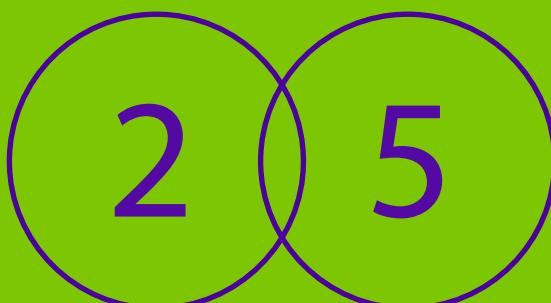


IN THIS ISSUE:

- 5 David Facal Mayo, Romina Mouriz Corbelle,
Jose Caamaño Ponte, Carlos Dosil Díaz
Estrategia de abordaje de los
comportamientos exigentes
“challenging behaviours” en centros
gerontológicos
- 13 Lengendika Zuazua Romero
La dignidad de la persona mayor en
residencias desde la atención centrada
en la persona
- 30 Pietro Vigorelli
Breve presentación del enfoque
capacitante en personas con Alzheimer
y otras demencias
- 35 Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares
Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez
Utilidad diagnóstica y propiedades
psicométricas del Fototest en adultos
mayores con y sin demencia
- 52 Jazmín Camacho Hernández, Sandra Pàmies Tejedor
Impacto social de las Empresas innovadoras
a favor de la vejez: Startups SAD Home Care

ISSN 2341-4936

Nº — Vol



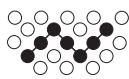
www.neurama.es

WEBSITE

E-MAIL

info@neurama.es





“El conocimiento es poder”

(Francis Bacon , 1561-1626)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

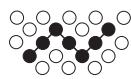
Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
Manuel Nevado Rey (Madrid)
Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
María C. Marín Valero (Madrid)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)
Rocío Medina Armenteros (Jaén)
Charo Pita Díaz (A Coruña)

Comité Asesor Internacional

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





En este número:

- 5 David Facal Mayo, Romina Mouriz Corbelle, Jose Caamaño Ponte, Carlos Dosil Díaz

Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviours” en centros gerontológicos

- 13 Legendika Zuazua Romero

La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

- 30 Pietro Vigorelli

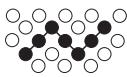
Breve presentación del enfoque capacitante en personas con Alzheimer y otras demencias

- 35 Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

Utilidad diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

- 52 Jazmín Camacho Hernández, Sandra Pàmies Tejedor

Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicógerontólogo.
Formador y escritor.

Alzheimer : Reto clínico y social

“Su memoria está seriamente deteriorada. Si los Objetos les son mostrados, ella los nombra correctamente, pero casi inmediatamente después, lo ha olvidado todo”
(Alzheimer, A. 1907)

Desde el temprano descubrimiento de la enfermedad de Alzheimer (Alois Alzheimer, 1907) unido a iniciales y desconocidas descripciones clínicas, el multitudinario número de casos actualmente y la creciente calidad de vida, han armonizado con un alarmante fenómeno médico y social.

Los avances en investigación y la atención especializada (tanto terapéutica como formativa) han determinado posibles tratamientos contra la enfermedad y una amplia variedad de recursos para combatirla. Las herramientas formativas, presenciales, interactivas, grupales, encuentros educativos o académicos (congresos, charlas), promueven conocer y facultar al futuro profesional y al cuidador informal, en contenidos e información actualizada para abordar las contingencias de la enfermedad.

A nivel social, la concienciación y la lucha contra el estigma deben liderar un cambio global de visión ante las demencias. El cuidador necesita asesorarse, comprender y ser capacitado desde el comienzo para confrontar múltiples desafíos desde la

comunicación del diagnóstico (toma de decisiones, comportamiento perturbador, gestión emocional, sobrecarga, problemas anímicos y aislamiento social).

Asistir a familias y afectados desde el comienzo, nos lleva a asumir una importante responsabilidad en el manejo de una trayectoria vinculada a una serie de problemas y retos mediante un correcto asesoramiento. Resolver dudas e inquietudes y aportar soluciones, nos sitúa como guías en un camino lleno de oscuridad y miedos.

Operando desde el ámbito institucional y la óptica profesional, promover las buenas prácticas y la formación colectiva, la colaboración y el dialogo interprofesional, permitirá compartir experiencias y elaborar marcos de acción comunes. Asimismo, Contemplar el bienestar, la cobertura familiar y el abordaje terapéutico de enfermos y familias desde una vertiente interdisciplinar.

Alzheimer, A. (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-Gerichtliche Medizin, (Berlin) 64: 146-148.

Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviors” en centros gerontológicos

David Facal Mayo¹, Romina Mouriz Corbelle², José Caamaño Ponte³, Carlos Dosil Díaz⁴

Resumen

El manejo de las conductas en los centros gerontológicos constituye un elemento esencial en la atención y el cuidado de las personas de edad avanzada por la alta prevalencia de alteraciones comportamentales ligadas a la pérdida de capacidades cognitivas y a las necesidades funcionales. Los comportamientos exigentes (del inglés “challenging behaviors”) suponen un reto para los profesionales responsables del cuidado, también para las propias instituciones en la medida que la estructura organizativa y física de las mismas puede contribuir a su génesis y acentuación. El artículo que presentamos reflexiona sobre el tema y aporta algunas ideas para la intervención concreta con el objetivo de humanizar el trato en las instituciones.

Palabras clave: Comportamientos exigentes, Síntomas neuropsiquiátricos, Formación, Pertenencia, Ambiente.

Abstract

The management of behaviors in gerontological centers is an essential element in the care and care of the elderly due to the high prevalence of behavioral alterations linked to the loss of cognitive abilities and functional needs. The demanding behaviors or challenging behaviors pose a challenge for the professionals responsible for the care, also for the institutions themselves to the extent that the organizational and physical structure of the same can contribute to their genesis and accentuation. The article that we present reflects on the subject and provides some ideas for the concrete intervention with the aim of humanizing the treatment in the institutions.

Keywords: Challenging behaviours, Neuropsychiatric symptoms, Formation, Belonging, Environment.

Planteamiento del problema

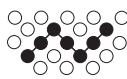
El afrontamiento de situaciones exigentes en el cuidado de personas mayores dependientes, como los trastornos de conducta, las personas de carácter difícil, las excesivamente solícitas o las que tienden a la no participación, suponen uno de los principales retos en el funcionamiento de los dispositivos gerontológicos. Por comportamientos exigentes “challenging behaviors” (Moniz-Cook, Swift, James, Malouf, De Vugt y Verhey, 2012) entendemos aquellas alteraciones en el estado de ánimo, los pensamientos, en percepciones y en conductas de las personas mayores que son percibidas como “no razonables” y que cuestionan las normas y el funcionamiento del centro. En el contexto de las demencias, los comportamientos exigentes también se han llamado síntomas psicológicos

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2018

Recibido:
06/06/2018

Aceptado:
07/09/2018

(1) Dr. Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y del Desarrollo. Universidad de Santiago de Compostela.
(2) Doctoranda en Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y del Desarrollo. Universidad de Santiago de Compostela.
(3) Doctor en Medicina. Centro Terapéutico Xerontológico A Veiga. Láncara. Lugo.
(4) Doctor en Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y del Desarrollo. Universidad de Santiago de Compostela.



Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviours” en centros gerontológicos

y conductuales (SPCD). Sin embargo, consideramos que el término “comportamientos exigentes” es más idóneo, al reflejar no solo alteraciones propias del ciclo estímulo – respuesta – consecuente, sino también las implicaciones funcionales de los propios comportamientos. Entre los comportamientos exigentes más prevalentes en los centros, destacan: 1) alteraciones comportamentales como la agitación, la desinhibición, el vagabundeo, las llamadas o preguntas repetidas, o las dificultades en el baño; 2) las manifestaciones de un temperamento difícil y / o con alteraciones del estado de ánimo; 3) los comportamientos excesivamente demandantes y/o solíticos de actividad; 4) los comportamientos apáticos y con tendencia al inmovilismo.

Según la teoría de las necesidades no satisfechas (“unmet needs”), los comportamientos exigentes son una reacción a la falta de reconocimiento de las necesidades físicas, psicológicas y sociales. Las personas mayores, especialmente aquellas con demencia, desarrollan los comportamientos exigentes como un intento de cubrir necesidades vitales no satisfechas y que no pueden cubrir por sí mismas. Por lo tanto, la observación y conocimiento profundo de las personas usuarias se torna fundamental en el manejo de este tipo de comportamientos (Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali, Marx, Thein, Regier, 2015). Para el modelo de atención centrada en la persona, los comportamientos exigentes representan un debilitamiento de la condición de persona producida por una “psicología social maligna”, a través de un trato infantilizador, despersonalizado y estandarizado.

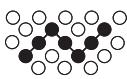
Según Kitwood (1997), en aquellos entornos de cuidado que favorecen la confianza social, la expresión de emociones y la satisfacción de las necesidades de la persona, los comportamientos exigentes son menos frecuentes y de menor intensidad. En este sentido, Villar y Serrat (2016) sitúan el enfoque narrativo como una de las herramientas más destacadas para la atención centrada en la persona con demencia. A partir de crear y compartir historias, los seres humanos damos sentido a nuestra experiencia, nos dotamos de identidad e interpretamos nuestras interacciones sociales. En las situaciones de deterioro cognitivo y/o dependencia, la elaboración de relatos autobiográficos permite comprender y compartir la situación de cuidado y consolidar el discurso institucional. Como método de fortalecimiento de la identidad personal y de reforzamiento de las prácticas de cuidado, podemos trabajar con narrativas de forma explícita, a través

de técnicas de reminiscencia, o de forma implícita, a través de los relatos informales y breves que surgen de forma espontánea en el día a día de los centros.

En la práctica clínica, este tipo de conductas heterogéneas pero muy distorsionadoras y de prevalencia variable, se tratan con psicofármacos de diferentes subgrupos terapéuticos y de eficacia discutible, pues a menudo presentan antagonismo farmacológico o efectos adversos notables sobre el sistema nervioso central (acción anticolinérgica, sedación o extrapiramidalismo) y periférico (hipotensión, bradicardia o arritmias), que condicionan la evolución fisiológica, cognitiva y funcional de la persona con demencia. Además, la influencia de factores ambientales como la arquitectura de los centros, la existencia de espacios amables, la estructura organizativa y los recursos terapéuticos, o factores sociales como las expectativas de adaptación de las personas, las familias y los profesionales a las estrategias de las organizaciones podrían condicionar las formas de atención (Caamaño et al. 2006).

Modelo de intervención

El manejo de los comportamientos exigentes requiere de un abordaje individualizado, personalizado (Lavretsky, 2008), pero al mismo tiempo sistemático y que se integre en el modelo de atención propuesto. Por este motivo, elegimos como modelo para el manejo de comportamientos exigentes el de Cohen-Mansfield (2000, 2007), que incluye una amplia red de factores, introduciendo en el modelo las necesidades de las personas mayores y de los profesionales de atención que trabajan en los centros, además de las características clínicas y ambientales. Cohen-Mansfield ha descrito un algoritmo sistemático para el desarrollo de intervenciones no farmacológicas en el campo de los comportamientos de agitación, de los que es especialista a nivel mundial. Este algoritmo parte de una comprensión de las necesidades de la persona e implica consideraciones a nivel ambiental, de formación y orientación del personal, y de sistemas de apoyo institucional comprehensivos (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007)



Facal Mayo, Mouriz Corbelle, Caamaño Ponte, Dosil Díaz



Figura 1. Componentes del modelo de abordaje de los comportamientos exigentes, adaptado de Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2007).

Los componentes del manejo de los comportamientos exigentes según el modelo propuesto son:

- **Formación del personal.** Se propone una formación del personal en el manejo de los comportamientos exigentes que aúne conocimientos técnicos con técnicas de trabajo en grupo, apoyo psicológico y educación emocional. Los contenidos formativos pueden incluir conocimientos generales sobre modelos de atención centrada en la persona y la teoría de las necesidades no satisfechas, antecedentes y consecuentes de los trastornos psicológicos y de conducta en las demencias, técnicas de estimulación y conversación, y técnicas de comunicación.

Es importante tener en cuenta la comunicación como un indicador de la actitud del profesional hacia la persona usuaria a la que acompaña y con la que interacciona. Emplear el habla edadista (del inglés “elderspeak”) no sólo podría reforzar la dependencia, generar aislamiento y depresión en las personas usuarias (Williams, Kemper y Hummert, 2003), sino que éstas son más propensas a manifestar comportamientos exigentes en contraste a cuando mantienen un discurso adulto y normal.

- **Apoyo al personal.** Este apoyo debe producirse a dos niveles, material (elementos precisos para el cuidado, y adecuados en cantidad y calidad: materiales de aseo personal, de limpieza, uniformes...) y afectivo - emocional. El apoyo emocional se centrará en la empatía, tanto a la persona usuaria como en relación a la posición de la persona trabajadora en el centro, reconocimiento, sentimientos y esfuerzos de la misma. Por lo tanto, la intervención incide en el plan de

cuidados como herramienta objetiva, y en los factores afectivos como herramienta personal en los cuidados (Fossey, Ballard, Juszczak, James, Alder, Jacoby y Howard, 2006).

El abordaje de los comportamientos exigentes requiere de un trabajo de equipo, colaborativo, que parte de las respuestas más habituales del personal para llegar a recomendaciones individualizadas sobre el manejo de los comportamientos a evitar (Callahan et al., 2006), y a cambios organizacionales si fueran precisos (Fossey et al., 2006).

- **Intervenciones con las personas usuarias.** Las actividades estimulativas y terapéuticas con las personas usuarias se basan siempre, pero especialmente en presencia de comportamientos exigentes, en la individualización de las actividades (Gitlin et al., 2008), y esta en la observación directa de las reacciones de la persona, en sus preferencias y posibilidades de desempeño exitoso.

Se trabajará de manera activa en la prevención de los comportamientos exigentes a través de la elaboración conjunta de narrativas que den sentido a la experiencia en el centro, la implicación en las actividades y al respeto de las preferencias y gustos de los usuarios. Será importante la intervención informativa y socioeducativa en los familiares de las personas usuarias en tanto que co-partícipes de las actuaciones y programas de intervención.

- **Ambiente.** El diseño ambiental es una herramienta relevante en la vida del centro y en el trabajo del equipo, a diferentes niveles. En el caso de producirse comportamientos exigentes, se hará un análisis crítico del ambiente del centro incidiendo en los niveles de confort y seguridad, con especial atención a los posibles desencadenantes del comportamiento problema (puertas, zonas de deambulación, materiales de estimulación, contenciones físicas, bullicio, etc.).

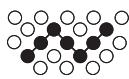
Propuestas de intervención

En las tablas 1, 2, 3 y 4 se hace referencia a posibles intervenciones en los distintos componentes del modelo de abordaje de los comportamientos exigentes para las conductas de agitación, desinhibición, vagabundeo, llamadas o preguntas repetidas, para las alteraciones del estado de ánimo, para los comportamientos excesivamente demandantes, y para las alteraciones del estado de ánimo, respectivamente.

Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviours” en centros gerontológicos

Tabla 1. Intervenciones en los comportamientos de agitación, desinhibición, vagabundeo, llamadas o preguntas repetidas.

Consideraciones previas
- Comprobar que no exista dolor, fiebre, deshidratación o necesidad de cuidados de enfermería. - Descartar alteraciones visuales y – o auditivas.
Formación del personal
- Ofrecer al equipo formación específica sobre alteraciones comportamentales. - Adquirir competencias básicas: comprender, distraer, mostrar respeto, no discutir, no personalizar, no apremiar, no aislar.
Apoyo al personal
- Ofrecer al equipo feedback sobre el manejo de las alteraciones comportamentales en el centro, a través del trabajo en equipo y la discusión de casos. - Potenciar el rol activo del equipo, implicando a todo el personal en el manejo de este tipo de conductas, e incidiendo sobre el autoconcepto profesional de manera positiva.
Intervenciones con la persona usuaria
- Diseñar actividades significativas con un componente de identidad y orientación en persona, tiempo y espacio, para aquellas personas usuarias con alteraciones cognitivas. - Diseñar actividades significativas con un componente de interacción social, para aquellas personas usuarias con alteraciones de las pautas de comunicación e interacción. - Diseñar actividades significativas con un componente de actividad física, para aquellas personas usuarias con alteraciones comportamentales relacionadas con un exceso de actividad. - Ofrecer alternativas, promoviendo en la persona usuaria la sensación de control en el cuidado (aseo, abrigo, comidas, paseos...).
Ambiente
- Diseño ambiental que permita la deambulación segura, con zonas de descanso y socialización que orienten en persona y tiempo. - Diseño ambiental que se perciba como cálido y hogareño, y que promueva la orientación en persona. - Diseño ambiental que evite una sobre-exposición a entradas, tránsito y apertura y cierre de puertas. - Permitir las transiciones cómodas entre estancias, actividades y profesionales, a través de herramientas de comunicación visual (carteles, pictogramas) y verbales (comunicación pausada, clara y directa, en un ambiente silencioso y tranquilo).



