRE Alzheimer

El CRE Alzheimer de Salamanca ha apostado desde el primer momento por las terapias no farmacológicas, considerando a la Musicoterapia como parte del equipo multidisciplinar que interviene en fases de valoración, definición de objetivos, establecimiento del Programa de Atención Individualizado (PAI), intervención, seguimiento y evaluación de cada uno de los usuarios.

### Musicoterapia y marco de intervención

La musicoterapia, según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011), *“es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”*.

El marco de intervención se basa en las teorías centradas en la persona, en una atención que considera que la persona con demencia tiene capacidad de crear,



es activo en el proceso y reconoce que existen otros factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad como la cultura, el entorno social, y sobre todo las propias vivencias de la persona.

### Efectos de la musicoterapia en personas con demencia

Existen numerosos trabajos en el campo de la investigación que avalan los efectos de la musicoterapia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Cada vez son más los estudios que demuestran que esta terapia produce

mejoras en la comunicación, la socialización y las capacidades cognitivas, perceptivas o físico-motrices. A continuación se exponen las funciones de la musicoterapia con personas con demencia.

### Musicoterapia y reminiscencia

La música es una poderosa herramienta terapéutica que, entre otras cosas, permite a las personas con demencia acceder a sus emociones, o a los momentos pasados que sucedieron alrededor de una melodía. Las canciones que han sido significativas para la persona se convierten en



grandes cómplices, conocidos y reconocidos desde el instante en que comienzan a sonar sus primeras notas. La persona que está desorientada, halla en sus canciones de vida sensación de estructura, familiaridad y predictibilidad.

*“Es siempre sorprendente ver a una persona completamente apartada, distanciada del presente debido a una enfermedad como el Alzheimer, volver a la vida cuando se toca una canción familiar. La respuesta de la persona puede variar desde un cambio de postura a un movimiento animado: desde el sonido a la respuesta verbal. Pero normalmente hay una respuesta, una interacción. Muchas veces esas respuestas aparentemente delirantes pueden revelar mucho sobre la preservación de uno mismo y de que las historias personales aún pueden ser recordadas intactas”* (Tomaino, 2000).

### Comunicación y expresión

David Aldridge, musicoterapeuta con una reconocida trayectoria en la intervención clínica e investigación en el campo de la demencia, sostiene que *“mientras el deterioro del lenguaje es una característica*

*del déficit cognitivo, las habilidades musicales parecen ser preservadas. Esto puede ser porque los fundamentos del lenguaje son musicales, y son prioritarios a las funciones semánticas y léxicas en el desarrollo del lenguaje”*. Si observamos la comunicación temprana entre el bebé y su madre, encontramos un lenguaje cuya base se sustenta en los sonidos, en la cualidad musical que se esconde en las palabras, el balbuceo o el llanto. Un lenguaje que no precisa codificación, que perdura en el tiempo a pesar del deterioro cognitivo. Lo importante no es lo que decimos, sino cómo lo decimos.

En la intervención clínica, a menudo encontramos pacientes que poseen grandes dificultades para reproducir o comprender el lenguaje verbal. Sin embargo son capaces de cantar canciones, incluso de aprender otras nuevas. Las canciones que la persona ha escuchado a lo largo de su vida contienen un significado extremadamente personal, por lo que pueden ser vehículo de expresión de pensamientos y emociones.

No obstante, es importante tener en cuenta que no existen fórmulas únicas,

como señala Concetta Tomaino (2000), *“La música no es universal con esta población. Sí, ciertas melodías calmarán y otras estimularán, pero para realmente alcanzar a una persona con demencia en un nivel personal, sus preferencias musicales se deben tener en cuenta”*.

Una poderosa fórmula en la intervención clínica de musicoterapia es la improvisación, pues permite abrir canales de comunicación y expresión entre paciente y terapeuta mediante instrumentos musicales, a través de los cuales la persona con demencia puede “interpretarse” a sí misma en el aquí y ahora. La música ofrece un lenguaje simbólico que permite expresar aquello a lo que no se puede poner palabras, un lenguaje inmediato, profundo y real.

Cabe apuntar que no es solo la música la responsable del cambio terapéutico, sino también el hecho de que ésta se dé en un marco específico y sistemático, donde se establece una relación terapéutica, de ayuda y atención, entre terapeuta y paciente. Es decir, dentro de un contexto terapéutico y de un proceso interpersonal.

### Fluidez y continuidad

Las personas con demencia son prisioneras del tiempo, su gran dificultad reside en tomar decisiones en el momento y realizar la acción. En la mayoría de los casos, la acción no puede llevarse a cabo, y se pierde el propósito. Por ello, observamos que la apatía y la falta de iniciativa es un aspecto común en las personas con demencia. Lo central de la música es que proporciona una estructura prolongada en el tiempo, que fluye como una historia cargada de metáforas. La improvisación musical ofrece esa continuidad, por lo que puede ayudar a la persona con demencia a expresarse libremente, a descargar emociones en el instrumento, a





encontrar nuevas posibilidades y sobre todo, a encontrarse consigo misma. El terapeuta escucha, observa, refleja, devuelve, acompaña, espera y refuerza a nivel musical aquello que trae el paciente.

Pese a la dificultad que presentan en tareas que requieren atención y concentración, se ha observado que las personas con demencia pueden participar de manera continuada e interactiva en experiencias musicales de entre 30 y 60 minutos de duración (Brotons y Martí, 2008).

### El efecto fisiológico del canto

Es recomendable incluir el canto como parte de la rutina diaria, en momentos de agitación o de aparente ansiedad. Normalmente esas conductas están asociadas con cambios que suponen movimiento como vestirse/desvestirse, bañarse, interrupciones en la rutina o cambios en los cuidadores. La estimulación a través del canto antes, y durante la acción puede facilitar la relajación física a través del proceso que requiere respirar profundamente, liberar emociones a través de la expresión vocal. Cuando una persona canta activamente, la presión de la respiración que sale de los pulmones hace vibrar a las cuerdas vocales y que produzcan sonido. Al cantar, la presión de la respiración que

viaja desde los pulmones a través de la laringe, se incrementa al contraer los músculos del pecho y el abdomen, y los pulmones quedan vacíos (Newham, 1999).

Los pulmones de las personas mayores se vuelven más entumecidos, los músculos responsables de la respiración más débiles, y el pecho más rígido. Los pulmones no se vacían totalmente cuando exhalan y la cantidad de aire residual que se queda en los pulmones se incrementa con la edad. Cuanta más capacidad de aire residual es usada, menos se deja para la capacidad vital.

Según Hanne Mette Ridder (2003), *“solo reír, cantar, especialmente cantar con intensidad, estimula el sistema respiratorio e incrementa la toma de oxígeno. Esto puede ser importante, ya que el oxígeno que se proporciona al cerebro puede incrementar la funcionalidad cognitiva, atención y concentración”*.

### Socialización

El deterioro cognitivo, las alteraciones del lenguaje, o la depresión son factores que pueden favorecer el aislamiento de las personas con demencia, por lo que uno de los objetivos comunes en la intervención terapéutica es promover las relacio-

nes sociales con las personas del entorno. Los elementos musicales (melodía, armonía, métrica y ritmo) requieren un nivel de organización creado por el propio grupo.

Según Patxi del Campo, *“La música es la más social de todas las artes, ha sido experiencia común de todos los tiempos. En sí misma es una poderosa influencia integradora, aporta un sentimiento de orden, de tiempo y de continuidad, los sonidos que penetran dentro del grupo son percibidos por todos, creando un clima emocional”*.

### Señales contextuales

Las personas con demencia generalmente muestran déficits en la codificación de información contextual (Aldridge, 1996). En fases tempranas de la demencia, es probable que la persona se desoriente y pierda la habilidad para recordar e identificar lugares o fechas, por lo que se destaca la importancia de centrarnos en elementos ricos en señales contextuales.

Para ello, utilizaremos las canciones como guías que nos dan información acerca del entorno. Las letras pueden indicar el momento del día en el que estamos, la estación del año, o el comienzo y final de la sesión de musicoterapia. Además, sus características armónicas, melódicas o rítmicas pueden guiar el comportamiento (por ejemplo, marcar un ritmo que ayuda a caminar).

### El proceso de intervención de musicoterapia

El proceso de intervención en el CRE Alzheimer comienza en la fase inicial de valoración y definición de objetivos, estableciendo el Programa de Atención Individualizado (PAI) junto con el equipo multidisciplinar. En esta fase se decide si la atención de musicoterapia se realizará en la modalidad individual o grupal, en

función de las necesidades del usuario. Posteriormente se implementará el tratamiento siguiendo los objetivos establecidos y realizando evaluación y seguimiento del mismo.