Facal Mayo, Mouriz Corbelle, Caamaño Ponte, Dosil Díaz

Tabla 2. Intervenciones en las personas de temperamento difícil y/o en alteraciones del estado de ánimo.

Consideraciones previas
<ul style="list-style-type: none">- Comprobar que no exista una enfermedad psiquiátrica que implique una alteración mayor del estado de ánimo.- Descartar la aparición de dolor, fiebre, reacciones adversas a fármacos o necesidad de cuidados de enfermería que interfieran en el funcionamiento diario.- Revisar las pautas de descanso y sueño de la persona.- Repasar la historia de vida haciendo hincapié en sus aspectos positivos.
Formación del personal
<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer al equipo formación específica sobre alteraciones del estado de ánimo, depresión y ansiedad.
Apoyo al personal
<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer al equipo feedback directo sobre el manejo de las alteraciones del estado de ánimo en el contexto del centro, y discusión de casos.- Planificar la jornada permitiendo que la persona usuaria haga elecciones sobre sus rutinas diarias, con el objetivo de reforzar la autoestima.- Planificar la jornada como equipo, maximizando la posibilidad de interacciones positivas con el personal y otras personas usuarias, y previniendo los conflictos interpersonales (disposición en mesas, rutinas de paseo, etc.).- Ofrecer atención psicológica en la elaboración de las pérdidas relacionadas con el proceso de envejecimiento y el incremento de la situación dependencia.
Intervenciones con la persona usuaria
<ul style="list-style-type: none">- Diseñar actividades significativas que apuesten por el dialogo, haciendo a la persona usuaria sentirse útil y valiosa.- Emplear en la estimulación entrevistas, álbumes biográficos, árboles genealógicos, fotografías u otros objetos significativos.- Construir, a través de las narrativas, una comprensión conjunta del centro, sus fines y motivaciones.- Diseño de actividades que potencien los nuevos aprendizajes, con el objetivo de aumentar la implicación y la autoestima.- Diseñar actividades físicas y cognitivas que potencien la atención activa y el mindfulness, como medio para prevenir la depresión y las alteraciones de ánimo. Trabajar con las personas mayores el enfoque en el aquí – ahora.
Ambiente
<ul style="list-style-type: none">- Diseño ambiental que garantice un grado satisfactorio de estimulación a través de los diferentes sentidos.

Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviours” en centros gerontológicos

Tabla 3. Intervenciones en personas con comportamientos excesivamente demandantes y / o solícitos de actividad.

Consideraciones previas
- Descartar alteraciones orgánicas y trastornos psicopatológicos mayores que provoquen reacciones excesivamente solícitas o de dependencia total o severa.
Formación del personal
- Ofrecer al equipo formación específica sobre comportamientos excesivamente demandantes, repeticiones, dependencia en la actividad y dependencia emocional. - Ofrecer al equipo formación específica sobre empoderamiento y facilitación.
Apoyo al personal
- Ofrecer al equipo feedback directo sobre lo manejo de comportamientos excesivamente demandantes, y discusión de casos. - Manejo conductual en el contexto del trabajo del equipo, retirando progresivamente los refuerzos que promovían la adaptación pero que, a medio plazo, desencadenan conductas de sobredependencia en las personas excesivamente demandantes. - Valorar la pausa y la comunicación personal directa, no condescendiente, como herramientas de cuidado e intervención. - Valorar a la persona usuaria en el contexto de atención y cuidado del centro, pero también como integrante de la comunidad y de la sociedad. Reforzar los roles social y comunitario.
Intervenciones con la persona usuaria
- Programar actividades que la persona pueda finalizar, y a ser posible iniciar, de manera autónoma. - Implicar a la persona excesivamente demandante en las actividades diarias del centro, reforzando la implicación, la responsabilidad y la autoestima. - Relacionar de manera explícita actividades de estimulación y actividades de la vida diaria, reforzando el valor y el potencial de las actividades cotidianas como fuente de estimulación. - Abordar el trabajo de estimulación a través de las narrativas, utilizando el discurso narrativo para comprender a las personas usuarias excesivamente demandante y prevenir los comportamientos estereotipados hacia ellas.
Ambiente
- Diseño ambiental que se perciba como cálido y hogareño, con zonas de descanso y posibilidad de comunicación. - Diseño ambiental que proteja los usuarios evitando la sobreexposición a cambios de luz, ruidos, exceso de tránsito, etc..

Facal Mayo, Mouriz Corbelle, Caamaño Ponte, Dosil Díaz

Tabla 4. Intervenciones en personas con comportamientos apáticos y con tendencia al inmovilismo.

Consideraciones previas
<ul style="list-style-type: none">- Comprobar que no exista enfermedad psiquiátrica, dolor, fiebre, reacciones adversas a fármacos o necesidad de cuidados de enfermería que interfieran en el nivel de actividad y movilidad.- Comprobar que no existen limitaciones sensoriales (visuales, auditivas, etc.) o motoras que estén provocando pasividad y aislamiento en la persona apática.- Revisar las pautas de descanso y sueño de la persona, asegurando un correcto balance entre vigilia y sueño.- Tener en cuenta que la inactividad no es siempre algo negativo. En ocasiones, no participar es una decisión personal que debe ser respetada. Averiguar, a través de la observación, si la actividad genera malestar (apatía, aburrimiento) a la persona o le hace sentir bien.- Vigilar la postura y, si fuera preciso, realizar cambios posturales.
Formación del personal
<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer al equipo formación específica sobre la apatía como síntoma y como manifestación conductual compleja asociada a alteraciones afectivas y / o cognitivas.- Ofrecer al equipo formación específica sobre estimulación sensorial y adecuación ambiental en el contexto de la apatía.
Apoyo al personal
<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer al equipo feedback directo sobre el manejo conductual de los comportamientos apáticos, y discusión de casos.- Manejo conductual en el contexto del trabajo del equipo, reforzando en las personas usuarias con apatía las aproximaciones parciales a comportamientos activos.- Evitar los reproches ante el comportamiento apático, que desmotivan y refuerzan el comportamiento no deseado.- Fomentar y reforzar las relaciones sociales, aunque la persona inicialmente no tenga un rol activo en las mismas.- Aumentar progresivamente el tiempo de atención y concentración de la persona usuaria.- Promover estrategias novedosas y atractivas para trabajar con las personas que tienden a recluirse en sí mismas y rechazan todas las actividades.
Intervenciones con la persona usuaria
<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar actividades estimulativas de tipo sensorial, a través de estímulos sencillos y en un ambiente de confianza.- Promover la participación en actividades a través de la invitación y la libre elección de la persona usuaria.- A través de las narrativas, trabajar el sentido de coherencia de uno mismo y de la situación de cuidado.
Ambiente
<ul style="list-style-type: none">- Crear entornos inmersivos, en los que la persona apática reciba el grado de estimulación adecuada a lo largo del día.

Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviours” en centros gerontológicos

Conclusiones

Las demencias no solo constituyen un problema a nivel cognitivo, sino que también aparecen SPCDs o comportamientos exigentes que conllevan institucionalización precoz, mayor coste financiero, disminución de la calidad de vida y exceso de discapacidad (Pérez Romero, A. y González Garrido, S. 2016). Las pautas de comunicación y cuidado adecuadas, a través de la elaboración de narrativas, puede prevenir la aparición de comportamientos desafiantes y reforzar los modelos de cuidado de los centros gerontológicos (Villar y Serrat, 2016). En el caso de que el comportamiento desafiante ya se haya instaurado, proponemos para su manejo el modelo de abordaje de los comportamientos exigentes de Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2000, 2007), que incide en una serie de pautas de intervención para las diferentes conductas a través de la formación, el apoyo a los profesionales, las intervenciones con la persona usuaria y el manejo de los factores ambientales. Como artículo de reflexión teórico-práctica, el presente trabajo requiere una futura aplicación y seguimiento en centros gerontológicos que mejoren la eficiencia de las actuaciones a través de la planificación y observación de los cambios esperados y la realización de acciones de mejora continua que contribuyan al objetivo último de la humanización de la salud en las instituciones.

Referencias

1. Caamaño, J. et al. (2006). Abordaje de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia. ¿Podemos hablar de calidad y no calidad? AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar 6 (2), 4–14.
2. Callahan, C.M. et al. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. A randomized controlled trial. JAMA 295 (18).
3. Cohen-Mansfield, J. (2000). Nonpharmacological management of behavioral problems in persons with dementia: the TREA model. Alzheimer's Care Q. 1, 22-34.
4. Cohen-Mansfield J., Dakheel-Ali M., Marx MS., Thein K., Regier NG., Psychiatric Res. 2015, Jul 30; 228(1): 59–64.
5. Cohen-Mansfield, J., Libin, A., y Marx, M.S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 62A (8), 908-916.
6. Cohen-Mansfield, J. y Parpura-Gill, A. (2007). Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. Archives of Gerontology and Geriatrics 45 (2007) 121-135.
7. Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N. Jacoby, R. y Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ, doi:10.1136/bmj.38782.575868.7C (published 16 March 2006).
8. Gitlin et al. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviours in personas with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. American Journal of Geriatric Psychiatry 16(3), 229–239.
9. Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press.
10. Lavretsky, H. (2008). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and related disorders: Why do treatments work in clinical practice but not in the randomized trials? American Journal of Geriatric Psychiatry 16(7), 523–527.
11. Moniz-Cook, E.D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., y Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2, art CD006929. Doi: 10.1002/14651858.CD006929.pub2.
12. Pérez Romero, A. e González Garrido, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. Neurología, en prensa <https://doi.org/10.1016/j.nr.2016.02.024>
13. Villar, F. y Serrat, R. (2016). Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. Revista Española de Geriatría y Gerontología 52, 216–222.
14. Williams, K., Kemper, S. y Hummert, ML. (2003). Improving nursing home communication: an intervention to reduce elderspeak. The Gerontologist 43(2), 242–247.

La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

Legendika Zuazua Romero¹

Resumen

La dignidad es un concepto complicado de definir, mientras que es fácil reconocer cuándo una persona no es tratada con dignidad. Este valor es la base de los textos jurídicos y los Códigos Éticos de las profesiones asistenciales y ha sido ampliamente estudiado desde la literatura sociosanitaria. El modelo de la dignidad más conocido es el de Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson y Harlos (2002), del que posteriormente se ha desarrollado la Terapia de la Dignidad. Son diversos los estudios que han profundizado en el cuidado digno y en la visión de la dignidad de las personas mayores, profesionales y cuidadores, de los que la mayoría se ha realizado en el Reino Unido por la importante campaña de la dignidad en el cuidado realizada en el país. Para proteger y promover la dignidad en entornos asistenciales es necesario que las organizaciones trabajen desde la Atención Centrada en la Persona, que parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona y ofrece un cuidado personalizado. Sin embargo, a pesar del avance de los últimos años, en España aún prevalece el modelo biomédico y centrado en las tareas.

Palabras clave: dignidad, cuidado, Atención Centrada en la Persona, Terapia de la Dignidad.

Abstract

Dignity is a concept difficult to define, but it is easy to recognize when a person is not treated with dignity. This value is the basis of the legal framework and the Ethic Codes of care jobs and it has been widely studied in health and social literature. The most known model of dignity is the one of Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson and Harlos (2002), that is the conceptual basis of Dignity Therapy. A large variety of studies have delved into dignified care and the vision of dignity of the elderly, professionals and caregivers, the majority of them carried out in the United Kingdom, due to the important Dignity in Care campaign developed in the country. In order to protect and promote dignity in care, it is essential to work in Person-Centered Care Model, which sets off the appreciation of the

dignity of the person and provides individualized care. However, despite the effort made in Spain in the last years, the biomedical and task-centered model still prevails.

Key words: dignity, care, Person-Centered Care, Dignity Therapy.

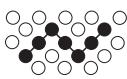
En España el 18.8% de la población tiene 65 y más años y un 6.1% de este porcentaje tiene 80 o más años. Se estima que en 2066 las personas mayores supondrán el 34.6% de la población española. A finales del año 2015, en España había 381.333 plazas residenciales distribuidas en 5.973 centros y 90.577 plazas de centros de día distribuidas en 3.387 centros, habiéndose apreciado en ambos un incremento del número de plazas en las últimas décadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2018

Recibido:
18/06/2018

Aceptado:
15/08/2018

(1) Psicóloga general sanitaria, especializada en Psicogerontología y Neuropsicología.



La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

Considerando los Servicios Sociales para la tercera edad que se ofrecen en España, las personas mayores que necesitan algún tipo de ayuda pueden ser atendidas y cuidadas en centros residenciales, centros de día y viviendas para mayores, o apoyadas mediante el Servicio de Ayuda a Domicilio o la Teleasistencia, entre otros. Por un lado, los cambios corporales y vitales hacen que la persona mayor sea más vulnerable a ver amenazada su dignidad (Oosterveld-Vlug, Pasman, van Gennip, Willems y Onwuteaka-Philipsen, 2013), mientras que, por otro lado, la consecuente necesidad de apoyo y cuidados y depender de otras personas puede dañar su sentido de la dignidad. La dignidad es un valor relacionado con la identidad, la autonomía y el valor de la persona; la persona tiene dignidad y ésta puede ser promovida o dañada por las acciones de los/as profesionales, la propia persona o los eventos del entorno (Hoy, Wagner y Hall, 2007).

Definición del concepto: Características, historia y ética profesional

La palabra dignidad procede del latín *dignitās, -ātis*. La Real Academia de la Lengua Española (2014) ofrece una definición básica del término, considerándolo la “cualidad de digno”, que a su vez es definido como “correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo”. En términos jurídicos, Nogueira (2016) expone que “la dignidad de la persona es el rasgo distintivo de los seres humanos respecto de los demás seres vivos, lo que constituye a la persona como un fin en sí mismo e impide que sea considerada un instrumento o medio para otro fin, además de dotarla de capacidad de autodeterminación y de realización del libre desarrollo de la personalidad”. Desde el punto de vista asistencial, el Departamento de Salud del Reino Unido y el Social Care Institute for Excellence (2009) definen la dignidad de la siguiente manera: un estado, cualidad o actitud merecedora de estima o respeto y consecuentemente, de respeto propio, que está relacionado con diversos aspectos como la privacidad, la autonomía y la autoestima. Asimismo, exponen que mientras que la dignidad puede ser complicada de definir, las personas suelen tener claro cuándo no han sido tratadas con dignidad y respeto. Por su parte, para la Royal College of Nursing (2008) la dignidad hace referencia a cómo las personas sienten, piensan y se comportan en relación al valor de ellas mismas o los demás, y todos los seres humanos, como tal, tienen el mismo valor. Así, tratar a una persona con

dignidad supone tratarla como alguien que merece la pena, valorándola y respetándola. Así pues, la dignidad supone a la persona una fuente de respeto y cuidado (Benito, Barbero y Dones, 2014).

El término dignidad es relativamente nuevo en los textos jurídicos y aparece por primera vez en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Marín, 2007). Así, el Artículo 1 expone que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Organización de las Naciones Unidas, 1948, p.2). A partir de este momento, los textos jurídicos de los países se cimentan en la citada Declaración, como es el caso de la Constitución Española (1978, p.29316), tal y como se expone en el Artículo 10. Éste afirma que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. Asimismo, la Ley General de Sanidad (1986, p.15209) expone en el Artículo 10 que todas las personas usuarias de los servicios sanitarios tienen derecho “al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad”.

Históricamente el término ha asumido diversas concepciones y se ha postulado como tema a tratar por diversas disciplinas como la filosofía, la religión, el derecho o la bioética.

En la literatura sanitaria la dignidad se ha entendido de dos maneras: desde el punto de vista ontológico y desde el punto de vista moral (Errasti, Martínez, Carvajal y Arantzamendi, 2014). Así, la asunción ontológica de la dignidad constituye la dignidad humana-objetiva-básica, según la que la dignidad es intrínseca al ser humano, universal y común a todas las personas, por lo que no puede medirse ni destruirse. La dignidad humana-objetiva-básica parte de la visión de la dignidad de Kant (Errasti et al., 2014). Por su parte, desde el punto de vista moral se encuentra la dignidad social-subjetiva, que contiene dos aspectos: por un lado, la dignidad del yo o la dignidad que percibe la persona, esto es, cómo se percibe a sí misma y cómo percibe que es tratada en las interacciones con los demás, mientras que por otro lado se encuentra la dignidad en relación, que se basa en cómo el resto percibe y trata a la persona (Jacobson, 2007; citado en Errasti et al., 2014). La dignidad del yo, basada en la percepción, incluye la autoconfianza y el autorrespeto; la dignidad en relación es el valor dado por los otros (Matiti y Baillie, 2011). A diferencia de la dignidad humana-objetiva-básica, la dignidad social es comparativa y contextual y puede crecer o disminuirse mediante la interacción social (Errasti et al., 2014). Por lo tanto, la dignidad

Zuazua Romero

es un concepto relacional, en cuanto se experimenta la dignidad en la relación con los demás (Frank, 2003; citado en Heggestad, Nortvedt y Slettebø, 2013).