Hanne Mette Ridder (2003) definió el proceso en una sesión de musicoterapia:

- a) **Atención:** cuando comenzamos una sesión de musicoterapia con personas con deterioro cognitivo, lo más importante es que atiendan a un espacio común, donde se da la posibilidad de encuentro. La musicoterapia ofrece a los pacientes maneras estructuradas de interacción, no demandantes, con el uso de claves significativas que se refieran al contexto de la sesión.
- b) **Despertar:** el siguiente paso es regular los niveles de conciencia del lugar y momento presente, donde se es posible mantener la atención. Para disminuir el nivel de agitación puede tener un buen efecto el uso de una voz suave, tempo lento, una cierta distancia, y una actitud no demandante. No obs-

tante, se debe tener en cuenta que no existe un manual con técnicas clave de regulación (una persona puede reaccionar ante una nana tranquilizándose, y otra sin embargo agitándose más).

- c) **Diálogo:** las canciones deben adaptarse al estado anímico del paciente siguiendo el principio mágico de ISO: “*lo semejante actúa sobre lo semejante*”. Puede partir desde su ritmo respiratorio, los sonidos que emite, el paisaje sonoro... Posteriormente para aumentar la comunicación y el diálogo, el musicoterapeuta empleará las técnicas de musicoterapia precisas, como improvisación musical, composición de canciones, canto grupal, estimulación vibrotáctil, música y movimiento, reminiscencia musical...
- d) **Conclusión:** prepara a los participantes para el final de la sesión e indica que nos volveremos a ver. La conclusión de la sesión tiene un aspecto integrativo, la persona debe ser preparada y conectada con lo que ocurra

después de la sesión de musicoterapia. De esta manera, evitamos sentimiento de abandono.

## Conclusiones

El CRE Alzheimer ha apostado por las terapias no farmacológicas entre las que se incluyen las terapias creativas como la musicoterapia, basadas en el reconocimiento y aceptación de la persona con demencia como un ser creativo, al margen de las capacidades cognitivas.

La musicoterapia proporciona una vía para el recuerdo, un lenguaje para expresar y compartir emociones, un motor que estimula el movimiento y es capaz de cambiar conductas. Las personas con demencia pueden encontrar en la música su presente y su pasado.



## Bibliografía

- ALDRIDGE, D. (1993). “Music and Alzheimer’s Disease-assessment and therapy: A discussion paper”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86 (3). 93-95.
- (2000). *Music therapy in dementia care*. Jessica Kingsley Publishers (Londres).
- ALVIN, J. (1967). *Musicoterapia*. Ediciones Paidós (Barcelona).
- BOADA, M., TÁRRAGA, L. (2008). *Alzheimer. Cuando dos y dos ya no son cuatro*. Viena Ediciones (Barcelona).
- DEL CAMPO, P. (1997). *La música como proceso humano*. Amarú Ediciones (Vitoria Gasteiz).
- FEIL, N. (2002). *Validación. Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Herder (Barcelona).
- GARCÍA LOZANO, A.B. (2006). *Afrontamiento de la enfermedad de Alzheimer*. Formación Continuada Logoss.
- MERCADAL-BROTOS M., MARTÍ P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Monsa-Prayma (Barcelona).
- RIDDER, H.M. (2003). *Singing dialogue Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Aalborg Universitet. Institut for Musik og Musikterapi.
- TOMAINO, C.M. (2000). “Working with images and recollection with elderly patients”. In D. Aldridge (ed.). *Music Therapy in Dementia Care* (pp. 195-211). Jessica Kingsley Publishers (London).
- WIGRAM, T., PEDERSEN, I.N., BONDE, L.O. (2005). *Guía completa de musicoterapia*. Agruparte (Vitoria-Gasteiz).

## Enlaces web de interés

**Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca**  
<http://www.crealzheimer.es/>

**Word Federation of Music Therapy (WFMT)**  
<http://www.musictherapyworld.net/>

**European Music Therapy Confederation (EMTC)**  
<http://www.emtc-eu.com/>

**American Music Therapy Association (AMTA)**  
<http://www.musictherapy.org/>

# El maltrato a las personas mayores

No se habla mucho de ello pero el maltrato a las personas mayores existe, son muchas las formas en las que se manifiesta, los factores de riesgo son asimismo muy diversos y son más frecuentes de lo que se dice y conoce.

Texto | **Dr. Francisco Gómez Alonso** [*Médico especialista en Geriátría. Cofundador y expresidente de la Sociedad de Geriátría y Gerontología del Principado de Asturias, España*]

Fotos | **M<sup>a</sup> Ángeles Tirado Cubas**

El maltrato a las personas mayores es aún un tema tabú, de meigas, pues se sabe que existe, que es frecuente, pero nadie lo ve o quiere verlo. Es un tema enormemente complejo, pero no nuevo ni infrecuente, su observación y calificación no supera las tres décadas. Los datos sobre el mismo son muy dispares y aún no existe un consenso internacional sobre su definición, ni sobre los protocolos de detección, clasificación, actuación, o seguimiento. No existe legislación específica sobre los mismos, aplicándose las leyes genéricas existentes en los Códigos Civil, Penal, de Género, etc.



## El silencio cómplice

Desconocemos la dimensión del problema del maltrato a las personas mayores en nuestro entorno, puesto que no disponemos de estudios suficientes, ni de incidencia ni de prevalencia, lo cual nos impide tener una comprensión real del mismo. Lo que se puede afirmar es que estamos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave. La ignorancia, la falta de conocimiento y de formación, así como la falta de materiales adecuados que se puedan utilizar por parte de los profesionales, son factores

que bien pudieren generar o facilitar el maltrato. El silencio, tanto de las propias víctimas como de los profesionales y de la sociedad en general, es cómplice de los malos tratos. En nuestro entorno, la persona mayor no suele denunciar su situación a causa de su falta de información, de su capacidad limitada de comunicación, de la débil posibilidad de ser creída, y también por la desconfianza en el proceso jurídico, entre otros factores. Así pues, el paso del maltrato al buen trato no pasa por esta opción.

## Los organismos internacionales ante el problema

Este complejo tema, oculto durante décadas, está tomando protagonismo en los últimos años, propiciado por organismos internacionales, organizaciones de personas mayores, profesionales de los servicios sanitarios y sociales y responsables de las políticas sociales de los diferentes países. Prueba de ello es el impulso que Naciones Unidas a través de la OMS viene desarrollando desde 2002, con motivo



de la celebración de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. En coordinación con este organismo, la Red Internacional para la prevención del maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA), hace público el informe **"Voces ausentes"** que se ha convertido en referente para la puesta en marcha de procesos de investigación-acción en muchos países del mundo.

### La necesidad de información y de definir

Los patrones en el cuidado a largo plazo de las personas mayores dominarán en las próximas décadas teniendo en cuenta la gran explosión demográfica mundial, especialmente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, de las personas de 65 o más años y dentro del grupo en forma más explosiva la de los 80 o más (en España se calcula en el año 2050 una población de  $\geq 65$  del 33,2% y de  $\geq 80$  del 11,4% que representarían el 44% de los mayores de 65 años), que serán los que mayores necesidades de apoyos necesitaran para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD), y nos mostrarán que si el cuidado de las personas mayores en la comunidad se convierte en la norma, entonces *"las dimensiones éticas de este tipo de cuidado"* van a requerir una llamada de atención más que especial. El cuidado que ellos requieran generará cuestionamientos sobre la fragilidad, la dependencia, la autonomía, las obligaciones y los compromisos, y las complejas relaciones entre las personas mayores y aquellos que en la comunidad *"los sostienen y los cuidan"*. **Probablemente, el criterio ético que resultará más difícil de respetar será cómo equilibrar el derecho a la autodeterminación de las personas mayores y la creencia firme del profesional de que "siempre habrá algo que ellos, los ancianos, tendrán la obligación de hacer..."**



Tener información, conocer, describir y saber definir los malos tratos es el mejor medio para prevenirlos y evitarlos. No se puede tratar aquello que se desconoce.

### Enfoque histórico

La vulnerabilidad de las personas por razón de edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, han estado siempre presentes, desde la antigüedad hasta nuestros días, en las distintas sociedades. La situación de este colectivo en la vida social, en la historia de los pueblos, desde tiempos remotos a la actualidad ¿qué intervención tuvieron en las diferentes sociedades? La respuesta es muy diversa, pues han tenido desde el poder, el respeto y la veneración en unas culturas, a la de ser despreciados, vilipendiados, e incluso asesinados en otras. Tal como nos cuentan historiadores filósofos y otros, la situación como decimos es diversa, influyendo en ella factores tales como cultura, religión, recursos de la comunidad, sistemas de vida, etc.