Matiti y Baillie (2011) resumieron las características del concepto: inherente al ser humano, dinámico, cualidad interna, relacionado con la autoestima, con la confianza y con el sentirse importante y válido, relacionado con la conducta de la persona, relacional y relacionado con el control y la privacidad. En cuanto a la dignidad aplicada en el cuidado, Levenson (2007) expone que es inseparable del contexto más amplio de

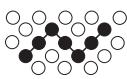
La dignidad como un todo, que es tratar a las personas como personas individuales, que no se trata solo del cuidado físico, que se desarrolla en el contexto de relaciones de poder entre iguales, que tiene que ser promovida activamente y que es más que la suma de sus partes.

Tabla 1

Modelo de Dignidad de Chochinov et al. (2002; citado en Chochinov. 2002).

Categorías principales de la dignidad, temas y subtemas según Chochinov et al.
(2002)

Preocupaciones relacionadas con la enfermedad	Repertorio conservador de la dignidad	Inventario de la dignidad social
Nivel de independencia: - Agudeza cognitiva - Capacidad funcional	Perspectivas preservadoras de la dignidad: - Continuidad del yo - Preservación de roles - Generatividad/legado - Mantenimiento de la esperanza - Autonomía/control - Aceptación - Resiliencia/espíritu de lucha	Límites de la privacidad Apoyo social Tono del cuidado Ser una carga para los demás
Distrés sintomático: - Distrés físico - Distrés psicológico: incertidumbre médica y ansiedad ante la muerte	Prácticas preservadoras de la dignidad: - Vivir el momento - Mantener la normalidad - Buscar confort espiritual	Consecuencias de las preocupaciones



La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

Modelos sobre la dignidad y sus aplicaciones: Chochinov y Nordenfelt

El modelo de la dignidad más conocido, desarrollado y empleado es el de Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson y Harlos (2002), que en su origen fue desarrollado desde las experiencias con personas al final de la vida que padecían cáncer en la Manitoba Palliative Care Reserach Unit. El modelo tiene tres categorías mayores de la dignidad, que a su vez tienen temas y subtemas. De esta manera, entre los temas se encuentran: las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, el repertorio conservador de la dignidad y el inventario de la dignidad social.

Las preocupaciones relacionadas con la enfermedad están mediadas por la experiencia de la dignidad percibida por la persona enferma y están fuertemente unidas a la patología en sí. Aquí, se incluyen como temas principales el nivel de independencia, que se refiere a la capacidad para mantener la capacidad cognitiva y funcional, y el distrés sintomático, que a su vez se divide en los subtemas de distrés físico y psicológico (incertidumbre médica y ansiedad ante la muerte) [Chochinov, 2002]. El repertorio conservador de la dignidad está formado por las perspectivas conservadoras de la dignidad y las prácticas conservadoras de la dignidad. De esta forma, las perspectivas conservadoras de la dignidad se refieren a la mirada que la persona mantiene hacia los siguientes subtemas: la continuidad del yo, la preservación de roles, la generatividad/legado, el mantenimiento de la esperanza, la autonomía/control, la aceptación y la resiliencia/espíritu de lucha. Asimismo, las prácticas conservadoras de la dignidad se refieren a la variedad de técnicas que la persona emplea para mantener su sentido de la dignidad e incluyen vivir el momento, mantener la normalidad y buscar confort espiritual (Chochinov, 2002).

Finalmente, el inventario de la dignidad social es la naturaleza de las interacciones de la persona con los demás que aumentan o restan valor al sentido de dignidad personal e incluye los límites de la privacidad, el apoyo social, el tono del cuidado, el hecho de ser una carga para los demás y las consecuencias de las preocupaciones (Chochinov, 2002).

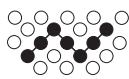
Cada persona otorgará un valor u otro a cada uno de los componentes, variando el significado de la dignidad

de una persona a otra o de una circunstancia a otra (Chochinov, 2002). De esta forma, la dignidad significa una cosa diferente para cada persona. Por otra parte, no es la enfermedad, sea cual sea, o la dependencia, la que puede influir en la dignidad de la persona, sino los síntomas y efectos consecuentes (Chochinov, 2002).

Este modelo orienta sobre cómo construir intervenciones que sostengan y promuevan la dignidad de la persona cuidada al final de la vida. Asimismo, ha mostrado su aplicabilidad en distintas poblaciones al final de la vida.

Dada la importancia de las actitudes y conductas de los/as profesionales en el mantenimiento de la dignidad, Chochinov (2007) desarrolló un marco teórico para guiar su trabajo: el A, B, C y D del cuidado que preserva la dignidad. Según este modelo, el/la profesional debe prestar atención a su actitud, conducta, compasión y comunicación. Así, debe examinar su actitud y asunciones respecto al/a paciente, ya que éstas influyen en cómo lo trata; debe modificar su conducta, basándola siempre en la amabilidad y el respeto y mostrando disposición; debe facilitar la comunicación y prestar atención a la forma de proceder en los exámenes clínicos; debe tener una conciencia profunda del sufrimiento del otro, lo que supone estar en contacto con las emociones de uno mismo y considerar la experiencia de la vida; finalmente, debe mantener una comunicación que le permita conocer a la persona detrás de la enfermedad y reconocer el impacto emocional que acompaña a la enfermedad. Este último elemento, el diálogo, es un elemento indispensable del cuidado que conserva la dignidad.

Otro modelo de la dignidad cuya solidez es destacable es el de Nordenfelt (2003). Nordenfelt distingue cuatro tipos de dignidad: la dignidad de mérito, la dignidad de talla moral, la dignidad de la identidad y la dignidad humana. La dignidad de mérito depende del rango social u oficio de la persona, mientras que la dignidad de talla moral depende de sus pensamientos y acciones (Nordenfelt, 2003). Por su parte, la dignidad de la identidad está unida a la integridad y autonomía de la persona y esta dignidad puede verse afectada por la enfermedad y la dependencia si la identidad de la persona no es respetada, como, por ejemplo, cuando ésta quiere hacer una cosa y no se le permite (Nordenfelt, 2003). Finalmente, la dignidad humana o Menschenwürde es la dignidad inherente al ser humano (Errasti et al., 2014); es un valor que se asume que todas las personas tienen, en el mismo nivel, por el hecho de ser humanas (Nordenfelt, 2003).



Zuazua Romero

Cuidar con dignidad en entornos asistenciales: significado e implicaciones

Según Baillie y Black (2015), la dignidad de la persona es un concepto multifactorial y la dignidad en el cuidado está influenciada por los factores personales y vulnerabilidad de la persona, el entorno del cuidado y las interacciones de la persona con los/as profesionales, familia y los/as demás usuarios/as del servicio.

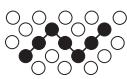
El Departamento de Salud del Reino Unido (2006; citado por Matiti y Baillie, 2011), en su campaña Dignity in Care, desarrolló 10 puntos relacionados con la dignidad que deberían garantizar las organizaciones asistenciales (*Ten-point Dignity Challenge*):

1. Tolerancia cero a todos los tipos de abuso.
2. Tratar a las personas con el mismo respeto que nos gustaría que nos tratasen a nosotros/as o a un miembro de nuestra familia.
3. Tratar a cada persona como un individuo distinto, ofreciéndole un servicio personalizado.
4. Permitir que la persona mantenga el nivel máximo posible de independencia, elección y control.
5. Escuchar y ayudar a que la persona exprese sus necesidades y deseos.
6. Respetar el derecho a la privacidad.
7. Asegurar que la persona pueda quejarse sin miedo a

Tabla 2

The Six Senses Framework.

Sentidos	Significado para las personas mayores
Sentido de seguridad	Atención a necesidades básicas fisiológicas y psicológicas, sentirse seguro y alejado de la amenaza, el daño o el desconfort.
Sentido de continuidad	Reconocimiento y aprecio a la autobiografía personal. Empleo habilidoso del conocimiento del pasado para contextualizar el presente y futuro.
Sentido de pertenencia	Oportunidad para desarrollar relaciones significativas, sentirse parte de una comunidad o grupo deseado.
Sentido de finalidad	Oportunidad para involucrarse en actividades significativas, pasar el tiempo de manera productiva, ser capaz de perseguir objetivos y actividades estimulantes.
Sentido de plenitud	Oportunidad de desarrollar objetivos valiosos y significativos, sentirse satisfecho con el esfuerzo propio.
Sentido de significado	Sentirse reconocido y valorado como persona, sentir que la existencia y las acciones de la persona son importantes.



La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

posibles consecuencias.

8. Involucrar a familiares y cuidadores en el cuidado.
9. Ayudar a que la persona mantenga su confianza y autoestima.
10. Actuar para aliviar la soledad y aislamiento de la persona.

Elinforme The Challenge of Dignity in Care, promovido por Help the Aged (Levenson, 2007), destacó nueve temas que deben cuidarse para garantizar un cuidado digno: comunicación, privacidad, autonomía, alimentación, dolor y control de síntomas, higiene personal y uso del baño, cuidado personal, morir con dignidad e inclusión social.

Según Stratton (2007), tratar a las personas con dignidad supone tener en consideración los siguientes aspectos: respetar sus derechos, dar libertad de elección, escuchar y tener en cuenta lo que expresan, respetar sus deseos y decisiones, respetar su individualidad, dar privacidad, permitirles hacer lo que pueden por sí mismas, tratar con cortesía y amabilidad, ser sensibles a sus necesidades, y como profesionales, hacer lo mejor para su bienestar. Asimismo, a la persona mayor se le debe tratar como a cualquier otra persona, como un adulto y como parte de la comunidad. Consecuentemente, Stratton considera que promueven el cuidado digno: el trato respetuoso hacia el/la usuario/a, dar el mismo valor a las necesidades psicosociales que a las físicas, mantener la independencia del/a usuario/a y permitirle hacer lo que pueda, centrarse en sus capacidades y no en los déficits, un cuidado individualizado, participación de los/as usuarios/as en su cuidado, entornos lo más parecidos posibles a un hogar, tiempo de calidad, emplear tiempo en explicar las cosas y participación de la comunidad.

Sin embargo, el cuidado digno puede verse dañado por diversos aspectos: escaso tiempo disponible, personal insuficiente, estrés laboral, organizaciones poco flexibles, falta de recursos, recursos inadecuados o falta de formación del personal (Stratton, 2007); un cuidado que trata a las personas como objetos, un lenguaje que emplea etiquetas, tratar a las personas mayores como niños (tono de voz, dar comida en puré cuando no es necesario, insistir en acostarse pronto), la realización de actividades de ocio que implican un bajo nivel intelectual, un entorno pobre, no pararse nunca a charlar con los/as usuarios/as o ignorar las pérdidas que padecen (Social Care Institute for Excellence, 2009); pocas oportunidades para interactuar con otras

personas o para participar en actividades estimulantes, dar poca información sobre rutinas y personal, personal con poco conocimiento de las necesidades de las personas con demencia y mover frecuentemente a las personas dentro y fuera de las estancias (Tadd et al., 2011).

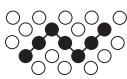
Para que la persona reciba un cuidado digno, deben tenerse en cuenta siempre sus necesidades y no negarlas, obviarlas, darlas por hecho o minimizar su importancia. Mientras que las necesidades físicas se satisfacen con objetos, las psicológicas lo hacen mediante las relaciones con los demás, y en el modelo biomédico del cuidado que aún prevalece, suelen quedar en un segundo plano. Kitwood (1997; citado en Fazio et al., 2018) propuso las siguientes necesidades psicológicas de las personas, que contribuyen a la expresión del amor y que pueden acrecentarse en personas con demencia: necesidad de inclusión (en su cuidado, en la vida), vínculo (seguridad y apego), confort (calidez), identidad (lo que distingue a la persona y la hace única) y ocupación (participación en procesos de la vida diaria).

Desde una perspectiva interrelacional del cuidado, Nolan (1997; citado en Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2004) desarrolló la teoría The Senses Framework, identificando seis necesidades de los agentes asistenciales, esto es, persona mayor, familia y profesionales, para guiar y mejorar la atención a las personas mayores y ofrecer un buen cuidado.

Visión de las personas mayores, profesionales y cuidadores sobre la dignidad

Son diversos los estudios realizados acerca de la visión y vivencia de la dignidad de las personas mayores, tanto las que residen en su hogar como en centros residenciales, entre otros. Estas investigaciones derivan de la idea de que hay factores que pueden hacer a la persona más vulnerable a la pérdida de la dignidad, como el estadio de la vida, el estado de salud y actitudes negativas o el estigma (Baillie y Black, 2015). De esta manera, el estudio Dignity and Older Europeans (2004), realizado en seis países (Reino Unido, Francia, Suiza, Eslovaquia, Irlanda y España), expuso la importancia de tres temas principales: el respeto y el reconocimiento, la participación y la dignidad en el cuidado.

El Departamento de Salud del Reino Unido (2006) llevó a cabo una campaña denominada Dignity in care



Zuazua Romero

en la que hablaron con personas mayores, cuidadores y profesionales, apareciendo los siguientes temas en relación a un cuidado digno: facilidades para expresar la opinión y quejas del servicio recibido, ser tratado como un individuo y no como un miembro más del grupo, privacidad en el cuidado, ayuda y tiempo suficiente en las comidas, facilidades para acceder al baño, ser llamado adecuadamente (esto es, sin diminutivos ni palabras cariñosas), mantener un aspecto adecuado y estimulación y sentido de finalidad.

En una encuesta realizada por el Departamento de Salud del Reino Unido, las personas mayores y sus cuidadores destacaron diez aspectos muy similares relacionados con la dignidad de las personas de la tercera edad (2006; citado en Social Care Institute for Excellence, 2009): respeto, comunicación, inclusión social, autonomía, privacidad, higiene y aspecto personal, tiempo para la comida, quejas, abuso y whistle-blowing o informar acerca de prácticas no éticas que se estén llevando a cabo en la organización.

Gallagher, Li, Wainwright, Jones y Lee (2008) sintetizaron en cuatro categorías los resultados de la encuesta anglosajona y de otros trabajos teóricos, siendo, según ellos, estos los aspectos a tener en cuenta para garantizar la dignidad de la persona en el cuidado: entorno del cuidado (entorno físico, privacidad, naturaleza de la organización), actitudes y conducta de los/as profesionales (falta de respeto, intolerancia, impaciencia, infravalorar, infantilización...), cultura del cuidado (creencias y valores compartidos, organización y forma de cuidado...) y actividades específicas del cuidado.

En un metasíntesis realizado por Tranvag, Petersen y Naden (2013) que incluía diversos estudios de diferentes entornos asistenciales para personas mayores, encontraron que varios estudios habían enfatizado la importancia de tener compasión hacia la persona, confirmar su valor y sentido de la identidad y crear un entorno humano y significativo.

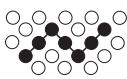
Pleschberger (2007) realizó un estudio con residentes de centros residenciales acerca de su visión de la dignidad, apreciando la importancia del aspecto relacional de la dignidad, esto es, de las relaciones sociales con familia, iguales y trabajadores/as. Según este autor, las personas mayores son vulnerables en este aspecto ya que tienen pocas oportunidades de desarrollar relaciones sociales dignas; por un lado, el personal de las residencias suele ser justo y, por otro lado, a pesar de que la relación con la familia tenga especial importancia, muchas personas mayores pueden no tener muchos o ningún pariente.

En las narrativas de las personas mayores, Pleschberger observó la importancia que le daban a no ser una carga para los demás, así como tener una muerte digna, que la definieron como consistente en ser activo hasta el final, respetar la voluntad propia y “permiso para morir”, no padecer dolor y estar cerca de las personas queridas. Otro aspecto relevante fue que la dignidad que este autor define como interpersonal, esto es, la dignidad basada en creencias personales y aspectos corporales, que no puede serle quitada a la persona, estaba asociada a creencias religiosas en las personas mayores y no a los derechos humanos. Sin embargo, se prevé que en las generaciones futuras esté unida a estos (Pleschberger, 2007).

Høy et al. (2016) encontraron que las personas mayores que residían en centros residenciales consideraban que su dignidad se mantenía mediante la participación en un entorno significativo y relacional y que estaba influenciada por la vulnerabilidad percibida. De esta manera, vieron que el sentido de la dignidad estaba relacionado con la habilidad de la persona para integrar y manejar las pérdidas y amenazas físicas, personales y sociales y para participar e involucrarse, tanto en los aspectos que correspondían a uno mismo como con el entorno.