### Algunas definiciones

No existe un consenso acerca de qué es el maltrato y/o la negligencia a personas mayores, este tema ha sido abordado desde diferentes perspectivas, principalmente profesionales, sin tener en cuenta apenas lo que las propias personas mayores consideran que es maltrato y/o negligencia, cuya consideración se evidencia sobre tres grandes áreas: 1) El abandono, el aislamiento, el desamparo, y la exclusión social. 2) La violación de los derechos humanos, de los derechos legales, y de la salud. 3) La privación de sus opciones, de su toma de decisiones, de su gestión económica, y de un estatus, y fundamentalmente de un respeto. Consiguientemente no se pueden comparar los resultados de diferentes investigaciones realizadas sobre el maltrato debido a la carencia de una definición consensuada que permita establecer aquello que es susceptible o no de intervención.

De entre las numerosas definiciones dadas sobre el maltrato a las personas mayores queremos destacar las más citadas tales como las de: la Asociación Médica Americana (AMA, 1986), la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA, 1995), la Declaración de Almería (1996), la Declaración de Toronto (OMS, 2002), la del Consejo General del Poder Judicial de España (2009). En todas estas, y en otras muchas, aparecen referencias a actos de acción u omisión, activos o pasivos, únicos o reiterados, intencionados o no aunque no accidentales, y también a sus consecuencias tal cual sería causante de cualquier tipo de daño o aflicción, y así mismo a la relación entre el causado y el causante que habría de ser de confianza y que en caso de instituciones alguna de ellas añade la obligación legal por contrato relacional de tipo jurídico.

28

La definición más aceptada es la del INPEA: *“cualquier acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas, que se producen dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, y que causa daño o angustia a una persona mayor”*.

### Los malos tratos y las negligencias. Prevalencias

Es difícil determinar estimaciones precisas sobre la prevalencia de los malos tratos y/o negligencias en las personas mayores, tanto en ámbitos locales, nacionales, e internacionales, debido por un lado a las dispares cifras que se manejan en diferentes estudios realizados sobre el tema, como consecuencia de su aplicación en diversas culturas, desarrollos sociales, comunidades, etc., y de las diferentes definiciones, metodologías, protocolos, muestras, etc. utilizados en cada uno, y por otro al desconocimiento sobre el número de casos no detectados o no denunciados y que llegarían a ser una mayoría calculada en un 80%, lo que indicaría que solamente entre 1/6 a 1/15 de los casos serían notificados.

Existen cifras que detectan y/o sospechan malos tratos en persona mayores que se mueven entre 0,8% a 52,6%, aunque creemos que estas últimas no parecen muy reales, y sí lo serían más aquellas que se mueven entre el 1% al 35%. La mayoría de los estudios realizados lo han sido en el medio doméstico, siendo en los medios institucionales, ya sean sociales, sanitarios, o sociosanitarios, cifras muy poco conocidas.

Un factor importante a la hora de determinar las cifras del maltrato es la consideración de que un 30% padece más de un tipo de maltrato en su persona.



Por su lado, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (9-1-2002) da unas cifras de maltrato entre 3% a 10%. Por otro lado, la OMS (2002) entre 4% a 5%. Por último, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA) indica un 3,5% en los domicilios y un 10-15% en las instituciones, que situaría a un 75% de los maltratos en el ámbito familiar y un 25% en instituciones.

En diversas encuestas realizadas a personas cuidadoras en instituciones, en diversos países, estas reconocen en importante número haber sido testigos o haber realizado malos tratos a las personas mayores. Así, tenemos que el Colegio de Enfermeras de Ontario (Canadá, 1993) un 20% reconocían haber sido testigos de malos tratos en residencias, un 31% testigos de manejos bruscos, 28% de gritos o insultos, y 10% de golpes o empujones. En otro estudio de Canadá (2005) el 20% de profesionales entrevistados afirmaron haber sido testigos de malos tratos a personas mayores en institucio-

nes. En Suecia (1999) 11% de los empleados entrevistados también lo eran. Y en Alemania (2004) el personal trabajador entrevistado en instituciones reconocían en un 23,5% haber cometido maltrato alguna ocasión, siendo en el caso de los psicológicos un 53,7%.

Se podría seguir añadiendo cifras y más cifras sobre estudios de prevalencia de los malos tratos en las personas mayores pero creo no ser necesarias para reconocer que existen en cantidad suficientemente importante como para que empiece a ser un tema de preocupación primordial en nuestras sociedades.

En Europa durante la ola de calor ocurrida en el verano de 2003 fallecieron cuarenta mil personas mayores por negligencia o actuación inadecuada.

En España si tenemos en cuenta una población de ocho millones de habitantes mayores de 65 años, y considerando una cifra de malos tratos del 4 al 5% (que se mueve en varios estudios), siendo posiblemente esta proporción solo la punta

del iceberg, tendríamos entre trescientas veinte mil a cuatrocientas mil (320.000-400.000) personas maltratadas.

### Formas de malos tratos

Existen numerosas formas de maltrato tanto en el ámbito doméstico como en el institucional, aunque no existe quórum en todos los autores. Sería un deseo urgente unas tipologías universales que nos pudieran orientar a estrategias de intervención en cada caso, teniendo siempre en cuenta que en un abundante número de los mismos se producen formas de multimaltrato en una sola persona (sobre un 30%). En general podríamos calificar los actos de maltrato en las siguientes categorías: negligentes, psicológicos, económicos (material), físicos, sexual, y violación de derechos. Podríamos utilizar otras tipologías diferentes (social, abandono, etc.) pero creemos estas son las más utilizadas y representativas.

**Negligencia:** es uno de los tipos más frecuentes, y consiste en la dejadez, intencional (activo) o no intencional (pasivo) de las obligaciones sobre la aportación de elementos básicos y esenciales para la vida de la persona cuidada (alimentación, higiene, vestido, seguridad, aportación de tratamientos, etc.). Puede haber evidencias de sospecha en ciertos casos en que detectemos desnutrición, deshidratación, suciedad, vestido inadecuado, etc.

**Psicológicos:** al igual que los anteriores es también de los más frecuentes y además de los más difíciles de detectar pues en general no suele dejar huellas visibles, aunque sí en la esfera psicológica y psicosomática. Las formas de actuar en este tipo de malos tratos son mediante amenazas, insultos, humillaciones, aislamiento, infantilización, etc. Y las huellas que

pueden hacer sospechar su existencia podrían iniciarse con una angustia que luego se desbordaría en otros y más graves y complejas consecuencias como apatías, miedos, depresiones, y que podrían asociarse a problemas afectivos y de autoestima, e incluso problemas psicosomáticos.

**Económicos o financieros:** se producen cuando existe una utilización inadecuada por terceros (familiares, amigos, cuidadores, instituciones, etc.) de bienes dinerarios o materiales, sin el consentimiento del actor, con engaño, o con abuso de confianza, e incluso con el robo. No es infrecuente que se dé en casos de personas iletradas o con deterioro cognitivo o de plena confianza. Se puede realizar en forma de retirada de dinero o de firmas de poderes o de testamentos u otras formas de apropiamiento indebido.

**Físicos:** se realizan en forma de golpes o empujones o contenciones, etc. Es quizás la forma más fácil de detectar pues es frecuente que deje secuelas visibles (hematomas, desgarros, heridas, fracturas, etc.). Frecuentemente se asocia a malos tratos psicológicos o por negligencia. Hemos de hacer hincapié en este apartado de la obligación de los profesionales sanitarios de emitir un parte de lesiones en el que se hará constar la descripción de las mismas y la forma en que le afirmaron fueron producidas, remitiéndolo al Juzgado de Instrucción correspondiente.

**Sexuales:** se realiza cuando se produce algún acto o intento de acción sexual sin consentimiento del actor, o la realización y/o difusión de fotografías inadecuadas, o lesiones en órganos genitales aunque estas últimas algunos estudios las consideran como malos tratos físicos. Están en un nivel de prevalencia inferior a las anteriores descritas.

“*Todos estos indicadores, de forma aislada o sumados entre sí, pueden servir como señales de alerta de la posible presencia de malos tratos, pero para diagnosticar tal situación es necesario realizar una evaluación pormenorizada no solo de la persona maltratada, sino también del posible causante de los malos tratos, así como del contexto de la situación*”



**30 Violación de derechos:** Consiste en la privación a la persona de aquellos derechos legales que le corresponden, o de la autonomía en sus decisiones para organizar todas las determinaciones y actos sobre su vida (privación de la intimidad, de la sexualidad, del derecho a casarse, de elección del lugar en donde vivir, etc.). No es infrecuente que tomemos decisiones sobre la persona cuidada por considerar nuestra forma de decidir como la más adecuada, sin tomar en cuenta la del actor. En muchos casos esta forma de actuación se hace con intención de sobreprotección.

El orden de más a menos en la tipología de maltrato, teniendo en cuenta casos que tienen más de una, son respectivamente: negligencia, psicológico, económico, y físico y ya más descolgado el sexual, sin que este orden sea coincidente en todos los estudios y variando el mismo cuando se estudia en relación con la edad del maltratado.

Todos estos indicadores, de forma aislada o sumados entre sí, pueden servir como señales de alerta de la posible presencia de malos tratos, pero para diagnosticar tal situación es necesario realizar una evaluación pormenorizada no solo de la persona maltratada, sino también del posible causante de los malos tratos, así como del contexto de la situación.

### Otras tipologías

Queremos añadir otras tipologías de maltrato que algunos estudios las incluyen en las ya citadas, pero dada su trascendencia y especial tipificación, citamos:

**Edadismo:** Consiste en la presencia de estereotipos y actitudes negativas y/o la discriminación de una persona en función de su edad, pudiendo favorecer la realización de prácticas discriminatorias por parte de la sociedad, e incluso más



transcendental si es por parte de profesionales, especialmente si están dedicados al ejercicio de la geriatría o de la gerontología. No es raro asociar a los mayores con enfermedad, inactividad, carga económica y/o social, asexualidad, etc. Y aun se oye a algunos profesionales en las consultas decir “¿qué quiere para su edad?” ante el requerimiento ante alguna molestia o patología.

**Síndrome de la abuela esclava:** Se trata de una enfermedad grave que afecta a mujeres mayores con exceso de responsabilidades directas de ama de casa, cuidadora y educadora, funciones asumidas voluntariamente y con agrado durante muchos años. Se caracteriza por el elevado grado de sufrimiento crónico que provoca, con gran deterioro en la calidad de vida.

**Síndrome de Diógenes:** Se trata de una conducta de aislamiento comunicacional con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas (como higiene, alimentación, cuidados de salud o vestido), reclusión domiciliaria,

rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica; se presenta habitualmente en personas solitarias. Es pues una forma de automaltrato.

**Contención física:** Cualquier método, aplicado a una persona, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo. En datos manejados en Europa obtenemos cifras que van de un 2,5% en Dinamarca a un 36,9% en España, con intermedias de 15,2% en Suecia, 16,6% en Italia, o 17,1% en Francia. Su práctica debe limitarse al máximo, si se puede a cero, y como excepción solamente en casos de riesgo para la vida de la persona si no hubiere otra forma, y siempre bajo la prescripción del equipo interdisciplinario y de acuerdo con la familia. Sus consecuencias pudieran ser úlceras de presión, incontinencias, miedos, vergüenzas, agresividad o agitación, y otro largo etcétera.

**Contención química o farmacológica:** El uso inadecuado de drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes, para

manejar o controlar una conducta molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Se trata del uso de esos medicamentos para manejar un problema, para el que existe un tratamiento mejor. Debe ser siempre prescrita por un médico, con sus dosis adecuadas, y en base a una patología que lo justifique, y nunca por complacencia. No siempre se cumple esto. No es infrecuente su uso ante conductas molestas sin la prescripción médica, o aumentando sus dosis, tanto en instituciones como en domicilios.

### Factores de riesgo

Están descritos algunos posibles factores de riesgo de producción de maltrato, en unos casos atribuibles al cuidador, en otros al maltratado, sin que con ello podamos afirmar que sean causa en sí, pues entre otras cosas no es un factor único su causa, sino que lo normal es que sea el resultado de una suma de ellos. Tanto en el caso del actor como del ejecutor estos factores están relacionados con la edad, el sexo, estado de salud, estado civil, dependencias, convivencia, problemas económicos, historial previo de malos tratos, etc. En las tablas 1 y 2 resumimos varios de los factores de riesgo que la OMS ha considerado en 1988.

### Consideraciones finales

Es preciso erradicar el maltrato a las personas mayores, pues como vimos es una realidad no infrecuente. Para ello es necesario aunar esfuerzos de toda la sociedad. Se necesita conocer a fondo el problema, pues los estudios actuales sobre el mismo son además de escasos, dispersos, por la falta de consenso internacional en su realización, y la mejor forma de prevenir es conocer. Queda aún mucho por hacer, y mientras, hagamos intensas campañas de sensibilización sobre el

**Tabla 1. Factores de riesgo de la víctima** (OMS, 1988)

- Más frecuentemente es mujer.
- Supera los 75 años.
- Es viuda o separada.
- Tiene severos deterioros funcionales y/o cognitivos.
- Muy dependiente de sus cuidadores para las actividades de la vida diaria (AVD).
- Con molestos fallos cotidianos (incontinencias, agresividad, insomnios...).
- Su principal cuidador es un familiar de edad superior a los 55-60 años.
- Antecedentes de lesiones físicas, a veces recurrentes, detectadas por los servicios sociosanitarios.
- Mala higiene, plurimedicaada, incluso malnutrida.
- Gran soledad. No es visitada ni consolada por nadie.

**Tabla 2. Factores de riesgo del maltratador** (OMS, 1988)

- Parentesco con la víctima (hijos/as, esposo/a, hermano/a).
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Depende del mayor desde el punto de vista económico.
- La vivienda es de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.
- Antecedentes psiquiátricos o de alteración de la personalidad.
- Pobres contactos sociales.
- Renuncia a ayudas médicas/sociales de la comunidad.
- En las entrevistas suele resultar hostil, suspicaz, irritable.
- Frecuente pérdida de control de las situaciones.
- Historia previa de violencia familiar.
- Estrés derivado de diversas causas (desempleo, problemas económicos y/o familiares, enfermedades crónicas...)

tema a la sociedad, informemos y apoyemos al cuidador informal, profesionalicemos el sector, hagamos una actuación basada en la persona. Comportémonos siempre con **Profesionalidad, Sentido común, Empatía, y Paciencia.**



# Inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual

Este artículo presenta el diseño de una investigación que se está realizando con la finalidad de estudiar y analizar las experiencias y prácticas de Empleo con Apoyo llevadas a cabo por la Federación de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual de la Región de Murcia (FEAPS-Región de Murcia), como modelo de trabajo y metodología para la integración laboral de personas con discapacidad intelectual. Al mismo tiempo, se reflexiona sobre la inclusión laboral de las personas con discapacidad y sobre el desarrollo de acciones dirigidas a garantizar la eliminación de barreras que dificultan la plena inclusión laboral de este colectivo.

Texto | Catalina Guerrero Romera [Facultad de Educación. Universidad de Murcia]

Foto | Javier Vázquez-Prada G.

## La inclusión laboral de las personas con discapacidad

Según la OMS en la actualidad las personas con discapacidad alcanzan el 15 % de la población mundial, con una especial prevalencia de la discapacidad en las mujeres, en las personas de mayor edad, y en aquellas poblaciones con menores recursos. Entre las áreas de intervención prioritarias las áreas de educación y empleo son las más señaladas como medios imprescindibles para la integración social de este colectivo. Por ello, entre los objetivos de la estrategia global de acción para el empleo 2008-2012, se citan el aumentar las tasas de actividad y de ocupación, así como la inserción laboral de las personas con discapacidad, mejorar la calidad de empleo y dignificar sus condiciones de trabajo, combatiendo activamente la discriminación en el ámbito del empleo.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística la tasa de paro de las personas con discapacidad es un 40% superior a la de las personas sin discapacidad y tres de cada cuatro personas con discapacidad en edad laboral perciben que tienen o tendrán restricciones en relación

con el empleo. Lo expuesto ha llevado al establecimiento continuo de políticas, medidas o programas que faciliten y promuevan la incorporación de personas con discapacidad al mercado laboral.

Por otra parte, el año 2010 fue declarado año europeo contra la pobreza y la exclusión social y se ha logrado incrementar la concienciación social en torno a la situación de este colectivo. También los responsables de las políticas de empleo de los países iberoamericanos han propuesto que 2013 sea el Año Iberoamericano para la inclusión laboral de las personas con discapacidad. Entre los acuerdos que se adoptaron se advertía que la mayoría de esta población está desempleada por la falta de accesibilidad laboral aún siendo conscientes de que la inclusión laboral de las personas con discapacidad no sólo garantiza su integración social, sino que sus efectos positivos, en lo económico y social, se extienden a toda la comunidad (AAVV, 2013).