Por su parte, Franklin, Ternestedt y Nordenfelt (2006) encontraron que personas mayores residentes en centros residenciales unieron la dignidad al no reconocimiento corporal, la fragilidad y la dependencia, y la fuerza interior y el sentido de coherencia. De esta manera, Hall, Lounghurst y Higginson (2009) exponen que problemas en el funcionamiento físico resultan en pérdida de independencia y dignidad; además, estos autores muestran la importancia de la protección de la privacidad y del tono de cuidado adecuado para el mantenimiento de la dignidad.

Asimismo, también se han realizado estudios con personas mayores con demencia, recabando información de sus familiares. Heggestad et al. (2013) encontraron que las familias consideraban necesario que la persona mayor con demencia fuese considerada un ser humano igual que otro y se satisficiesen sus necesidades relacionales. El mismo estudio mostraba que el personal necesitaba tiempo y recursos para promover la dignidad social de los/as usuarios/as y ponía de relieve la mayor importancia dada a las necesidades fisiológicas que a las psicosociales. En un trabajo con familiares de personas mayores de un centro residencial, Caspari et al. (2014) encontraron que estos consideraban que promovían la dignidad de los/as usuarios/as: tener una habitación cómoda, hogareña



La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

y práctica, estar en contacto con familia, amistades y personal, atender las necesidades estéticas, atender las necesidades intrínsecas y los valores personales y atender las necesidades culturales y espirituales. Por su parte, Sagbakken et al. (2017) realizaron un estudio con familiares de usuarios/as con demencia frontotemporal, en la que expusieron que la dignidad de sus familiares se veía dañada por las siguientes situaciones: interacción escasa con compañeros/as, familiares y trabajadores/as, deficitaria confirmación de su identidad por parte de personal que los conoce bien, falta de posibilidades para la toma de decisiones autónoma, falta actividades o roles previamente significativos y falta de atención a la apariencia física.

La dignidad en centros residenciales: la Atención Centrada en la Persona y la Terapia de la Dignidad

La persona mayor que reside en un centro residencial y necesita ayuda y cuidado diario puede ver amenazada su dignidad social. Por ello, ofrecer un cuidado digno puede llevar a una noción de vida digna para la persona (Pleschberger, 2007). Así, la persona mayor puede pensar o sentir que es una molestia para los demás o que no vale nada, por lo que su percepción social de la dignidad variará en función del cuidado que reciba. Por lo tanto, los/as profesionales tienen que ofrecer un cuidado que preserve la dignidad de la persona, para lo que es necesario conocerla en profundidad y centrar el cuidado en esa persona única y valiosa.

Las personas mayores y las personas con demencia necesitan vivir en un entorno centrado en la persona y relacional (Heggestad, Nortvedt y Slettebø, 2013). De hecho, la Atención Centrada en la Persona ha sido considerada un facilitador de la dignidad y el cuidado digno (Social Care Institute for Excellence, 2009; Tadd et al., 2011).

La Atención Centrada en la Persona surge del modelo humanista de Rogers y su Terapia Centrada en el Cliente (Martínez, 2011). La base del modelo es el reconocimiento de la dignidad de la persona, en este caso la persona mayor, que, aunque pueda ser un colectivo más vulnerable a recibir un trato no digno, tiene que ser tratada con el mismo respeto que cualquier otro ser humano (Martínez, 2011). En este modelo la persona se sitúa en el centro de la atención, no es un mero receptor de cuidado, sino un agente activo en los aspectos que le atañen, y se trata de una atención integral y personalizada. Por lo tanto, la Atención Centrada en la Persona es un modelo de

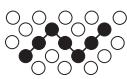
atención que parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona, reconoce su singularidad y busca la autonomía y la participación de la persona en su plan de cuidado para mejorar su calidad de vida y bienestar subjetivo (Martínez, 2011).

La Atención Centrada en la Persona se desarrolla mediante interacciones desde la aceptación incondicional, el respeto de la dignidad y la empatía hacia la persona (Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Requiere ver a la persona como un ser humano igual al resto de las personas, reconocerla como una persona única, con su historia de vida, necesidades, deseos, rutinas, preferencias etc., y darle la posibilidad de participar, elegir y tener control en su vida.

Asimismo, este modelo de atención apoya la continuidad de los proyectos de vida de las personas, esto es, lo que es importante para ellas en el momento presente de sus vidas (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014). En el caso de la persona mayor, ésta se enfrenta a cuestiones existenciales parecidas a las que se enfrenta la persona enferma paliativa, como pueden ser la pérdida, la discapacidad y la muerte (Chochinov et al., 2012). De hecho, las personas mayores exponen que en el final de la vida es importante mantener el sentido de control, un manejo adecuado de los síntomas, ayuda experta por parte de los/as profesionales, la oportunidad de expresar deseos en un plan de cuidado avanzado, resolver asuntos pendientes, estar activos hasta el final si fuese posible y apoyo para familiares y amigos (Magee, Parsons y Askham, 2008).

Perder la dignidad al final de la vida es un miedo común en muchas personas. Sin embargo, mientras que hay diversa literatura sobre cómo tratar el dolor, la depresión o la ansiedad en personas que están al final de su vida, no ocurre lo mismo con la dignidad de la persona (Chochinov et al., 2012). Una intervención específica para el final de la vida es la Terapia de la Dignidad (Chochinov et al., 2005), que se centra en la preservación de la dignidad mediante la resolución de asuntos pendientes en las relaciones, compartir palabras de amor o preparar un documento a modo de legado (Fitchett, Emanuel, Handzo, Boyken y Wilkie, 2015).

La Terapia de la Dignidad es una terapia breve individual que pretende liberar el estrés psico-emocional de la persona al final de la vida (Chochinov et al., 2005). Sus objetivos son disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y reafirmar un sentido de



Zuazua Romero

significado y de objetivo y la dignidad (Chochinov et al., 2012). Consta de un protocolo de nueve preguntas estándares que guían la conversación de la persona con el/la terapeuta, entre las que se trabajan temas como la información autobiográfica, el amor hacia los seres queridos, las lecciones aprendidas durante la vida, los roles desempeñados, los logros, los deseos, los sueños, los asuntos pendientes o la guía para los demás. La sesión se graba, transcribe, edita y devuelve al/a paciente, quién decide qué hacer con el documento, pudiendo entregárselo a la familia o a amistades (Fitchett et al., 2015). Las personas que reciben esta terapia muestran altos niveles de satisfacción y beneficios para ellas y sus familias (Fitchett et al., 2015).

La Terapia de la Dignidad aplicada a las personas de la tercera edad tiene limitaciones, ya que no se suele realizar con personas con deterioro cognitivo. Así, Hall et al. (2012; citado en Johnston et al., 2016) exponen que no se recomienda su aplicación en personas mayores con deterioro cognitivo por los problemas de memoria que padecen y el potencial distrés que podría causarles. En estos casos lo que se ha hecho es modificar las preguntas y se ha contado con la participación de familiares. Chochinov et al. (2012) realizaron un estudio con personas mayores de unidades de rehabilitación y larga estancia sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo y los familiares de los dos grupos. Los resultados mostraron que la gran mayoría de las personas sin deterioro cognitivo consideraron la intervención mediante la Terapia de la Dignidad útil. Sin embargo, a pesar de que los familiares de ambos grupos dijeron recomendar la terapia a otros/as usuarios/as y sus familias, tuvieron dificultades para exponer los beneficios logrados. Asimismo, recabaron la opinión de los/as profesionales del cuidado de la salud que expusieron que los beneficios en las personas sin deterioro cognitivo estaban relacionados con un aumento del sentido de significado y dignidad, mientras que no especificaron los que ocurría en las personas con deterioro cognitivo, aunque lo vieron útil y recomendable con ambos grupos.

Johnston et al. (2016) realizaron un estudio con personas en estadios precoces de demencia, sus familiares y cuidadores. Los resultados obtenidos mostraron que las personas mayores consideraban la terapia como una oportunidad para reflejar sus vidas y para que se tuvieran en consideración aspectos que valoraban, incluyendo personas y logros. El estudio permitió conocer aspectos relevantes, como que las personas mayores desarrollaron más aspectos del pasado que del futuro en sus relatos o que tuvieron

una buena capacidad para recordar detalles del pasado. Tanto personas mayores, familiares como profesionales expusieron el posible beneficio que la Terapia de la Dignidad podría tener en el cuidado futuro de la persona. De esta manera, la Terapia de la Dignidad sería una práctica centrada en la persona que apoyaría la individualidad de la persona con demencia y preservaría su dignidad (Johnston et al., 2016).

Además de la Terapia de la Dignidad, otra herramienta útil en la preservación de la dignidad de la persona mayor podría ser el inventario de la Dignidad del Paciente (Chochinov et al., 2008), un instrumento que sirve para medir el distrés de la persona al final de la vida. Sin embargo, aún no se ha validado en población mayor.

Necesidad de un cambio del modelo de cuidado: avanzando en la Atención Centrada en la Persona

La visión de la persona mayor en la sociedad suele relacionarse con la de una persona en declive biológico, dependiente y pasiva que supone un problema sanitario y social (National Health Service Confederation, 2012). De hecho, no es hasta los últimos años cuando se comienza a considerar a la persona mayor en los servicios asistenciales en los que es atendida y cuidada. Así, el problema es que las residencias y centros de día para la tercera edad tienen una mirada más centrada en la enfermedad y en la tarea que en la persona y sus necesidades psicosociales, ocurriendo lo mismo en los demás recursos sanitarios y sociosanitarios. Esto supone que la persona sea tratada como un/a usuario/a más, olvidando su historia de vida, preferencias, necesidades, deseos y demás aspectos personales.

Brooker (2013) expone que, para cambiar el modelo de cuidado, hay que tener en cuenta dos aspectos de las organizaciones: lo explícito de la cultura organizacional, esto es, la misión, los valores y los códigos de conducta, y lo implícito de la cultura organizacional, es decir, el paradigma mental que orienta el trabajo, y es este aspecto el que hay que cuestionar y trabajar para cambiar el modelo de cuidado. El modelo centrado en la persona abarca a todas las personas implicadas en las relaciones de cuidado, esto es, usuarios/as, profesionales y cuidadores, viéndolas como personas únicas e interrelacionadas, y para iniciar y avanzar en el cambio es necesario el compromiso y liderazgo de la dirección.

Cuidar a las personas mayores es un trabajo demandante

La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

que requiere habilidades y formación adecuada. Por ello, para ofrecer un cuidado digno es esencial que los/as profesionales estén formados en Atención Centrada en la Persona, que conozcan el significado del cuidado que garantiza y promueve la dignidad, que se sientan valorados por la organización y que puedan tomar sus propias decisiones. El informe Delivering Dignity de la National Health Service Confederation (2012) expone que el cambio de actitudes y conductas debe hacerse de una manera constructiva y no confrontativa y que son las decisiones individuales adecuadas las que cambian la cultura de una organización. Según el documento, la dignidad en el cuidado comienza cuando se facilita que los/a profesionales puedan hablar y escuchar a las personas mayores, ya que es entonces cuando se comienza a ver a la persona en su totalidad.

Por lo tanto, la comunicación es un aspecto esencial del cuidado digno. Baillie (2007; citado en Baillie y Black, 2015), tras estudiar el entorno hospitalario, mostró las siguientes claves comunicativas para ofrecer un cuidado digno en el que la persona se sienta cómoda, con control y valorada, que podrían aplicarse en el ámbito residencial.

Tabla 3

Interacciones que hacen que el paciente se sienta cómodo, con control y valorado (Baillie, 2007; citado en Baillie y Black, 2015).

Interacciones que facilitan que la persona se sienta cómoda	Comunicación que facilita que la persona sienta control	Comunicación que facilita que la persona se sienta valorada
Sensibilidad	Dar información y explicaciones	Escuchar
Empatía		Dar tiempo
Desarrollo de relaciones	Proveer consentimiento informado	Mostrar interés por los/as pacientes como personas
Conversación		
Profesionalidad	Ofrecer elección y negociación	Ser amable y servicial
Participación de la familia si la persona lo desea	Facilitar la independencia	Mostrar cortesía
Amabilidad y consuelo		
Humor (empleado con sensibilidad y de manera adecuada)		

Zuazua Romero

Conclusión

Los estudios realizados acerca del cuidado digno coinciden en la importancia de atender a la individualidad de la persona, respetar su autonomía e independencia, cuidar la higiene personal y el aspecto físico, garantizar la privacidad, mantener una comunicación fluida con los/as profesionales y promover la inclusión social. Gallagher et al. (2008) resumen estos aspectos en tres factores: el entorno del cuidado, las actitudes y conducta de los/as profesionales y la cultura del cuidado.

Help the Aged propone nueve indicadores para medir la dignidad en el cuidado de las personas mayores, que se basan en los dominios que desde la organización atribuyen al cuidado digno (Magee et al., 2008). De esta manera, los siguientes indicadores podrían suponer un modelo de valoración del cuidado digno de las organizaciones encargadas del cuidado y la atención a las personas mayores, ya que no se dispone de sistemas ni instrumentos para medir la dignidad de la atención ofrecida a la persona usuaria o al/a paciente. De hecho, desarrollar un sistema de evaluación de la dignidad es una labor compleja por la dificultad de definir y medir el término. Además, el sistema de evaluación sería distinto según el nivel asistencial por las características que cada uno implica.

Asimismo, en el caso de las personas mayores con demencia, el cuidado digno debe considerar su estado cognitivo y sus posibles problemas de comunicación, para lo que los/as profesionales deben estar formados en la comunicación con personas con alteraciones cognitivas y disponer de tiempo, paciencia y otros medios alternativos para realizar tal labor.

Finalmente, el cuidado digno requiere trabajar desde la Atención Centrada en la Persona, confirmando el valor y el sentido de identidad de la persona, que es el centro de la labor asistencial. En la actualidad, este modelo se encuentra en desarrollo en España, ya que hasta los últimos años no se ha considerado a la persona que era atendida y cuidada en centros asistenciales, basándose el día a día de estos en el cumplimiento de tareas organizacionales. Por ello, los próximos años serán muy laboriosos para cambiar el paradigma mental que rige la dinámica de los centros asistenciales españoles. Sin embargo, otros países europeos como el Reino Unido llevan tiempo trabajando mediante este modelo de cuidado, siendo muestra de ello la importante y amplia campaña Dignity in Care. De esta manera, cómo se distribuyen los recursos y la prioridad

que se les da, muestra el valor que la sociedad da, en este caso, a las personas mayores (Pullman, 1999; citado en Heggestad, Nortvedt y Slettebø, 2013).

La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

Referencias

1. Baillie, L., y Black, S. (2015). Professional values in nursing. Florida: CRC Press, Taylor Francis Group.
2. Bayer, T., Tadd, W., y Krajcik, S. (2005). Dignity: The voice of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 6(1), 22-29. doi: <https://doi.org/10.1108/14717794200500005>
3. Benito, E., Barbero, J., y Dones, M. (2014). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid: SECPAL.
4. Brooker, D. (2013). Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos. Barcelona: Octaedro.
5. Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 287(17), 2253-2260. Recuperado de https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/dignity_-_conserving_care_-_a_new_model_for_palliative_care.pdf
6. Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity preserving care. *British Medical Journal*, 335(7612), 184-187. doi: [10.1136/bmjj.39244.650926.47](https://doi.org/10.1136/bmjj.39244.650926.47)
7. Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T. F., y Hassard, T. (2012). Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. *Palliative and Supportive Care*, 10(1), 3-15. doi: [10.1017/S1478951511000538](https://doi.org/10.1017/S1478951511000538)
8. Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., y Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science and Medicine*, 54(3), 433-443. doi: [10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)
9. Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., y Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: A novel psychoterapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525. doi: [10.1200/JCO.2005.08.391](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391)
10. Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L., Harlos, M., Sinclair, S., y Murray, A. (2008). The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 559-571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>
11. Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre, 311, 29313- 29424. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
12. Errasti, B., Martínez, M., Carvajal, A., y Arantzamendi, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado. *Contribuciones para el final de la vida*. Cuadernos de Bioética, 25(84), 243-256. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/243.pdf>
13. Franklin, L. L., Ternestedt, B. M., y Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13(2), 130-146. doi: [10.1191/0969733006ne851oa](https://doi.org/10.1191/0969733006ne851oa)
14. Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., y Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10-19. doi: [10.1093/geront/gnx122](https://doi.org/10.1093/geront/gnx122)
15. Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., y Wilkie, D. J. (2015). Care of human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*, 14(8), 1-12. doi: [10.1186/s12904-015-0007-1](https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1)
16. Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., y Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *British Medical Journal for Nursing*, 7(11), 1-12. doi: [10.1186/1472-6955-7-11](https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11)
17. Hall, S., Longhurst, S., y Higginson, I. (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age and Aging*, 38(4), 411-416. doi: [10.1093/ageing/afp06](https://doi.org/10.1093/ageing/afp06)
18. Heggestad, A. K. T., Nortvedt, P., y Slettebø, Å. (2013). Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia (London)*, 14(6), 825-841. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301213512840>
19. Høy, B., Lillestøl, B., Slettebø, Å., Saeteren, B., Heggestad, A. K. T., Caspary, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Rehnsfeldt, A., Raholm, M. B., Lindwall, L., y Naden, D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 91-98. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011)
20. Høy, B., Wagner, L., y Hall, E. O. (2007) The elderly patient's dignity. The core value of health, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(3), 160-168, doi: [10.1080/17482620701472447](https://doi.org/10.1080/17482620701472447)
21. Johnston, B., Lawton, S., McCaw, C., Law, E., Murray, J., Gibb, J., Pringle, J., Munro, G., y Rodríguez, C. (2016). Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy. *International Journal of Older People Nursing*, 11(2), 107-120. doi: [10.1111/opn.12103](https://doi.org/10.1111/opn.12103)
22. Levenson, R. (2007). The Challenge of Dignity in Care. Upholding the rights of the individual. Recuperado de <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/the-challenge-of-dignity-in-care-upholding-the-rights-of-the-individual/r/a11G00000017ru4IAA>
23. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
24. Magee, H., Parsons, S., y Askham, J. (2008). Measuring dignity in care for older people. A research report for Help the Aged. Recuperado de https://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring_dignity_in_care_2008_pro.pdf?dtrk=true
25. Marín, M. L. (2007). La dignidad humana, los Derechos Humanos y los derechos constitucionales. *Revista de Bioética y Derecho*, 9, 1-8. Recuperado de http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD9_ArtMarin.pdf
26. Martínez, T. (2011). La Atención Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
27. Martínez, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 136, 39-67. Recuperado de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/viewFile/4799/6150>
28. Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., y Centeno, C. (2017). Dignity Therapy, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*, 31(6), 492-509. doi: [10.1177/0269216316665562](https://doi.org/10.1177/0269216316665562)
29. Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., y Sancho, M. (2014). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
30. Matiti, M. R., y Baillie, L. (2011). Dignity in healthcare. A practical approach for nurses and midwives. Londres: Radcliffe Publishing.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.