En este contexto es necesario apostar por un modelo de intervención que desarrolle acciones y servicios que nos permitan luchar contra la discriminación en el mercado laboral por motivos de discapacidad y so-

bre todo apostar por la máxima integración de este colectivo de personas en el empleo. En este sentido, el modelo de Empleo con Apoyo (*supported employment*) es una experiencia y práctica de integración laboral de personas con discapacidad en el mercado de trabajo ordinario, centrado en la fórmula del acompañamiento técnico e individualizado, siguiendo los valores de la plena integración social y apostando por la participación del trabajador con discapacidad en todo el proceso de inclusión laboral, otorgándole a éste todo su protagonismo. Una de las definiciones de Empleo con Apoyo (ECA) lo define como un "trabajo competitivo en ambientes laborales integrados, para personas con discapacidades severas, para quienes tradicionalmente no han accedido nunca al empleo competitivo, o para quienes dicho empleo ha sido interrumpido o intermitente, como resultado de una discapacidad severa, y para quienes necesitan servicios de apoyo continuados para realizar el trabajo, a causa de su discapacidad" (The Rehabilitation Act Amendments, 1986, USA).

Nos centraremos así en el estudio y análisis de las experiencias y prácticas de inclusión laboral llevadas a cabo por el



movimiento asociativo FEAPS, con la finalidad de fomentar y profundizar en el análisis y valoración de estas prácticas y medidas de empleo y contratación y de algunos de los desafíos y retos que tienen ante sí.

### Objetivos del estudio

En este marco se sitúa esta investigación que pretende conocer y analizar la acciones y medidas que se están desarrollando en la Federación de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual para la integración laboral de las personas con discapacidad intelectual en la Región de Murcia, concretamente de una de sus modalidades o servicios de Empleo con Apoyo: entidades, características de las personas y personal de apoyo, tipo de ocupación, perfiles profesionales, metodología, etc. El estudio trata, asimismo, de analizar y evaluar los ejemplos de buena práctica y las características o rasgos que las definen, así como detectar las barreras y dificultades o necesidades que este colectivo encuentra a la hora de su acceso al empleo.

A partir de estos objetivos nos planteamos elaborar conclusiones que nos permitan identificar ejemplos de buena práctica e identificar rasgos efectivos en consonancia con la detección y el análisis efectuado, para establecer criterios que orienten el diseño e implementación de acciones y medidas que faciliten y promuevan la inclusión laboral de las personas con discapacidad intelectual desde una perspectiva efectiva y plena. De una forma más concreta los objetivos del proyecto son:

a) Conocer el perfil y los niveles formativos de las personas con discapacidad intelectual que siguen esta modalidad de empleo con apoyo.

b) Evaluar la opinión y percepción que los preparadores laborales y personal técnico de apoyo tienen respecto a la calidad y desarrollo de estas acciones en relación a diversos apartados o aspectos: perfiles profesionales, metodología, recursos técnicos y formativos, evaluación y resultados de las acciones, etc.

c) Analizar las características y rasgos de las experiencias, prácticas y modelo del Empleo con Apoyo.

d) Facilitar a las entidades criterios que orienten y mejoren las medidas de inclusión laboral y que les permitan determinar los puntos fuertes y débiles, y las líneas de mejora de y propuestas para el desarrollo y consolidación de las mismas para poder responder de forma directa a las expectativas y necesidades de este colectivo.

e) Analizar y detectar las principales barreras y dificultades o necesidades más destacadas que presentan a la hora de su inclusión y permanencia en el mercado de trabajo y en la implementación de esta modalidad.

### Metodología del estudio

Para la realización de este estudio descriptivo se ha procedido a la identifica-

ción de la población y elección de la muestra. Para ello se va a recoger toda la información disponible de los centros, instituciones o entidades de la Federación de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual de la Región de Murcia (FEAPS-Región de Murcia) que realizan acciones y servicios de Empleo con Apoyo dirigidas a personas con discapacidad intelectual. Se ha elaborado un listado y, dado el número de entidades y participantes que componen la población, decidimos incluir a todos ellos en la muestra con lo cual la muestra ha sido toda la población. En total 6 entidades distribuidas por todo el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Tabla 1) y pertenecientes a la Federación de Asociaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual de la Región de Murcia (FEAPS-Región de Murcia). Para decidir quiénes serían esas entidades y los participantes en la investigación se han propuesto una serie de criterios tales como asegurar y garantizar la presencia de las entidades que llevan a cabo Servicios de Empleo con Apoyo dirigidos a este colectivo y que tengan alguna figura profesional destinada a la implementación de esta modalidad del tipo preparadores laborales.

**Tabla 1. Entidades participantes**

Entidad	Localidad
ASTRAPACE	Murcia
APCOM	Comarca del Noroeste (Caravaca, Cehegín, Bullas, Calasparra y Moratalla)
ASSIDO	Murcia
ASTUS	Cartagena
ASIDO	Cartagena
CEOM	Murcia

Fuente: elaboración propia.



Con respecto a la metodología se propone un análisis cuantitativo de los datos a través del diseño de un cuestionario sometido a un proceso de elaboración y validación dirigido a los responsables de estos servicios en las distintas entidades. El cuestionario trata de analizar y evaluar las medidas y acciones desarrolladas. Para ello se emplea un cuestionario el cual consta de 5 partes con una escala tipo Likert (4= totalmente de acuerdo; 3= de acuerdo, 2= en desacuerdo y 1= totalmente en desacuerdo).

En cuanto al instrumento de recogida de datos para el estudio, la estructura general es la siguiente: una primera parte o bloque de información que recogerá cuestiones acerca de los datos identificativos de las entidades y de los participantes y profesionales en las acciones y servicios de empleo con apoyo (edad, género, formación, años de experiencia, nº de preparadores laborales o figuras de apoyo con las que cuentan), datos sobre el colectivo de personas con discapacidad (número, género, edad, tipo de empresa y perfiles ocupacionales, tipo de contratos o de prácticas prelaborales, etc.); otro bloque de información en el que se recaban información sobre el pro-

ceso y metodología a seguir en el empleo con apoyo (fases, tareas, informes, entrevistas, etc.); otro bloque sobre las barreras y dificultades o necesidades más destacables a la hora de implementar esta modalidad y de acceso al mercado de trabajo y, finalmente, un apartado sobre las necesidades de formación y recursos que los profesionales detectan para llevar a cabo este tipo de apoyo e intervención.

El cuestionario incluirá preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas de forma que puedan expresar todo lo que conocen y demandan acerca del objeto de estudio. Finalmente, se incluye un apartado abierto que incluye otras observaciones. De forma más detallada, cada una de las secciones o bloques constará de una serie de interrogantes referidos al enunciado o temática exploratoria de la misma, evaluado según la sumatoria de los puntajes de la escala Likert descrita anteriormente. La validez y confiabilidad de estos instrumentos de recolección de datos está determinada por los criterios de validez nominal "el cuestionario mide lo que supone medir" y por la opinión de expertos. Finalmente, los datos obtenidos serán analizados

utilizando el programa estadístico SPSS 10 y se presentarán los datos en tablas simples y de asociación con números absolutos y porcentajes.



## Referencias

- AAVV (2013). I Encuentro Iberoamericano para la inclusión laboral de las personas con discapacidad. En <http://www.riicotec.org/>.
- INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES-IMRSERO (1999). *Empleo con Apoyo, Guía de Buenas Prácticas*. Serie Experiencias Innovadoras y Buenas Prácticas, nº 2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- INGE, K., BARCUS, M., BROOKE, V. Y EVERSON, J. (1991). *Supported Employment Staff Training Manual*. Richmond: Rehabilitation Research and Training Center, Virginia Commonwealth University.
- STILES, K. (1999). *Beyond borders: global supported employment and people with disabilities*. St. Augustine: Training Resource Network, Inc. Florida, USA.
- VERDUGO, M. A. Y JENARO, C. (1993). El empleo con apoyo una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, nº 147, 5-12.
- WEHMAN, P. Y KREGEL, J. (1992). Supported employment: growth and impact. En P. Wehman *et al.*: *Supported employment, strategies for integration of workers with disabilities*, 3 - 28. Boston: Andover Medical Publishers.
- WEHMAN, P. (2001): *Supported Employment in Business: expanding the capacity of workers with disabilities*. St. Augustine: Training Resource Network, Inc. Florida, USA.

# Mayores pero felices

La declaración que se pretende en este escrito es tajante, los mayores pueden ser felices; para ello han de ser sujetos activos y líderes de su felicidad. Por otra parte, la felicidad no está ligada a la edad. Ser joven, muy joven, maduro o mayor no es garantía de felicidad.

Texto | Miguel Morán [Psicólogo. Coach de Rendimiento Humano]

Fotos | M<sup>a</sup> Ángeles Tirado - J. Vázquez-Prada



El artículo no agota el tema, todo lo contrario. La conjunción felicidad-ser mayor es un mundo poliédrico que presenta muchas caras y aristas, imposibles de abarcar por una sola especialidad, en este caso el coaching. La intención del escrito, es poner un par de "ladrillos" para que los mayores "construyan un poco más de su felicidad" o la reconstruyan cuando ésta se ha evaporado.

En mi opinión, basada en la experiencia como coach, la felicidad está ligada, en primer lugar, a la lectura que hacemos del mundo y al impacto que esa lectura hace

en nuestro ser: en nuestro cuerpo, en nuestra mente y en nuestras emociones. En segundo lugar, la felicidad se conecta a unas mínimas condiciones externas de salud, desahogo económico, compañía y capacidad de intervención en el mundo. Es posiblemente, en este segundo aspecto, donde el mayor compite en desventaja en la búsqueda de la felicidad, pero ello ha de ser compensado por sus aprendizajes a lo largo de experiencia vital.

Antes de continuar, he de decir que el autor de este artículo, no es un especialista en geriatría o gerontología, es un *coach* con

una dilatada experiencia y práctica en todo tipo de situaciones, algunas muy difíciles.

Dedico mi vida al trabajo con líderes y directivos de empresas y organizaciones, mujeres con cáncer de mama, personas mayores, niños superdotados, profesores y directores de centros de enseñanza, profesores universitarios, vendedores, cirujanos y, a veces, mayores que aspiran a aumentar su rendimiento personal o profesional.

Básicamente, mi trabajo consiste en ayudar a personas y organizaciones a alcan-



zar "su" óptimo rendimiento personal y profesional, a ser más eficientes o a sacar lo mejor de ellos en cualquier tipo de situación. Resumiendo, tratamos de ayudar a las personas a alcanzar mejores resultados con menores costes. Uno de los costes que se debe eliminar para alcanzar más rendimiento de nuestra vida es el sufrimiento y uno de los resultados que debemos perseguir es la mayor felicidad posible, dentro de unas condiciones dadas y, por supuesto, con la pretensión de vivir una vida plena, independiente de la edad.

Hace un tiempo, recibo la llamada de un cliente, directivo de una empresa, que había participado conmigo en un programa de *coaching*. Me presenta un cuadro vital y emocional, común a muchos mayores.

Me comenta que su madre, persona de cierta edad y viuda desde hace 9 meses, se encuentra en *"un estado depresivo, viviendo sin sentido, con cierta agresividad, sin ganas de vivir, sin ganas de hacer nada... va de mal en peor y todo esto está causando una honda preocupación y desasosiego a la familia"*, *"estamos desolados y nos tememos lo peor"*, comenta él.

Lucía, la madre de mi cliente, presenta un cuadro clínico normal para su edad, ha tenido dos operaciones menores, tiene ciertos achaques, pero no tiene patología de gravedad. Tiene independencia financiera y vive en su casa, aunque muy tutelada por sus hijos, que en todo momento muestran un gran cariño y preocupación por ella. Aspiran a que su madre siga siendo feliz y disfrute con ellos...

En nuestra primera sesión, Lucía, se presenta a sí misma como acabada, sin ganas de vivir, *"después de haber tenido una vida feliz con mi marido y desde su muerte nada tiene sentido"* ... *"reconozco*

*que estoy amargada y que estoy amargando a mis hijos, pero no puedo evitarlo"* ... *"posiblemente deba ir a vivir a casa de uno de ellos, a un asilo"* aunque *"lo mejor ahora sería... ya sabe..."*. Se declara totalmente infeliz y *"me siento incapacitada para conseguir una mínima felicidad para mí misma y menos para los demás"*, comenta, dejando un profundo suspiro en el aire.

Lucía tiene toda su atención puesta en el pasado, en lo negativo del pasado, en lo perdido. El presente para ella no existe y el futuro menos. Además, *"debido a mi edad... es difícil continuar"*, susurra en voz baja. Así, declara su incapacidad para continuar viviendo.

Por otra parte, explica *"a mi edad que se puede pedir... para lo que me queda... además, tampoco tengo derecho a ser feliz, después de lo que pasó..."*. Evidentemente, es una creencia totalmente limitadora y que generará un estado de infelicidad o de no búsqueda de la misma.

En nuestras sesiones hemos trabajado varios aspectos. En primer lugar, reconstruir el propósito de su vida. Su antiguo

propósito era *"vivir una familia entera, ahora nada tiene sentido, pues a la familia le falta algo"*, declara mirando al suelo. Planteamos un propósito en nuestra conversación: ayudar a los demás, a sus hijos, nietos, a sus conocidas... y también nos proponemos, en una sesión, *"salir al mundo"*... hacer cosas con y por los demás y para ella misma.

Lucía también ha construido una rutina diaria: hábitos de *"hacer algo útil"*. A parte de las cosas de casa, *"hay que hacer cosas fuera"*, *"cosas que te den sentido, que te den la posibilidad de existir y ser útil con otras personas"*. Manualidades, trabajos en grupo, ir a la iglesia o *"reparar viejos trastos que tengo en casa"*, pintar y un sinfín de cosas que le están dando este sentido de existencia y pertenencia a Lucía.

Como resultado, ha hecho amigas en los talleres de manualidades donde se ha inscrito. A una de ellas le hace *"coaching a mi estilo"* ... *"estaba mucho peor que yo"* me dice en una de las sesiones. *"Simplemente la escucho y la ayudo a pensar soluciones"*, comenta. En estos momentos, Lucía comienza a centrarse en el día a día, en el *"aquí y ahora"*. Su atención comienza a tomar otro rumbo. Además, tiene un propósito claro de contribución a su familia e incluso a ayudar a las personas que la rodean, aunque no sean su familia.

Un día trabajamos con el testamento de su marido, hablamos y hablamos del testamento y lo reescribimos. Resulta que su marido se *"había olvidado"* de poner una frase *"ahora lo que quiero es que te arregles, que continúes con mi papel de ayudar a la familia, que sigas dando al mundo todo lo que me has dado a mí y que seas feliz"*.

En otra sesión trabajamos con su cuerpo, utilizando técnicas somáticas que estoy



investigado en UK y USA, de la influencia del cuerpo en las emociones, la posición corporal, con su sonrisa, con su silueta, con su tensión epitelial, con la longitudinalidad de su cuerpo. Hablamos del cuerpo y analizamos como era su cuerpo cuando vivía su marido y como se transformó éste cuando falleció. Hicimos algunos ejercicios y nos propusimos unas prácticas diarias, que ella cumplió a rajatabla. El resultado ha sido sorprendente, ahora Lucía se arregla, se maquilla, va a la peluquería y parece más esbelta y erguida. Combina el negro con otros colores que realzan su presencia, que hacen que las personas de su entorno generen emociones relacionales positivas.

Después de varias sesiones de coaching, Lucía ha recuperado su felicidad, aunque su proceso de reconstruir su felicidad aun no ha terminado y posiblemente, como nos pasa a todos, nunca termine. Ser feliz implica querer ser feliz, creer que se puede ser feliz, saber cómo y trabajar para conseguirlo.

Si analizamos el caso de Lucía, posiblemente encontremos indicadores de cómo construir o reconstruir la felicidad de los mayores.

1. Cambiar las creencias limitadoras que nos imponen las corrientes sociales, por ejemplo *"la juventud es sinónimo de felicidad, productividad, plenitud"*, *"como soy mayor, he perdido cosas y tengo ciertas limitaciones... no puedo ser feliz"*, *"el futuro —que nunca llega— es aterrador"*, por creencias potenciadoras sobre nuestra vida y felicidad.
2. Establecer la creencia de que a cualquier edad y en unas condiciones mínimas, podemos ser más felices.
3. Tomar, por su parte, auto-conciencia de su felicidad y declarar su intención de ser feliz.

4. Hacer un plan para ser feliz y generar un conjunto de acciones para lograr el objetivo, así estamos reescribiendo un futuro cercano emocionalmente más sano. En este caso, Lucía reescribió su futuro, "redactando" un nuevo testamento emocional de su marido.

5. Dentro del plan, se debe generar un propósito vital y gestionar la atención. El mayor tiene que poner la atención en el presente y reinterpretar su pasado en clave que le ayude a vivir ese presente. Generalmente el mayor, que renuncia a la felicidad, como hacía Lucía, focaliza su pasado como fuente energética negativa, como pérdida.