Zuazua Romero

- Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- 32. National Health Service Confederation. (2012). Delivering Dignity. Securing dignity in care for older people in hospital and care homes. Recuperado de <https://www.ageuk.org.uk/global/Delivering%20Dignity%20Report.pdf?dtrk=true>
 - 33. Nogueira, H. (2016). Dignidad de la persona, derechos fundamentales y bloque constitucional de derechos: una aproximación desde Chile y América Latina. *Revista de Derecho*, 5, 79-142. doi: <https://doi.org/10.22235/rd.v0i5.817>
 - 34. Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., y Nolan, J. (2004). Beyond "person-centred" care: a new visión for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 45-53. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/39ea/350be36006c9170ec509406d408ea48b2061.pdf>
 - 35. Nordenfelt, L. (2003). Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 103-110. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/2FA3A1024110810373>
 - 36. Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., Willems, D. L., y Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Changes in the Personal Dignity of Nursing Home Residents: A Longitudinal Qualitative Interview Study, *PLoS ONE* 8(9), e73822. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073822>
 - 37. Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
 - 38. Sagbakken, M., Naden, D., Ulstein, U., Kvaal, K., Langhammer, B., y Rognstad, M. K. (2017). Dignity in people with frontotemporal dementia and similar disorders: a qualitative study of the perspective of family caregivers. *BMC Health Services Research*, 17(432). doi: 10.1186/s12913-017-2378-x
 - 39. United Kingdom Department of Health. (2009). Final report on the review of the Department of Health Dignity in Care Campaign. Recuperado de https://www.dignityincare.org.uk/_assets/Opinion_Leader_Final_Report_to_DH.doc.pdf
 - 40. United Kingdom Home Care Association. (2009). Dignity in residential care. Resource guide. Recuperado de https://www.dignityincare.org.uk/_assets/microsoft_word_-_dignity_in_residential_care_resource_guide.pdf
 - 41. Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age Ageing*, 36(2), 197-202. doi:10.1093/ageing/afl15
 - 42. Real Academia de la Lengua Española. (2014). Diccionario Real Academia de la Lengua Española (23^a ed). Madrid: Espasa.
 - 43. Royal College of Nursing. (2008) Defending dignity - Challenges and opportunities. London: RCN.
 - 44. Social Care Institute for Excellence. (2009). Dignity in care. Recuperado de http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/SCIE_Dignity_in_care_March_2009_pdf.pdf
 - 45. Stratton, D. (2007). Dignity in healthcare. Recuperado de https://www.ageaction.ie/sites/default/files/dignity_in_healthcare.pdf
 - 46. Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, T., y Read, S. (2011). Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. Recuperado de http://www.bgs.org.uk/pdf_cms/reference/Tadd_Dignity_in_Practice.pdf
 - 47. Tranvåg, O., Petersen, K. A., y Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(8), 861-880. doi: 10.1177/0969733013485110

La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

Tabla 4

Indicadores del cuidado digno según los dominios de la dignidad de Help the Aged (Magee et al., 2008).

Dominio de la dignidad	Indicadores del dominio para el cuidado digno
Autonomía	Participación en la toma de decisiones sobre el cuidado y el tratamiento Información y apoyo en la toma de decisiones Posibilidad de elección en las rutinas diarias Libertad para poder emitir quejas sin miedo de repercusiones Respeto a la propiedad personal Control de la vida propia Equipamiento especializado para mantener la independencia Posibilidad de decorar/amueblar el dormitorio Responsabilidad para la toma de medicación crónica si fuese requerida Seguridad en el hogar
Privacidad	Privacidad en el uso del baño



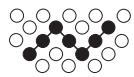
Zuazua Romero

	Privacidad en exploraciones, intervenciones y comunicación de la condición de la persona Permiso antes del contacto físico Permiso para que estudiantes/otras personas estén presentes durante la exploración Instalaciones/salas según sexos Protección del pudor Disponibilidad de espacio privado Uso de persianas, cortinas, carteles de no molestar... Precauciones para proteger la información personal
Comunicación	Ser escuchado Transparencia y claridad Sensibilidad al informar Cortesía del personal Forma de llamar consensuada con la persona Acceso a interpretación y traducción
Alimentación	Elección de la comida Elección del lugar para comer Elección del momento de comer Ayuda adecuada cuando se precise Cuidar la presentación de la comida Disponibilidad de tentempiés adicionales Respeto a creencias culturales y religiosas
Higiene personal	Ayuda adecuada y oportuna Elección del tipo/nivel de ayuda Elección de quién provee la ayuda Instalaciones suficientes, higiénicas y apropiadas



La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

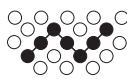
Cuidado personal	<p>Apoyo coherente con las necesidades y deseos de la persona</p> <p>Respeto para preferencias y estilo de vida de la persona</p> <p>Horario de visitas consensuado con la persona</p> <p>Apoyo para mantener los valores propios</p> <p>Respeto de posesiones personales</p>
Inclusión social	<p>Satisfacción de necesidades religiosas y espirituales</p> <p>Satisfacción de necesidades culturales, de ocio y sociales</p> <p>Contacto con familia, amistades o comunidad si fuese deseado</p> <p>Consultar la opinión sobre el funcionamiento del servicio</p> <p>No discriminación por edad en servicios sanitarios o sociales (p.e. en un hospital)</p> <p>Ser valorado como una persona en servicios sanitarios o sociales (p.e. en un hospital)</p>
Dolor	<p>Adequado y oportuno alivio del dolor/malestar</p> <p>Responsabilidad en el alivio del dolor propio si fuese requerida (p.e. negarse a recibir un tratamiento)</p> <p>Interés y conocimiento de los/as trabajadores/as del dolor de la persona</p> <p>Disponibilidad de terapias alternativas para aliviar el dolor</p> <p>Evitar si fuese posible prácticas que causen dolor</p>



Zuazua Romero

Final de la vida

Información y apoyo para la toma de decisiones
Respeto a sus voluntades
Alivio del dolor/malestar
Elección del lugar donde morir
Elección de la compañía para morir
Sensibilidad a necesidades culturales y espirituales
Oportunidad para la expresión de deseos personales
Cuidado del cuerpo tras el fallecimiento
Apoyo a familiares y amistades



Breve presentación del enfoque capacitante en personas con Alzheimer y otras demencias

Pietro Vigorelli¹

Resumen

El Enfoque capacitante es una propuesta para la asistencia de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencias.

Se trata de un enfoque basado en la escucha y en la palabra, que quiere mantener vivo el yo sano de los adultos mayores desmemoriados y desorientados, reconocerlo, valorizarlo, hacerlo emerger. Con la intención de lograr este objetivo se trabaja con el Método de los doce pasos para los familiares y las Técnicas capacitantes para los cuidadores y los profesionales.

Palabras clave: Enfoque capacitante, Técnicas capacitantes, Grupos ABC, Competencias elementales, Demencia, Alzheimer.

Abstract

The Enabling Approach is a professional intervention that seeks to create an enabling environment in the location where frail elderly people live, with or without dementia.

In this environment they can exercise their Basic Abilities, especially the Speech Ability, as they are able to do - as they actually do - without feeling in error, and with the only aim of being happy in doing what they are doing.

The goal is to create the conditions for a Happy-enough Coexistence between the speakers, elderly people, operators and family members.

Introducción

El Enfoque capacitante es una propuesta para la asistencia de las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencias.

El Enfoque capacitante se desarrolla en Italia desde el comienzo de los años 2000. Tiene sus raíces en el concepto de Alianza terapéutica (Vigorelli y Vigorelli, 1985), se desarrolla con el Conversacionalismo (Lai, 2003) y se interseca con las contribuciones de otros Autores: la Validation (Feil, 1982), el enfoque psicosocial (Kitwood, 1997), la Gentlecare (Jones, 1999), el Capability approach (Sen, 2006).

Se trata de un enfoque basado en la escucha y en la palabra, que quiere mantener vivo el yo sano de los adultos mayores desmemoriados y desorientados, reconocerlo, valorizarlo, hacerlo emerger. Con la intención de

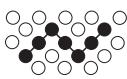
ISSUE N°2
DICIEMBRE
2018

Recibido:
19/07/2018

Aceptado:
04/09/2018

Keywords: Enabling Approach, Enabling Techniques, ABC Groups, Basic Abilities, Demencia, Alzheimer.

(1) Médico psicoterapeuta, vive y trabaja en Milán (Italia), colabora con las Universidades de Milán y Pavía, es promotor del Enfoque capacitante (ApproccioCapacitante®). pietro.vigorelli@gruppoanchise.it ; www.gruppoanchise.it



Breve presentación del enfoque capacitante en personas mayores con Alzheimer y otras demencias

lograr este objetivo se trabaja con el Método de los doce pasos para los familiares y las Técnicas capacitantes para los cuidadores y los profesionales.

Un método experimental

El Enfoque capacitante (Vigorelli y otros, 2010-2017, Minervino y Vigorelli, 2014) es un método experimental que se basa en la evidencia de las palabras y que tiene como característica trabajar sobre los textos de las conversaciones - grabada y transcripta fielmente - con personas con demencia con evidentes trastornos del lenguaje y de la memoria, para identificar técnicas y resultados.

Durante las conversaciones el conversante se propone como objetivo “solamente” para asegurarse que el interlocutor logre hablar y que los dos conversantes estén contentos de estar juntos.

En el sitio www.gruppoanchise.it hay más de 300 conversaciones grabadas, transcritas y comentadas que demuestran cómo es posible hablar en todas las etapas de la demencia. En el sitio también hay una página Enfoque capacitante con mucha información útil para aprender más sobre este enfoque.

Un cambio de perspectiva

Ahora es necesaria una aclaración sobre la relación entre el hablar y el comunicar para aclarar que desde el punto de vista del Enfoque capacitante existe una prioridad: en primer lugar surge la palabra, luego se considera la comunicación. Finalmente, agrego que sea la palabra como la comunicación ambas están al servicio de la convivencia.

El nuevo punto de vista

Los trastornos del lenguaje, junto a aquellos de memoria, de reconocimiento y de orientación están en la base de la dificultad de comunicación entre las personas que viven con demencia, los familiares y los cuidadores. Cuando el paciente habla y no llega a ser entendido, cuando escucha y no entiende aquello que se dice nace un problema de comunicación que interfiere en modo negativo en su calidad de vida. Lo mismo sucede cuando el cuidador habla sin ser

entendido y cuando escucha las palabras patológicas del paciente y no llega a comprenderlo. El trastorno de comunicación genera sufrimiento y muchos investigadores han buscado métodos para mejorar la comunicación y reducir el sufrimiento.

El Enfoque capacitante afronta el problema desde otro punto de vista: en vez de focalizar la atención sobre las dificultades de comunicación (con el lenguaje verbal) para reducir el sufrimiento, apunta directamente a crear las condiciones para una Convivencia suficientemente feliz entre los hablantes, en el aquí y ahora del intercambio verbal. El primer objetivo es asegurarse de que la persona con demencia que tiende a reducir el uso de la palabra pueda en cambio continuar a hablar.

Paradojalmente se observa luego que también la comunicación mejora sea aquella mediada por el lenguaje no verbal que aquella mediada por la palabra.

De la comunicación a la convivencia

El Enfoque capacitante no se ocupa primariamente de comunicación.

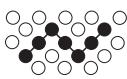
•*El primer objetivo del Enfoque capacitante es favorecer el surgimiento de la palabra, en todos los estadios de la enfermedad, incluso cuando las palabras pierden su función comunicativa.* Para el Enfoque capacitante las palabras tienen valor en sí, independientemente de ser idóneas para transmitir y compartir significados. Una persona que habla puede vivir mejor en su contexto, aún si presenta graves trastornos de lenguaje. El anciano que calla, más fácilmente se aísla, interrumpe los vínculos, se encierra en su mundo y es infeliz.

•*El segundo objetivo del Enfoque capacitante consiste en fomentar una Convivencia suficientemente feliz entre los hablantes, en el aquí y ahora de la conversación.* El objetivo entonces no se refiere a la rehabilitación o a recuperar las funciones deficitarias sino a la calidad de vida.

En cuanto a lo dicho se puede entender que los valores de referencia del Enfoque capacitante son las palabras y la convivencia, no la comunicación.

Por otra parte, cuando nosotros fomentamos el hablar en las personas con demencia, a menudo observamos un resultado que va más allá de las expectativas: también logramos comunicar.

Partimos siempre de la idea que las palabras y los comportamientos de las personas con demencia tienen



Vigorelli

un sentido, por lo menos desde el punto de vista de quienes la padecen. Si no logramos comprender el sentido, somos nosotros los que estamos equivocados. Nos damos cuenta de que debemos reflexionar y trabajar más para lograr entender. Este aspecto comunicativo de la conversación es importante, pero para nosotros es un aspecto accesorio. Es un efecto favorable adicional respecto de los objetivos primarios: que se pueda hablar y vivir bien juntos.

Este reposicionamiento de los objetivos del Enfoque capacitante es importante sobre todo en la formación de quienes trabajan con estos pacientes. En este caso nosotros los invitamos a dar la palabra a quien corre el riesgo de perderla, a escuchar más y hablar menos, a encontrar gratificaciones al ver que personas que antes enmudecían después logran hablar.

El valor del hablar

Desde el punto de vista del Enfoque capacitante, hablar quiere decir producir palabras o, en los casos de deterioros más graves, sonidos. También las palabras incomprensibles, repetidas, truncas, el lenguaje grosero, los insultos, las blasfemias, los gritos y las quejas constituyen el hablar.

El experto en Pragmática de la comunicación diría que las producciones verbales anteriormente mencionadas son de todos modos mensajes comunicativos. Es obvio, pero nosotros nos ocupamos mayormente de la formación de quienes trabajan en las residencias para adultos mayores y nos interesa de un modo prioritario valorizar las palabras (sanas o patológicas), así como vienen dichas por el paciente. La búsqueda del sentido, la búsqueda del mensaje comunicativo viene después, es una segunda etapa que no sería posible si no fuera precedida por la primera: fomentar el surgimiento de las palabras. El cuidador capacitante como primera tarea tiene que aprender a escuchar, no en un sentido psicológico, sino en el sentido de tomar nota de las palabras que vienen dichas, porque tienen un valor, así como son, en sí. Tratar de entenderlas es importante, pero esto viene solo después, no todos están en condiciones de hacerlo, esta es más bien una competencia del psicólogo. Nosotros trabajamos mayormente sobre el primer paso (escuchar las palabras). Solo después, si es posible, nos ocupamos de buscarles el sentido comunicativo.

Enfoque capacitante y estimulación

El cuidador capacitante no se propone como objetivo estimular, como viene por ejemplo en las sesiones de estimulación neurocognitiva o en las actividades de recreación; no conduce la conversación en un modo dirigido, haciendo preguntas y buscando llevar al interlocutor hacia una dirección preestablecida.