6. Dar un sentido y propósito a su vida, sobre todo cuando por pérdidas de salud, de seres queridos o de cualquier otra circunstancia, este propósito se oscurece o se desvanece. Dentro de este propósito está la capacidad para ser independiente y autosuficiente, de

hacer cosas, de relacionarse. Este fue un tema tratado por los hijos de Lucía cuando se plantearon la disyuntiva de que siguiera viviendo sola. Esta capacidad para vivir independiente que Lucía reclamó a lo largo de las sesiones, influyó decisivamente en su autoestima y, en consecuencia, en su lucha por recobrar la felicidad.

7. La felicidad es un estado emocional, que brota de un conjunto de emociones potenciadoras, como pueden ser la alegría, la esperanza, la ausencia de miedo, el propósito y la gratitud. Y, por otra parte, el mayor ha de aprender a eliminar otro tipo de emociones, como pueden ser el miedo, la envidia, la tristeza, la ansiedad y la ingratitud. El mayor tiene que trabajar estas emociones, sobre todo cambiando su posición emocional a la hora de *"interpretar el mundo"*. En este sentido, Lucía limpió las emociones limitadoras y desarrolló las emociones potenciadoras.



“  
*Se concluye que la felicidad del mayor se construye y que no hay diferencia en esta construcción con respecto a las personas más jóvenes. Posiblemente, tienen más dificultades ambientales, pero ahí está su reto, que debe basarse en sus experiencias positivas anteriores*”



8. La felicidad también es un factor corporal. Es más, diríamos que el lugar geométrico de la felicidad es el cuerpo. La felicidad se “siente y se vive” en un cuerpo. Se ve y se percibe en el cuerpo de la persona feliz. Pero cuerpo y estados emocionales están estrictamente unidos, no se pueden separar, interactúan como las dos caras de una moneda. Por eso los mayores han de trabajar con su cuerpo, estirándolo, rebajando su tensión superficial y ejercitándolo. En este aspecto, Lucía generó un conjunto de prácticas, que le ayudaron a gestionar su cuerpo, induciendo, posteriormente, emociones potenciadoras del estado buscado.

De todo lo anterior, se concluye que la felicidad del mayor se construye y que no hay diferencia en esta construcción con respecto a las personas más jóvenes. Posiblemente, tienen más dificultades ambientales, pero ahí está su reto, que debe basarse en sus experiencias positivas anteriores.

Como corolario, diríamos que las personas mayores pueden y deben ser felices. Pero la felicidad la han de buscar, de cons-

truir, mantener y reconstruir. Dadas unas mínimas condiciones externas y en función de la lectura que los mayores hagan del mundo y de cómo observen la vida, podrán construir su felicidad y reconstruirla cuando, por circunstancias externas, se pierde. Para ello, es necesario que los mayores elaboren y pongan en práctica, de manera consciente o inconsciente, su plan para ser felices; esto es su plan para leer, interpretar y vivir el mundo.



Miguel Morán, con Ana Gil, presidenta de ASA-CESEMA, en un congreso





Se prevén nueve millones de pernoctaciones

## Programa de Turismo Social

El secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Juan Manuel Moreno, recogió en nombre de la ministra Ana Mato el Premio a la Promoción Turística "Castillo de las Roquetas" que el Ayuntamiento de este municipio de Almería ha entregado en el marco de la Feria Internacional de Turismo (FITUR). En el acto Moreno ha anunciado que el Imserso prevé para este año un total de 9 millones de pernoctaciones como consecuencia de la campaña de turismo social dirigido a los mayores.

Juan Manuel Moreno apuntó que la tendencia al envejecimiento progresivo de la población ha llevado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a

considerar una prioridad la puesta en marcha de proyectos y programas que incentiven el envejecimiento activo. "Garantizar un estilo de vida mejor, como por ejemplo el fomento de una nutrición sana, es una prioridad para el Gobierno", recalcó el secretario de Estado.

En esa prioridad, la campaña de Turismo Social y de Termalismo del Imserso desempeña un papel esencial, puesto que potencia requisitos claves para el Ministerio, potenciar el envejecimiento activo, y, además, se dinamiza un sector propicio para impulsar la actividad económica. Por todo ello, a pesar del contexto de contención del gasto, se han sacado al mercado casi 900.000 plazas para viajes del Im-

serso y 202.000 para termalismo social (estancias y tratamientos en balnearios).

Andalucía es la Comunidad Autónoma que más personas recibe por estos viajes. Las 253.000 plazas ocupadas la temporada anterior generaron 71 millones de euros de riqueza y crearon 21.000 puestos de trabajo directos e indirectos. Almería fue una de las provincias más dinámicas en este sentido, pues en la provincia la campaña se saldó con 20 millones de euros y 5.500 empleos. Roquetas de Mar, ha añadido, concentró las 2/3 partes de esta actividad, ya que al municipio pertenecen 11 de los 16 hoteles almerienses que el año pasado participaron en los programas del Imserso.

Nuevo espacio web del Imserso

## "Espacio Mayores"

Desde el pasado mes de diciembre se puede consultar en internet **Espacio Mayores**, en la dirección <http://www.espaciomayores.es>, nuevo espacio incluido en la plataforma web del Imserso, que pretende dar continuidad de forma provisional al anterior **Portal Mayores**, hasta su total desarrollo.

### Objetivo

Esta nueva web está especializada en la difusión de información y documentación sobre personas mayores y servicios sociales en el marco de las Administraciones Públicas. **Espacio Mayores** tiene como objetivo desarrollar un sistema de información con todo lo relacionado con las personas mayores, contribuir a que el co-



nocimiento relacionado con este sector se incorpore de manera activa a la sociedad de la información, así como poner énfasis en la prevención, la capacidad de autodirección y en evitar actitudes no integradoras hacia los mayores.

**Espacio Mayores** está gestionado por el equipo del Servicio del Observatorio de

Personas Mayores del Imserso, se centra en la información que pueda resultar de relevancia para los profesionales de los servicios sociales, pero también a todo lo que pueda ser de interés a la sociedad en general y, en particular, a las propias personas mayores, con el propósito de contribuir al impulso de una sociedad para todas las edades.

### Actualización diaria

**Espacio Mayores** se actualiza a diario, recogiendo de esta manera las últimas novedades; además, se puede seguir desde la cuenta de Twitter **@EspacioMayores**, así como conectar a través del e-mail [espaciomayores@imserso.es](mailto:espaciomayores@imserso.es) o a través del formulario accesible en el apartado "¿Quiénes somos?" en la propia web en la dirección [http://www.espaciomayores.es/imserso\\_01/espaciomayores/q\\_somos/index.htm](http://www.espaciomayores.es/imserso_01/espaciomayores/q_somos/index.htm).

# Publicaciones destacadas

Texto | **Rubén Herranz González**

40



## Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias

M<sup>ª</sup> Elena González Ingelmo (coord.) / Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) / Madrid, 2012

Descargable en: [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21021\\_sempa.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21021_sempa.pdf)

La musicoterapia es una de las terapias no farmacológicas más populares en estos últimos años y no es la primera vez que el Imserso apuesta por editar un libro de este tema.

Los autores tratan de crear las bases de un Sistema de Evaluación (SEMPA) que sirva a los musicoterapeutas, que sea una herramienta de orientación y toma de decisiones en cuanto a las necesidades prioritarias de cada persona con enfermedad de Alzheimer, y que permita sistematizar la información obtenida en las sesiones terapéuticas.

La obra, además de incluir el protocolo específico del SEMPA, contiene tres partes diferenciadas: la primera, teórica, es una introducción al resto de la obra, explicando que es el Alzheimer, la musicoterapia y su uso como herramienta; la segunda se mete de lleno en el sistema de evaluación propuesto y se exponen las pautas para su uso como herramienta de evaluación; y la tercera ofrece una descripción de las cuatro áreas contempladas en el SEMPA: Área Psicomotriz, Área de Comunicación y Lenguaje, Área Cognitiva y Área Socio-emocional.

Una obra que va a ser necesaria referencia para los profesionales de una disciplina relativamente joven en España.



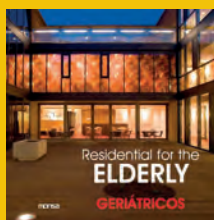
## Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención

Pilar Rodríguez Rodríguez (coord.) / Fundación Caser para la Dependencia / 2012

Descargable en: <http://www.fundacionpilares.org/docs/INNOVRESIDARQUITECYMODELO.pdf>

Crónica y ponencias de unas jornadas internacionales donde expertos nacionales e internacionales debatieron sobre el modelo de atención a las personas dependientes en el marco de las residencias, con especial atención al marco arquitectónico.

Experiencias internacionales relatadas a través de expertos, sin olvidar las experiencias españolas promovidas por la administración, los proveedores privados de servicios, e iniciativas promovidas desde abajo por adultos mayores, que dan las claves de cómo y donde quieren residir.



## Residential for the Elderly. Geriátricos

Josep María Minguet / Instituto Monsa de Ediciones / Barcelona 2013

Geriátricos es un complemento perfecto a la publicación anterior, que recoge de forma totalmente visual —sin mucho texto explicativo, primando las fotografías, alzados y planos— proyectos arquitectónicos residenciales específicos para adultos mayores.



## Atención Social de Personas con Discapacidad

Hacia un enfoque de derechos humanos

Esther Raya Diez y otros (coords.) / Lumen Hvmánitas / Buenos Aires, 2012

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas Mayores, introducida con gran fuerza al comenzar el siglo la cuestión de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos.

Este libro, realizado por docentes universitarios del campo del trabajo social, la psicología y la educación, además de varios técnicos de ONG, es una aproximación a la discapacidad desde lo social, partiendo de un enfoque de derechos humanos y por tanto internacional, "aterizando" en dos ejemplos, uno peruano y otro español.

La obra gira en torno a tres bloques, el primero es un marco teórico y conceptual de la discapacidad, que trata definir qué es discapacidad y de cuántas personas estamos hablando, incluyendo un capítulo con análisis estadístico comparado a nivel europeo, de España y de Perú, además de un pequeño estudio a pie de campo en una zona de Perú, que muestra las dificultades para hacer mediciones reales de la población con discapacidad; el segundo, también teórico, pero con una perspectiva más psicosocial, gira en torno a la vida cotidiana y el contexto; un tercer bloque, que tiene dos partes (eliminando barreras y ampliando espacios), es el que concentra las experiencias concretas de lugares determinados de España y Perú.

# Tres uves dobles recomendadas

Texto | Patricia Muñoz Canal



## RED MUNDIAL DE EMPRESAS Y DISCAPACIDAD DE LA OIT

<http://www.businessanddisability.org/>

La Red global de la OIT sobre empresas y discapacidad agrupa a representantes de empresas multinacionales, organizaciones de empleadores y redes empresariales, así como una selección de organizaciones no gubernamentales y de personas con discapacidad, para ayudar a las empresas a integrar en sus plantillas a estas personas desde una perspectiva tanto comercial como de respeto a los derechos humanos.

Se trata de una plataforma global para el intercambio de conocimientos, que vincula los datos de las empresas multinacionales y las organizaciones que representan a los empleadores con las redes de personas con discapacidad.

La Red se articula en cuatro objetivos y áreas de interés principales:

- Poner en común e identificar buenas prácticas entre empresas y organizaciones de empleadores.
- Desarrollar productos y servicios conjuntos para empresas y empleadores a fin de facilitar la contratación y retención.
- Reforzar el trabajo realizado por las organizaciones de empleadores y redes empresariales con mayor acceso a la pequeña y mediana empresa a nivel nacional, y proporcionarles conocimientos técnicos en materia de discapacidad.
- Establecer vínculos entre las empresas y las actividades de la OIT y sus interlocutores a nivel nacional, y trabajar a través de oficinas locales y cadenas de suministro.

El Comité Directivo consta de tres grupos: empresas multinacionales, organizaciones de empleadores y organizaciones de personas con discapacidad.



## TODO ALZHEIMER

<http://www.todoalzheimer.com>

La página web [www.todoalzheimer.com](http://www.todoalzheimer.com) surgió del interés de la compañía farmacéutica Grünenthal por contribuir a mejorar la calidad de vida tanto de los propios enfermos como de aquellos que les rodean y que se ocupan de su bienestar. La larga trayectoria en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer hace que cuenten con la experiencia necesaria para aportar soluciones y herramientas fundamentales para su tratamiento y abordaje.



## MAPA MUNDIAL DE ALERTAS EPIDÉMICAS

<http://healthmap.org/es/>

El Mapa Mundial de Alertas Epidémicas proporciona información sobre las últimas epidemias de las que se va teniendo noticia alrededor del mundo, presentadas en un formato igual a Google Maps.

La información es recogida por medio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ProMED Mail, EuroSurveillance y de los medios de información y comunicación a través de Google News, y se procesa mediante un sistema automatizado que muestra las enfermedades por regiones geográficas.



Edición de 2013

# Iberoamérica en FITUR

Iberoamérica ha sido la protagonista de la edición 2013 de FITUR, la Feria Internacional de Turismo que se celebra anualmente en Madrid (España) y que tuvo lugar entre el 30 de enero y el 3 de febrero.

42

Fotos | **JVPG**

La Feria Internacional del Turismo, FITUR, es la gran cita anual del turismo que se celebra en Madrid. Un año más la Feria

contó con la países de Iberoamérica que trajeron su enorme oferta turística, pero también sus artesanías y una gran mues-

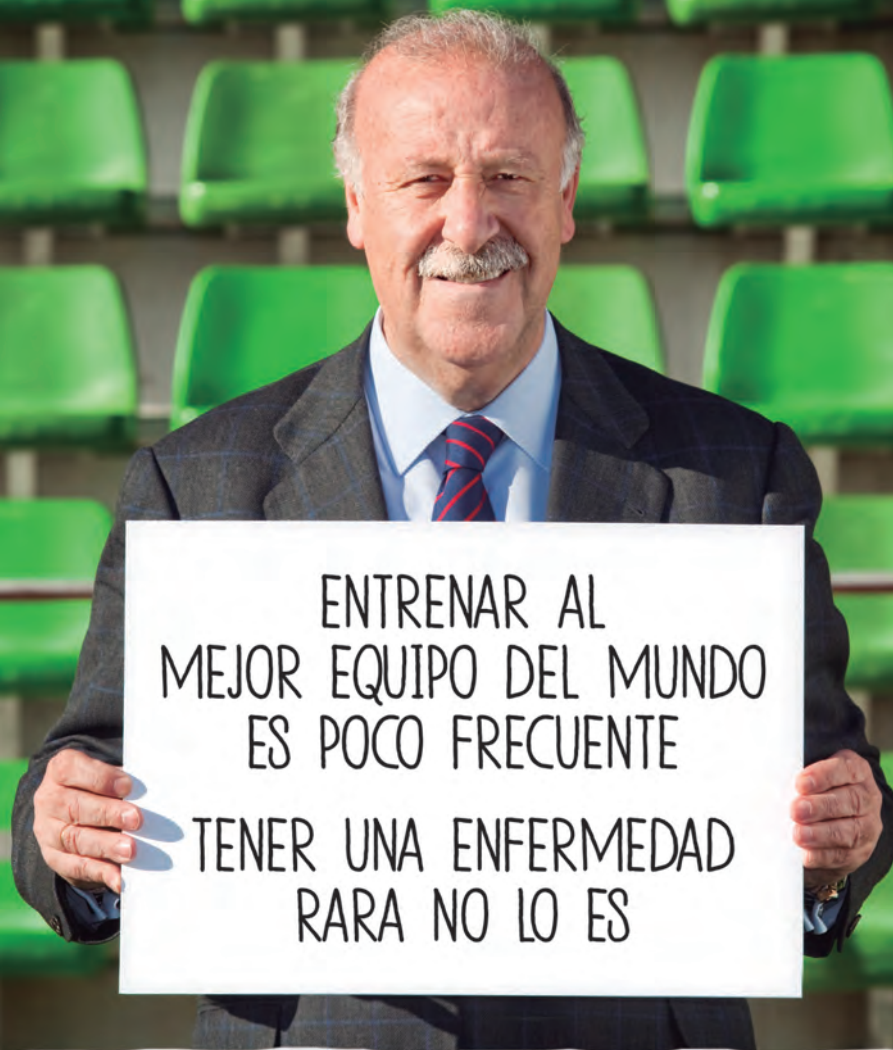
tra de su folclore, sus músicas, sus bailes... que, además de enriquecer la oferta, pusieron la nota de color y de alegría.











ENTRENAR AL  
MEJOR EQUIPO DEL MUNDO  
ES POCO FRECUENTE  
TENER UNA ENFERMEDAD  
RARA NO LO ES

# ENFERMEDADES RARAS, MÁS FRECUENTES DE LO QUE IMAGINAS

Más de 3 millones de personas conviven con una enfermedad poco frecuente en nuestro país. Conoce su realidad y ayuda a mejorarla.

**28 DE FEBRERO | DÍA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES RARAS**

Hazte socio colaborador en nuestra web  
o envía **FEDER** al **28011** y defiende sus derechos

[www.enfermedades-raras.org](http://www.enfermedades-raras.org) / 902 181 725