El Enfoque capacitante no se ocupa en un sentido propio de estimulación, y ni siquiera de rehabilitación ni de reorientación. El cuidador capacitante, en vez de estimular busca tomar los estímulos que llegan del interlocutor. Escucha sus palabras, trata de evitar hacer preguntas y busca acompañarlo en su mundo posible, mas que buscar conducirlo hacia el propio (aquel del cuidador).

En el centro de la atención esta primero la escucha y luego la intervención (verbal).

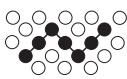
El cuidador capacitante, en vez de buscar rehabilitar, reconoce las Competencias elementales (competencia a hablar, a comunicar, emotiva, a contratar, a decidir) del interlocutor en el momento en el cual emergen, así como emergen.

La elección de las palabras

El cuidador capacitante aprende a elegir las palabras que son seguidas por resultados favorables (el interlocutor habla y lo hace con gusto) y a evitar las palabras que son seguidas por resultados desfavorables (la conversación se interrumpe, el interlocutor reacciona con rabia, agresividad, se cierra). Esta es la regla de oro del Enfoque capacitante.

El Enfoque capacitante ayuda al operador a tomar conciencia de los efectos producidos por las propias palabras. En base a la conciencia de los resultados obtenidos aprende a elegir las palabras que dice.

El cuidador capacitante cuando se encuentra en una situación desgradable, con dificultades, no reacciona de manera espontánea (automática), sino que se detiene a reflexionar por unos segundos y luego elige decir las palabras que más probablemente serán seguidas de resultados favorables (en base a las experiencias precedentes), utilizando las Técnicas capacitantes, por ejemplo, *Escuchar, No hacer preguntas, No corregir, No interrumpir, Hacer eco, Acompañar a su mundo posible*).



Breve presentación del enfoque capacitante en personas mayores con Alzheimer y otras demencias

La propuesta

En resumen, el Enfoque capacitante es una propuesta tanto para los familiares como para los pacientes y los cuidadores.

Para los familiares se proponen los Grupos ABC: grupos de autoayuda, con guía, destinados a quienes tengan parientes que padeczan Enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia. Se basan sobre el Enfoque Capacitante y sobre el Método de los Doce Pasos. El objetivo de las reuniones es ayudar a los participantes a salir del túnel de la impotencia y convertirse en expertos en el uso de la palabra. De este modo se favorece la posible felicidad, tanto del que cuida como del que es cuidado.

Para los pacientes, se basa en el uso de técnicas capacitantes que tienen como objetivo el mantener vivo el uso de la palabra incluso ante la presencia de trastornos de lenguaje y de memoria. De hecho, con el adulto mayor desmemoriado y desorientado, se trabaja favoreciendo las condiciones para que pueda hablar así como puede, sin ser corregido, sin sentirse equivocado, sino más bien sintiéndose escuchado y acogido tal como es, así como consigue expresarse y hablar; de este modo no se aísla y no reacciona con trastornos comportamentales, más bien se siente reconocido como interlocutor válido y participa con gusto en el diálogo, aun cuando no logra entender o hacerse entender.

Para los cuidadores y los profesionales se proponen cursos de formación para aprender a escuchar y a elegir las palabras adecuadas que favorezcan una convivencia suficientemente feliz con los pacientes y sus familiares.

Conclusiones

El Enfoque capacitante es un enfoque que todos los cuidadores que trabajan en residencias para adultos mayores pueden utilizar con todos los ancianos desmemoriados y desorientados, en todos los estadios de la enfermedad, las 24 horas del día.

Las Técnicas capacitantes son instrumentos utilizables por todos los cuidadores (no solo por los psicólogos) y no requieren habilidades psicológicas especializadas.

En síntesis, los objetivos del Enfoque capacitante son:

- Que el adulto mayor con demencia pueda hablar, así como puede y que se sienta escuchado;
- Que se sienta reconocido como persona, como interlocutor válido;
- Que se pueda realizar una Convivencia suficientemente feliz entre los hablantes en el aquí y ahora de la conversación.

Estos objetivos en una perspectiva ideal pueden parecer reducionistas, pero si hacemos referencia a la realidad de los adultos mayores con demencia que viven en las residencias de larga estadía, son sin embargo ambiciosos y no son fáciles de lograr.

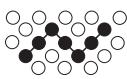
Por otro lado, pueden parecer irrealistas confrontados con los daños cerebrales irreversibles de los cuales son portadores las personas con demencia de grado severo.

Desde nuestro punto de vista, sin embargo, estos objetivos son aquellos a los cuales debemos tender porque son alcanzables y relevantes para el bienestar tanto del que cuida como del que es cuidado.

La experiencia nuestra y de cientos de operadores nos ha llevado a valorizar la evidencia de las palabras. Nos hemos acostumbrado a grabar las conversaciones, a transcribirlas fielmente, y a estudiar los textos. En el sitio www.gruppoanchise.it han sido reportados los textos de 360 conversaciones con personas con demencia que demuestran que hablar es posible, en todos los estadios de la enfermedad, y que es satisfactorio para la persona enferma así como para el cuidador.

*Vigorelli***Referencias**

1. Vigorelli P., Vigorelli L. Alleanza terapeutica tra medico e paziente. Ghedini editore 1985, Milano.
2. Lai G. Postulati, definizioni, algoritmi, teoremi del conversazionalismo. Fondamenti dimostrativi o assiomi condizionali?. Rivista italiana di gruppoanalisi 2003; 1: 29–47.
3. Feil N. Validation: the Feil method. Edward Feil production 1982, Cleveland, Ohio.
4. Kitwood, T. Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Open University Press 1997, Buckingham.
5. Jones M. Gentlecare. Changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way. Resources Ltd, 1999.
6. Sen A. Identity and Violence: The Illusion of Destiny. W. W. Norton & Company 2006. New York - London.
7. Vigorelli P. Hablar y comunicar con el enfermo de Alzheimer ¿es posible? Youcanprint 2017.
8. Vigorelli P., Andreoletti S., Bareggi M.P., Cocco A., De Lorenzi E., Piccaluga L. L'Archivio Anchise: una raccolta di conversazioni professionali con anziani con disturbi neurocognitivi a disposizione di ricercatori, clinici, laureandi e specializzandi. Psicogeratria 2016; 1 – supplemento:76.
9. Vigorelli P. L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Franco Angeli 2011, Milano.
10. Vigorelli P., Bonalume M., Cocco A., Lacchini C., Maramonti A., Negri Chinaglia C., Peduzzi A., Pezzano D., Riedo E., Sertorio S. L'Approccio Capacitante nella cura degli anziani fragili e delle persone con deficit cognitivi. 10 anni di esperienza. Psicogeratria 2011; 2: 58–70.
11. Vigorelli P.: The ABC Group for caregivers of persons living with dementia: self-help based on the Conversational and Enabling Approach. Non-pharmacological therapies in dementia 2010; 3: 271–286.
12. Vigorelli P. Il Gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari dei malati Alzheimer. Franco Angeli 2010, Milano.
13. Vigorelli P. Gruppi ABC per i familiari di persone con Alzheimer. In: Marzotto C., Digrandi G. (a cura di) La conduzione di gruppi: metodologie ed esperienze. Pag. 131–149. Erickson 2016, Trento.
14. Minervino A., Vigorelli P. Conversazionalismo e Approccio capacitante per un salutare invecchiamento. In: Cesa-Bianchi M., Cristini C., Fulcheri M., Peirone L. (a cura di) Vivere e valorizzare il tempo. Invecchiare con creatività e coraggio. Premedia Publishing 2014.
15. Vigorelli P. Prima dell'attivazione ci sia il riconoscimento. Saggio introduttivo in Basso D. Il "viaggio" come strumento di animazione. FrancoAngeli 2014, Milano.
16. Vigorelli P., Ullo A. Dall'approccio riabilitativo a quello capacitante. In: Di Nuovo S., Vianello R. (a cura di) Deterioramento cognitivo: forme, diagnosi e intervento. Pag. 147–154. Franco Angeli 2013, Milano.
17. Vigorelli P. L'Approccio capacitante. Un metodo che parte dal disagio. In: Monteleone A., Filiperti A., Zeppegno P. (a cura di) Le demenze: mente, persona, società. Pag. 115–134. Maggioli 2013.



Utilidad diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Luis Fernando Ramos Vargas¹, Marcio Fernando Soto Añari², Guillermo Saúl Escobar Cornejo², Gabriela Belén Millares Quispe¹, Katherine Xihomara Martinez Palomino¹, Jhose Marishell Cutipa Jiménez¹

Resumen

Se analiza la utilidad diagnóstica del Fototest (FT), comparándola con el Mini-Mental State Examination (MMSE). Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, participaron 60 adultos mayores (AM), 13 AM diagnosticados con demencia y 47 AM sin diagnóstico. Se evaluó la utilidad diagnóstica mediante el cálculo del área bajo la curva (aROC), sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Los resultados indican que el mejor punto de corte es menor o igual a 25 puntos y 24 puntos para el FT y MMSE respectivamente, presenta una sensibilidad de .92 (95% IC .83 - .97), una especificidad de .85 (95% IC .82 - .87), VPP .31 (95% IC .28 - .35) y VPN .99 (95% IC .98 - .99). Se correlacionó el FT con el MMSE, denotando validez convergente. Se obtuvo un alfa de Cronbach de .79 los que significa que el instrumento presenta confiabilidad. En conclusión, el FT es un instrumento presenta utilidad diagnóstica y adecuadas propiedades psicométricas.

Palabras clave: Fototest, Mini-Mental, demencia, utilidad diagnóstica, propiedades psicométricas.

Abstract

It was analyzed Fototest's diagnostic utility and properties psychometric, compared with the Mini-Mental State Examination (MMSE). It was used a sampling no probabilistic for convenience. The sample was 60 elderly man and woman. There were 13 cases with diagnosis dementia, and 47 without diagnosis. It was evaluated the aROC, sensibility, specificity, PPV and NPV. The best cutpoint was 25 points, sensibility .92 (95% CI .83 - .97), specificity .85 (95% CI .82 - .87), PPV .31 (95% IC .28 - .35) y NPV .99 (95% IC .98 - .99). Fototest was correlated MMSE for convergence validity. It was obtained a Cronbach's Alpha .79 which means that FT has reliability. Conclusion, Fototest is an instrument

with diagnostic utility and adequate psychometric properties.

Keywords: Fototest, Mini-Mental, dementia, diagnostic utility, psychometric properties.

Introducción

Demencia

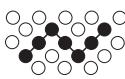
A nivel mundial, se observa que la población adulta mayor está presente en un gran número dentro de la sociedad, esto debido a la disminución de la mortalidad infantil y al incremento en la esperanza de vida, y que a futuro se espera que esta población siga creciendo. El Instituto Nacional de Estadística e Informática Peruano (INEI) presentó el

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2018

Recibido:
05/10/2018

Aceptado:
24/10/2018

(1) Universidad privada de Tacana.
(2) Universidad Católica San Pablo.



Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Informe Técnico N°3 sobre la Situación de Población Adulta Mayor, realizado en el mes de septiembre del 2014, reportando que el 41.4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, al menos una persona de 60 y más años de edad, para el área rural se encuentra el 42.5% y en el área urbana el 38.8%. Se proyecta que en las próximas décadas, el grupo de personas de 65 a más años se incremente sostenidamente, de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010 se pasará a casi 6.5 millones en 2050, donde la mayor parte será conformada por mujeres (Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2013).

Lo referido señala una tendencia en el incremento de la cantidad de personas en la etapa de vida adulta mayor y una disminución en el número de personas jóvenes, este cambio poblacional es el panorama actual a nivel mundial y para un futuro próximo, se habla de una población mayoritariamente anciana con sus patologías típicas de esta etapa de la vida, y dentro de estas patologías, destacan los deterioros propios de la edad, siendo más específico aquellas que afectan los procesos cognitivos en dicho grupo y en algunos casos desencadenan en la aparición de una demencia, que se trata de las enfermedades neurodegenerativas de mayor prevalencia en población envejecida (Donoso, Venegas, Villarroel y Vásquez, 2001).

La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) como:

Síndrome causado por una enfermedad del cerebro – usualmente de naturaleza crónica o progresiva- en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones (p.7)

En Latinoamérica se observa prevalencia de demencia, en el rango desde el 1.8% hasta el 11.5% (Nitrini, et al., 2009; Llibre et al., 2009; Kalaria et al., 2008). Se concluye que la edad avanzada y el bajo nivel educativo condicionan la presencia de más casos de deterioro cognitivo y demencia. En Perú, se encontró que la prevalencia de demencia en personas mayores de 65 años es de 6.8%, lo que resulta similar a otros estudios latinoamericanos, estos datos se ven influenciados por la edad, el género y el nivel cultural de la población (Custodio, García, Montesinos, Escobar y Bendezú, 2008; Soto, 2007; Varela, Chávez, Gálvez y Méndez, 2004).

El incremento de la población adulta mayor, implica

un aumento en la prevalencia de patologías típicas para las personas en esta etapa del desarrollo, por lo que la detección temprana se convierte en una de las medidas más eficaces para contrarrestarlo. Se ha demostrado que las evaluaciones cognitivas breves son especialmente útiles para el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia; en la mayoría de los casos poseen puntos de corte para indicar alteración o normalidad. El problema con estas pruebas es que muestran un fuerte efecto techo y una baja sensibilidad a los signos tempranos de la demencia, en particular en individuos con altos niveles de educación (Lawrence, Davidoff, Katt-Lloyd, Auerbach y Hennen, 2001).

La demencia es un síndrome principalmente de naturaleza crónica o progresiva, siendo una enfermedad devastadora para las personas que la padecen y también para los cuidadores y familiares del paciente (OMS, 2013), en lo concerniente a términos sociales y económicos, significa un gran problema para la salud pública a nivel mundial.

Fototest

Con el propósito de resolver las dificultades que aparecen en la detección temprana del deterioro cognitivo y las demencias, además de la necesidad de contar con instrumentos breves, válidos y confiables para poblaciones con bajo nivel cultural y/o analfabeta, Carnero-Pardo (2004) desarrolló el Fototest, las investigaciones muestran que el test de las fotos es útil en estudios de tamizaje para la detección de deterioro cognitivo en estudios clínicos e epidemiológicos en distintos contextos, tanto en Latinoamérica como en Europa.

Desde el punto de vista psicométrico, el Fototest, en su versión española, cuenta con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0.94) y una alta fiabilidad test-retest (ICC: 0.89) e interobservador (ICC: 0.98) (Carnero-Pardo et al, 2011; Carnero-Pardo, Sáez, de la Vega y Gurpegui, 2012). Por otra parte la estructura del Fototest asegura una adecuada validez de contenido al evaluar directamente memoria, capacidad ejecutiva (fluidez verbal) y denominación (lenguaje), funciones cognitivas esenciales en el proceso diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia (Carnero-Pardo y Montoro-Ríos, 2004). Además la validez ecológica también está asegurada, pues se manejan conceptos y materiales muy familiares incluso para sujetos analfabetos o con bajo nivel educativo. Por otra parte los

Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

resultados del Fototest muestran una alta y significativa correlación con los de otros test cognitivos breves (Mini-Mental State [MMSE], Short Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ], Eurotest, Fluidez verbal), con cuestionarios al informante (Alzheimer Disease 8 [AD8]) y con medidas de clasificación clínica (Escala de Deterioro Global [GDS]), lo que asegura su validez convergente y de constructo (Carnero-Pardo et al., 2007). A partir de esta evidencia se considera que el Fototest es de gran utilidad para la atención de la salud del adulto mayor, y en el caso peruano, donde el porcentaje de analfabetismo es elevado y los instrumentos psicométricamente sensibles son pocos, de los cuales destaca Oscanoa, Cieza, Parodi y Paredes (2016) con su trabajo sobre la evaluación de la Prueba de la Moneda en el tamizaje de trastorno cognitivo en adultos mayores.

El Fototest (<http://www.fototest.es>) es un test cognitivo breve de uso libre bajo una licencia Creative Commons, de fácil aplicación y muy adecuado para los centros de Atención Primaria (AP), ya que no utiliza lápiz y papel, lo cual agiliza su administración y calificación, especialmente en personas con bajo nivel educativo; goza de aceptación entre los usuarios y no está influenciado por variables educativas y transculturales, como el género o la escolaridad. Tiene una sensibilidad (S) y especificidad (E) más alta que las pruebas tradicionales (Carnero-Pardo y Montoro-Ríos, 2004; Carnero-Pardo, Sáez-Zea, Montiel-Navarro, Feria-Vilar y Gurpegui, 2011b; Russo et al., 2014) y en múltiples estudios ha mostrado ser más eficaz y menos costoso que el MMSE (Carnero-Pardo et al., 2011a; Carnero-Pardo, 2014).

Validación

A pesar del beneficio teórico de la detección precoz, existen varios problemas que dificultan la detección precoz de la demencia en Atención Primaria (AP). La evidencia disponible sugiere que los médicos de AP no logran diagnosticar la demencia leve a moderada al menos en el 50% de las veces (Cooper, Bickely Schäufele, 1996; Valcour, Masaki, Curb y Blanchette, 2000). Entre las causas que explican el bajo diagnóstico, están la falta de pruebas fáciles de administrar y calificar, la baja sensibilidad diagnóstica de algunos instrumentos (Mitchell, 2009; Cruz-Orduña et al., 2012; Carnero-Pardo et al., 2013; Rami et al., 2009; Cacho et al., 2010), la escasez de tiempo y las limitaciones de personal capacitado y equipos especializados (Carnero-Pardo y

Montoro-Ríos, 2004),

En AP, las herramientas de tamizaje y detección precoz de deterioro cognitivo y demencia, son los test cognitivos breves, de fácil y breve administración, y por tanto, más apropiados y de mayor uso que las baterías extensas. Aunque se ha logrado un avance diagnóstico con los marcadores genéticos, las pruebas de neuroimagen y de laboratorio, las pruebas cognitivas breves son consideradas como más apropiadas en el ámbito clínico para la detección del deterioro cognitivo (Sperling et al., 2011; Weintraub, Wicklund y Salmon, 2012).

Los test cognitivos breves usados en AP, deben poseer una buena utilidad diagnóstica (UD), pero además, deben ser simples, económicos, fáciles de administrar y de adaptar transculturalmente; gozar de aceptabilidad entre los usuarios y, de ser posible, no estar afectados por el alfabetismo o el nivel educativo.

Al sur del continente, en Chile existen dificultades para la objetivación del deterioro cognitivo y la comunicación diagnóstica de las demencias (Fuentes y Prato, 2012; Fuentes, 2011); particularmente, existen pocas pruebas cognitivas validadas para la detección y diagnóstico del deterioro cognitivo y la demencia. A la fecha sólo se han realizado estudios de validación preliminar de algunas pruebas diagnósticas, como la del Test Your Memory-Spanish (Muñoz-Neira, Henríquez-Chaparro, Delgado, Brown y Slachevsky, 2014), el Eurotest (Iturra-Mena, 2007), el INECO Frontal Screening (Ihnken, Antivilo, Neira y Slachevsky, 2013), el Cognitive Examination Addenbrooke's Revisado (Muñoz-Neira et al, 2012), el Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer (Herrera, Saldías y Testa, 2014) y el AD8-Ch (Muñoz, Nuñez, Flores, Behrens y Slachevsky, 2010). El instrumento más utilizado es el MMSE cuya validación chilena (Quiroga, Albala y Klaasen, 2004), reporta un puntaje de corte de 21 puntos, para discriminar entre deterioro cognitivo (≤ 21) y controles sanos (> 22). Además, cuenta con un estudio de normalización por edad y escolaridad (González-Hernández, Aguilar, Oporto, Araneda y Vásquez, von Bernhardi, 2009). Uno de los estudios más recientes al respecto es el desarrollado por Oscanoa et al. (2016) quienes adaptaron el eurotest a población peruana, denominándolo prueba de la moneda peruana, encontrando una sensibilidad de 90.5% y especificidad de 83.3% con un punto de corte de 24 puntos, concluyendo que dicho instrumento puede ser útil en el tamizaje cognitivo de adultos mayores.



Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Y aunque estas pruebas son las más usadas en la clínica, algunas presentan una serie de inconvenientes, como sesgos frente a variables como escolaridad y la cultura (MMSE, Memory Impairment Screen [MIS]), sólo evalúan la memoria (MIS), no se pueden aplicar a personas analfabetas (MMSE, Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised [ACE-R], (MIS), son poco prácticas por el tiempo que toma la administración o porque son tareas que requieren lápiz y papel (MMSE, ACE-R). Por tanto, sería conveniente contar con un instrumento que tenga las condiciones de utilidad diagnóstica previamente mencionadas y corrija los problemas de los test cognitivos breves usados hasta ahora en AP.

Carnero-Pardo et al. (2011) realizaron un estudio normativo empleando una muestra de 223 sujetos voluntarios entre 20 y 85 años, encontrando que los resultados se distribuyen normalmente y no están influenciados por el sexo ni el nivel educativo, pero sí por la edad. Se evaluó la fiabilidad a través del método test-retest (.89 [IC 95%: .81-.93]) y la Fiabilidad interobservador es de .98 (IC 95%: .96-.99). Y la evaluación de la consistencia interna se llevó a cabo mediante el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo .94. López et al. (2015) realizaron una investigación en población chilena para estimar la precisión diagnóstica del Fototest para el deterioro cognitivo y la demencia, concluyendo que el Fototest es un instrumento eficaz para la detección de deterioro cognitivo leve y demencia leve, con una buena precisión y buena correlación con las pruebas de medición de deterioro cognitivo general.

El Mini-mental State Examination (MMSE) o también conocido como el Mini examen del Estado Mental, creado como un instrumento para la evaluación breve del estado mental, siendo el test cognitivo más citado en Medline y con mayor número de versiones idiomáticas (superiores a 70). El MMSE es el test más utilizado para la evaluación cognitiva estandarizada en el ámbito clínico, sobre todo en poblaciones adultos mayores (Llamas-Velasco, Llorente-Ayuso, Contador y Bermejo-Pareja, 2015). Robles (2003) lo adaptó a población peruana, para lo cual aplicó el MMSE a tres muestras: 345 sujetos sanos, 50 pacientes con diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer y 45 pacientes con depresión mayor, todos mayores de 55 años. La consistencia interna de la prueba obtuvo un Alfa de Cronbach de .62. Se estableció un punto de corte de 23 puntos, que arroja 86% de sensibilidad y 94% de especificidad, concluyendo que el MMSE es una prueba que presenta validez y confiabilidad y que

permite identificar la presencia de deterioro cognitivo, por lo cual constituye un instrumento que puede ser utilizado en la práctica clínica así como en estudios epidemiológicos, en la atención de la salud del adulto mayor.

Por este motivo, el objetivo de esta investigación es analizar la utilidad diagnóstica del Fototest para la detección de demencia, compararlo con los resultados del MMSE, y analizar sus propiedades psicométricas.

Método

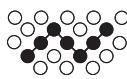
La investigación es de tipo instrumental según la clasificación de León y Montero (2002), porque se dirige hacia el desarrollo de los instrumentos de medición. Se le considera como un estudio preliminar o exploratorio (Fase I), ya que consiste en un estudio transversal con muestra de conveniencia que busca encontrar diferencias en los resultados de la prueba diagnóstica entre los sujetos con y sin la condición (Carnero-Pardo, 2005).

Participantes

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los adultos mayores participantes se dividieron en dos grupos: los casos, que están conformados por AM con diagnóstico de demencia y los controles, AM sin diagnóstico de demencia.

Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de 60 o más años, que se encuentren institucionalizados y/o que participen en un programa de salud dirigido a los AM. Los AM diagnosticados con demencia (reportado en la historia clínica) tuvieron que haber sido diagnosticados antes del estudio. Se excluyeron a 9 AM que presentaron problemas sensoriales (ceguera) y a los AM analfabetos (5 y 4 respectivamente), quedando un total de 60 AM en la muestra.

El grupo de casos estuvo compuesto por 13 AM (21.67%) y 47 AM (78.33%) en el grupo de controles. Hubieron 31 AM (51.67%) quienes fueron evaluados de forma particular (visita domiciliaria), 23 AM (38.33%) de un hogar Albergue y 6 AM (10.00%) de un Asilo administrado por la Municipalidad de la Ciudad. Respecto a la edad, obtuvieron una media de 75.69 años y una DE 7.52 años. Participaron 33 AM (55.00%) de sexo femenino y el resto 27 AM (45.00%)



Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

de sexo masculino. La Tabla 1 muestra la distribución de los participantes según su nivel de estudios, cabe mencionar que 11 AM no brindaron información sobre su nivel académico.

Instrumentos

Fototest

Carnero-Pardo (2004) refiere que el Fototest es un test cognitivo breve, especialmente utilizado para la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia, se emplea en la Atención Primaria como en consultas especializadas. El Fototest consta de tres partes: Denominación, fluidez verbal y recuerdo.

En la primera parte, el sujeto observa una lámina con fotografías a color de 6 objetos comunes (baraja de cartas, auto, pera, trompeta, zapatos y cuchara) y se le pide que los denomine, se le otorga un punto por cada respuesta correcta. En la segunda parte, el sujeto tiene que resolver una tarea de fluencia verbal que implica que el evaluado diga tantos nombres como pueda del sexo contrario y luego tiene que decir todos los nombres que pueda de personas del mismo sexo (30 segundos para cada tarea), se concede un punto por cada nombre correcto. Y en la tercera parte, se le pide que trate de recordar y nombrar las imágenes mostradas al principio, inicialmente de forma libre (Recuerdo libre) que se puntúa con 2 puntos por cada respuesta correcta y luego, en caso no se haya acordado de todas las imágenes, se le indica las categorías de las imágenes no mencionadas para el Recuerdo facilitado, que se puntúa 1 punto por cada respuesta correcta (Carnero-Pardo, 2004).

Mini mental state examination

El Mini-mental State Examination (MMSE) o también conocido como el Mini examen del Estado Mental, creado como un instrumento para la evaluación breve del estado mental, es el test cognitivo más citado en Medline y con mayor número de versiones idiomáticas (superiores a 70). El MMSE es el test más utilizado para la evaluación cognitiva estandarizada en el ámbito clínico, sobre todo en poblaciones adultos mayores (Llamas-Velasco, Llorente-Ayuso, Contador y Bermejo-Pareja, 2015). Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo:

orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. Se considera como punto de corte el valor 23 porque este clasifica

con mayor eficiencia el deterioro cognitivo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Sin embargo, los resultados del MMSE se pueden ver afectados por el alfabetismo o el nivel educativo del evaluado.

Robles (2003) sintetiza los ítems y los puntajes máximos del instrumento de la siguiente manera: Fecha (5 puntos), Lugar (5 puntos), Registro (3 puntos), 100-7 (5 puntos), Evocación (3 puntos), Denominación (2 puntos), Repetición (1 punto), Orden oral (3 puntos), Orden escrita (1 punto), Escritura oración (1 punto), Copia (1 punto).

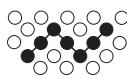
Procedimiento

Se informó a los responsables de las instituciones participantes sobre el estudio, los objetivos y los requerimientos para la recolección de los datos. Una vez que accedieron a participar se coordinaron horarios de visita a las instituciones participantes y se aplicaron los instrumentos a los AM. Cabe señalar que a los participantes se les informó verbalmente sobre los objetivos del estudio, así como también sobre su participación voluntaria en la investigación.

Los participantes fueron evaluados y seleccionados en dos grupos: AM con diagnóstico de demencia y AM sin diagnóstico de demencia. La aplicación fue realizada por el equipo de investigación de forma individual en los ambientes compartidos de las instituciones participantes. Cabe mencionar, que debido a la falta de un registro de AM diagnosticados con demencia, se tuvo que buscar individualmente a casos diagnosticados y se les tuvo que evaluar de forma particular, acudiendo a los domicilios respectivos.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos de las características sociodemográficas (sexo, grado de instrucción y lugar de aplicación) para los puntajes totales del MMSE y Fototest, posteriormente se realizaron comparaciones para buscar diferencias significativas entre los grupos mencionados y luego, se realizan las comparaciones para los 3 componentes del Fototest (Denominación, Fluencia Verbal y Recuerdo). Se eligen métodos



Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

estadísticos robustos (puntuaciones winsor), para la comparación de grupos debido al no cumplimiento de los supuestos para pruebas paramétricas (normalidad y homocedasticidad), además de que los grupos son pequeños y presentan outliers (observar en los resultados: la Figura 1, Figura 2, Figura 3 y Figura 4), ya que estos métodos modernos tiene la principal ventaja de que no requieren los supuestos mencionados y no se ven afectados por la presencia de datos extremos (Ramalle-Górnara y Andrés de Llano, 2003) reduciendo el número de errores tipo I (Erceg-Hurn y Mirosevich, 2008). Se decide mostrar los estadísticos de la media y DE originales como valores referenciales.

Se evaluó la validez (utilidad diagnóstica) del Fototest y MMSE mediante el área bajo la curva ROC, identificando el punto de corte, la sensibilidad y especificidad, valores predictivos positivos (VPN) y negativos (VPN), para estos dos últimos valores se utiliza el teorema de Bayes en base a los valores de sensibilidad, especificidad y prevalencia. En el caso de la prevalencia se empleará lo hallado por Custodio, García, Montesinos, Escobar y Bendezú (2008). Adicionalmente se comparan las curvas ROC para encontrar diferencias estadísticamente significativas utilizando los procedimientos indicados por Robin, Turck, Hainard, Tiberti, Lisacek, Sánchez y Müller (2011). Cabe señalar que para hallar los intervalos de confianza se utilizó la calculadora MEDCAL para pruebas diagnósticas (https://www.medcalc.org/calc/diagnostic_test.php).

Además, se evalúa la validez convergente mediante la correlación entre las puntuaciones del Fototest y el MMSE; y para confiabilidad se emplea el coeficiente estandarizado Alfa de Cronbach sobre las puntuaciones de los 3 componentes del Fototest: Denominación, Fluencia Verbal y Recuerdo.

Para los análisis estadísticos se ha utilizado el software estadístico R, con su plataforma R Studio

Resultados

Se presentan los resultados en el siguiente orden: en primer lugar, se muestran las comparaciones entre las puntuaciones de los instrumentos y las variables sociodemográficas, en segundo lugar, se muestran las comparaciones de medias entre los casos y controles, en tercer lugar se presenta la utilidad diagnóstica de los test, además de una comparación de las curvas de ambos instrumentos, y finalmente se

presenta el análisis de las propiedades psicométricas (validez convergente y confiabilidad) del Fototest.

Comparación del Fototest y MMSE según variables sociodemográficas

En la Figura 1 y Figura 2 (Anexo) se presentan los diagramas de cajas y bigotes de las puntuaciones del Fototest y MMSE según los grupos conformados por las categorías de las variables sociodemográficas.

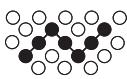
En la Tabla 2 (Anexo) se muestran los estadísticos descriptivos para los puntajes obtenidos del Fototest y MMSE. Se incluyen los estadísticos originales y los estadísticos robustos (puntuaciones winsorizadas) de la media y la desviación estándar. También se incluyen los resultados de las pruebas de comparaciones de medias.

En las comparaciones realizadas entre las variables sociodemográficas se encontró que para la variable Sexo, hubieron diferencias significativas en las puntuaciones del Fototest (las mujeres presentaron mayores puntajes que los varones), pero en el MMSE no se hallaron diferencias significativas. En las categorías de la variable Grado de instrucción se hallaron diferencias significativas para el MMSE, pero no para el Fototest, específicamente las diferencias fueron significativas entre los grupos de Primaria completa y Estudios superiores. Finalmente no se encontraron diferencias significativas entre los grupos según el lugar de aplicación.

Comparaciones de medias entre los casos y controles

En la Figura 3 y Figura 4 se presenta el diagrama de cajas y bigotes de las puntuaciones del Fototest y MMSE para los casos y controles.

En la Tabla 3 (Anexo) se aprecian los estadísticos descriptivos originales y winsorizados para el total de la muestra y segmentados por el diagnóstico (Con diagnóstico de demencia y sin diagnóstico de demencia). En las pruebas de comparaciones de medias, se observa que hubieron diferencias significativas para las puntuaciones de



Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

los instrumentos utilizados. Como era de esperarse, los AM diagnosticados obtuvieron diferencias significativas con los AM sin diagnóstico. También se puede observar las comparaciones de los ítems del Fototest entre los grupos, mostrando diferencias significativas (los AM diagnosticados presentaron menores puntuaciones que los AM sin diagnóstico) en los componentes Fluencia Verbal y Recuerdo total, sin embargo no se encontraron diferencias significativas para el componente Denominación y el ítem Recuerdo Facilitado. Los tamaños del efecto estimados para las pruebas estadísticas fueron superiores a 0.5 con excepción del ítem Recuerdo Facilitado.

Utilidad diagnóstica del Fototest y MMSE

Para evaluar la utilidad diagnóstica de los instrumentos utilizados se analizan los valores de sensibilidad, especificidad y los Valores Predictivos Positivos y Negativos del Fototest y del MMSE, además se incluye el punto de corte más adecuado para cada test en base a los grupos que no presentan demencia y aquellos adultos mayores sanos. Para el Fototest, el mejor punto de corte es menor o igual a 25 puntos, con lo que se obtiene una sensibilidad de .92 y una especificidad de .85. Para el caso del MMSE, su mejor punto de corte fue menor o igual a 24 puntos, con una sensibilidad de .85 y especificidad de .74. Para hallar los valores predictivos, se utilizó como prevalencia lo encontrado por Custodio et al. (2008). En la Tabla 4 se pueden observar los resultados con mayor detalle.

Se compararon las curvas ROC del Fototest y Minimental, el área bajo la curva del Fototest no fue significativamente mayor que el área bajo la curva del MMSE (.94 y .82 respectivamente; $p=.06$). La comparación se muestra en la Figura 5.

Análisis de propiedades psicométricas

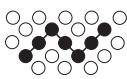
Se analizan las propiedades psicométricas del Fototest. Para la validez convergente se correlaciona las puntuaciones del Fototest con el MMSE, hallando una relación estadísticamente significativa ($p<.01$) y un valor de .81, lo que significa que existe una correlación positiva entre el Fototest y MMSE, lo que evidencia la existencia de validez convergente en el Fototest. Adicionalmente se analiza la confiabilidad del Fototest por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach,

obteniendo un valor de .79 (IC 95%: .63-.87), lo que significa que el instrumento presenta consistencia interna y por tanto es confiable.

Discusión

La presente investigación estudió la utilidad diagnóstica de dos instrumentos de medición para el deterioro cognitivo y la demencia, el Fototest y el MMSE. El primero es un test creado por Carnero-Pardo (2004), que se caracteriza por que evalúa tareas de denominación, fluencia verbal y recuerdo, con la posibilidad de poder aplicarse a sujetos analfabetos. El segundo (MMSE) es el test cognitivo breve de mayor validez y difusión internacional (Velasco y Cuenca, 2014), se considera como el más utilizado para la evaluación cognitiva estandarizada en el ámbito clínico, sobre todo en poblaciones de adultos mayores (Llamas-Velasco et al., 2015).

El principal hallazgo evidencia que el Fototest es un instrumento que presenta similar utilidad diagnóstica que el MMSE, cabe señalar que el Fototest obtuvo una proporción mayor en el área bajo la curva que el MMSE, pero no se encontraron diferencias significativas entre curvas, lo que significa que ambos instrumentos no presentan una diferencia significativa en su utilidad diagnóstica. Este resultado no coincide con lo hallado por López et al. (2015), quienes hallaron que el Fototest presentaba diferencias significativas (en general el área bajo la curva es mayor en la del fototest que en el MMSE) en el área bajo la curva en comparación con el MMSE en muestras de AM controles, AM con deterioro cognitivo y AM con demencia. Al respecto López et al. (2015) explica que estas diferencias no se tratan de hechos nuevos ya que varios estudios han mostrado esta superioridad e incluso un mayor coste-efectividad, e inclusive Carnero-Pardo (2013) ha sugerido una jubilación del Mini mental, por sus limitaciones inherentes como test cognitivo breve con tareas ejecutivas (escribir, leer y dibujar) y sus restricciones de uso. A pesar de eso, se reconoce que el MMSE sigue siendo uno de los instrumentos más adecuados, especialmente en Sudamérica donde no se cuenta con gran cantidad de estudios sobre la utilidad diagnóstica ni propiedades psicométricas de instrumentos que evalúen constructos similares. Aunque en el presente estudio no se hayan encontrado diferencias significativas para la utilidad diagnóstica, es recomendable aplicar el Fototest por la facilidad en su aplicación en comparación con el MMSE.



Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Los valores obtenidos por las pruebas diagnósticas (Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo) muestran que el Fototest obtuvo valores mayores al MMSE, lo que podría indicar mayor capacidad del Fototest para la detección Verdaderos Positivos (casos) y excluir a aquellos sujetos con pruebas negativas (Verdaderos negativos). Sin embargo, el valor predictivo positivo (probabilidad de que la persona presente demencia cuando la prueba sea positiva) obtuvo un valor medio bajo, lo cual se podría explicar por la relación existente entre los VPP con la prevalencia (a mayor prevalencia mayor VPP), además por la diferencia en el tamaño de los grupos de casos y controles en el presente estudio.

Los puntos de corte óptimos para la detección de demencia fijaron el puntaje es menor o igual 25 para el Fototest es menor o igual a 24 para el MMSE. En el caso del Fototest, Espejo-Martínez, Carnero-Pardo y Montoro-Ríos (2009) hicieron una revisión sistemática y meta análisis de la utilidad diagnóstica del Fototest en la identificación de demencia y sugieren en base a la evidencia recolectada, que los puntajes menores a 24 presentan demencia, y puntajes de 25 a 29 presentan sospecha de deterioro cognitivo. El puntaje obtenido en el presente estudio es similar al referido por Espejo Martínez et al. (2009) lo que suma evidencia sobre este punto de corte. Aunque cabe resaltar la importancia de futuros trabajos en población peruana y sudamericana, que analice y corrobore lo descrito en este trabajo.

Debido a la falta de instrumentos y de criterios diagnósticos adaptados en población peruana para detectar el deterioro cognitivo, ahora llamado Trastorno Neurocognitivo según el DSM V, es que no se encontraron dichos diagnósticos en las respectivas historias clínicas de los pacientes que formaron parte de la muestra, de los cuales muchos de ellos presentaban un rendimiento clínicamente deteriorado. Por tal motivo no se ha podido comparar el punto de corte para la sospecha de deterioro cognitivo, provocando que la variable sea dicotómica dividida en las personas que presentan demencia y aquellas que no lo presentan. Se considera que la no utilización del diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo (deterioro cognitivo) no permite mayor especificidad en la descripción del fenómeno, provocando que datos importantes no se puedan comparar con investigaciones de otros lugares, como la de Carnero-Pardo et al. (2007) quienes compararon los resultados del Fototest en tres grupos: con diagnóstico de demencia, con deterioro cognitivo y normales, concluyendo que el Fototest muestra la misma eficacia en diferenciar sujetos

con y sin demencia que sujetos con y sin deterioro cognitivo, siendo este último grupo más heterogéneo, pero de mucha importancia, ya que es en este donde las medidas preventivas (intervenciones terapéuticas específicas) eviten la evolución hasta la demencia. Caso similar del MMSE, donde la comparación entre grupos de pacientes dementes, con deterioro cognitivo y normales aportan información importante al estudiar el fenómeno de interés, Robles (2003) estudió muestras de personas con diagnóstico de demencia, deterioro y “normales” y encontró que el punto de corte óptimo es de 23 puntos, al igual que en el caso del Fototest, la diferencia de puntos de corte fue de solo un punto. Aunque la versión de Robles presenta modificaciones en algunos ítems, es interesante observar la semejanza en los resultados.

Según López et al. (2015) el Fototest es un instrumento que posee una alta validez de contenido, porque evalúa los dominios cognitivos (lenguaje, memoria episódica y función ejecutiva) más frecuentemente afectados en cuadros demenciales; Carnero-Pardo y Montoro-Ríos (2004) afirman que el Fototest es válido, teniendo una estructura que asegura su validez de contenido. Además de la validez de contenido mencionada, se evalúa la validez convergente del Fototest, encontrando una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes del Fototest y del MMSE, el test cognitivo breve más utilizado en la actualidad, lo cual muestra que el Fototest presenta evidencia de validez convergente, siendo coherente con los estudios de Lopez et al. (2015) y Carnero-Pardo y Montoro-Ríos (2004).

En lo concerniente a las variables sociodemográficas, se aprecia que las personas con estudios superiores obtuvieron puntuaciones más altas tanto en el MMSE como en el Fototest, sin embargo las comparaciones entre grupos mostraron diferencias significativas en el MMSE (primaria completa < estudios superiores) mientras que en el Fototest no se hallaron tales diferencias. Estos resultados están en concordancia con la investigación realizada por Tucker y Stern (2011) quienes reportan que las personas que están involucradas en constante actividad cognitiva evidencian menos deterioro clínico en su desempeño cognitivo relacionado con la edad o en presencia de la Enfermedad de Alzheimer. Cabe señalar que dentro de las limitaciones que presenta el MMSE se encuentra “estar muy influenciado por factores educativos” (Carnero-Pardo, 2013, p. 6), es decir que el grado de instrucción influye en los resultados del MMSE, lo cual no sucede ni surge como limitación en el Fototest, lo que se evidencia en las diferencias significativas

Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

en el MMSE, mas no en el Fototest, debido a ser un instrumento caracterizado por su simplicidad, la no influencia de factores educativos y la no inclusión de tareas de papel y lápiz (Carnero-Pardo y Montoro-Ríos, 2004). Un ejemplo de lo mencionado se observa en Robles (2003) quien afirma que los puntajes disminuyen con la edad y son más altos con mayores niveles educativos, encontrando que los analfabetos rinden significativamente menos que sus pares letrados. Al tratarse de un estudio de utilidad diagnóstica y teniendo una muestra no probabilística, las diferencias tienen que someterse a nuevas evaluaciones en estudios futuros para corroborar o cuestionar lo hallado en esta investigación.

Los resultados obtenidos indican que el Fototest tiene utilidad diagnóstica en la detección de demencia. Es importante mencionar las limitaciones que se encontraron a lo largo de la realización del presente estudio, en primer lugar la falta de un ambiente idóneo para la recogida de datos y la aplicación de las pruebas, en general se trataron de ambientes compartidos como salas de estar. En segundo lugar, la situación de abandono, falta de alfabetización y problemas de salud de algunos adultos mayores evaluados provocó el desconocimiento o carencia de información necesaria para el correcto y completo procesamiento de datos de la muestra. En tercer lugar, el desconocimiento de los criterios utilizados para la determinación del diagnóstico (no fueron reportados en las historias clínicas) y en cuarto lugar, la escasa utilización del diagnóstico de demencia, así como también la falta de un registro de pacientes diagnosticados con dicha patología en la estadística de los Hospitales y albergues de adultos mayores de la ciudad de Tacna, situación que hizo difícil conocer objetivamente la incidencia de esta patología en el marco muestral y a la vez dificultó contactar a adultos mayores con diagnóstico de demencia.

En conclusión, el Fototest es un test cognitivo breve que presenta similar utilidad diagnóstica para la detección de demencia que el MMSE (test de mayor uso a nivel mundial). Además presenta validez convergente. Los resultados obtenidos mantuvieron similitudes con los antecedentes del estudio, lo que aporta evidencia y sugiere la utilización de este instrumento como una alternativa para la detección de los fenómenos de interés en poblaciones de adultos mayores. La realización del presente estudio espera motivar a investigadores interesados en la materia para que continúen en la misma línea de investigación, haciendo del estudio del

deterioro cognitivo y la demencia una prioridad en la salud pública.

Referencias

1. American Psychiatric Association (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. US:bookpointUS.
2. Cacho, J., Benito-León, J., García-García, R., Fernández-Calvo, B., Vicente-Villardón, J. L., y Mitchell, A. J. (2010). Does the combination of the MMSE and clock drawing test (mini-clock) improve the detection of mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment?. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(3), 889–896.
3. Carnero-Pardo, C. (2004). Fototest. Test de las Fotos. Recuperado de <http://fototest.es/index.php>
4. Carnero-Pardo, C., Espejo-Martínez, B., López-Alcalde, S., Espinosa-García, M., Sáez-Zea, C., Hernández-Torres, E., ... y Vilchez-Carrillo, R. (2011a). Diagnostic accuracy, effectiveness and cost for cognitive impairment and dementia screening of three short.
5. Carnero-Pardo, C., Sáez-Zea, C., De la Vega Cotarelo, R., y Gurpegui, M. (2012). FOTOTRANS Study. Multicentre study on the validity of Fototest under clinical practice conditions. *Neurología (English Edition)*, 27(2), 68–75.
6. Carnero-Pardo, C., Saéz-Zea, C., Montiel-Navarro, L., Feria-Vilar, I., y Gurpegui, M. (2011b). Normative and reliability study of fototest. *Neurología*, 26(1), 20–25.
7. cognitive tests applicable to illiterates. PLoS One, 6(11), e27069.
8. Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel Navarro L, del Saz P, Feria Vilar I, Pérez-Navarro MJ, Ruiz-Giménez, Vilchez-Carrillo R, Montoro-Ríos M. (2007). Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*, 22(10), 860–869.
9. Carnero-Pardo, C. (2005). Evaluación de las pruebas diagnósticas. *Revista de Neurología*, 40(11), 641–643.
10. Carnero-Pardo, C. (2014). ¿Es hora de jubilar al Mini-Mental?. *Neurología*, 29(8), 473–481.
11. Carnero-Pardo C. y Montoro-Ríos M. (2004). Test de las Fotos. *Rev. Neurol.*, 39, 801–806.
12. Carnero Pardo, C., Cruz Orduña, I., Espejo Martínez, B., Cárdenas Viedma, S., Torrero García, P., y Olazarán Rodríguez, J. (2013). Efectividad del Mini-Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 45(8), 426–433.
13. Cooper, B., Bickel, H., y Schäufele, M. (1996). Early development and progression of dementing illness in the elderly: a general-practice based study. *Psychological medicine*, 26(02), 411–419.
14. Crook, T., Bartus, R. T., Ferris, S. H., Whitehouse, P., Cohen, G. D., y Gershon, S. (1986). Age associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change-report of a national institute of mental health work group.
15. Custodio, N.; García, A.; Montesinos, R.; Escobar, J. y Bendezú L. (2008) Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(4), 233–8.
16. Cruz-Orduña, I., Bellón, J. M., Torrero, P., Aparicio, E., Sanz, A., Mula, N., ... y Olazarán, J. (2012). Detecting MCI and dementia in primary care: efficiency of the MMS, the FAQ and the IQCODE. *Family practice*, 29(4), 401–406.
17. Dannhauser, T. M., Cleverley, M., Whittfield, T. J., Fletcher, B. C., Stevens, T., y Walker, Z. (2014). A complex multimodal activity intervention to reduce the risk of dementia in mild

Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

- cognitive impairment-ThinkingFit: pilot and feasibility study for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 14(1), 1.
18. Donoso, A., Venegas, P., Villarroel, C., y Vásquez, V. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39(3), 15–26.
 19. Erceg-Hurn, D. M. y Mirosevic, V. M. (2008). Modern robust statistical methods: an easy way to maximize the accuracy and power of your research. *American Psychologist*, 63(7), 591–601.
 20. Espejo Martínez, B., Carnero Pardo, C., & Montoro Ríos, M. T. (2009). Revisión sistemática y meta-análisis de la utilidad diagnóstica del Fototest en la identificación de demencia. *Neurología*, 24, 584.
 21. Evans, D. A., Grodstein, F., Loewenstein, D., Kaye, J., & Weintraub, S. (2011). Reducing case ascertainment costs in US population studies of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment—Part 2. *Alzheimer's & Dementia*, 7(1), 110–123.
 22. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198.
 23. Fuentes, P. (2011). La demencia, una amenaza inminente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 313–314.
 24. Fuentes, P., y Prato, J. A. (2012). Comunicación diagnóstica en enfermedad de Alzheimer: Reflexión y propuesta. *Revista médica de Chile*, 140(6), 811–817.
 25. González-Hernández, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., Vásquez, M., y Von Bernhardi, R. (2009). Normalización del "Mini-Mental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Revista Memoriza*, 3, 23–34.
 26. Han, J. Y., y Han, S. H. (2014). Primary prevention of Alzheimer's disease: is it an attainable goal?. *Journal of Korean medical science*, 29(7), 886–892.
 27. Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.
 28. Herrera, P., Soledad, M., Saldías, P., y Testa, N. (2014). Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. *Revista médica de Chile*, 142(9), 1128–1135.
 29. Ihnen, J., Antivilo, A., Neira, C., y Slachevsky, A. (2013). Chilean version of the INECO Frontal Screening (IFS-Ch). Psychometric properties and diagnostic accuracy. *Dement Neuropsychol*, 7, 40–7.
 30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Situación de la población adulta mayor. (Informe Técnico 03). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
 31. Iturra-Mena, A. M. (2007). Adaptación y validación preliminar de un test para el screening de demencia en Chile: El Eurotest. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 296–304.
 32. Kalaria, R., Maestre, G., Arizaga, R., Friedland, R., Galasko, D., Hall, K., et al. (2008) Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet*, 7: 812–826.
 33. Kerlinger F. N. y Lee H. B. (2002). Investigación del comportamiento (4ta ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.
 34. Knopman, D. S., Boeve, B. F. y Petersen, R. C. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clinic Proc*, 78, 1290–1308.
 35. Lawrence J, Davidoff D, Katt-Lloyd D, Auerbach M, Hennen J. (2001). A pilot program of improved methods for community based screening for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 9: 205–11.
 36. León, I. & Montero, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Journal of Clinical and Health Psychology*. 2(3), 503–508.
 37. Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I. y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del MiniMental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Neurología*, 61(8), 363–371.
 38. Llibre, J., Fernández, Y., Marcheco, B., Contreras, N., Lopez, A., Otero., et al. (2009). Prevalence of dementia And Alzheimer's Disease in a Havana municipality: A community-based study among elderly residents. *MEDICC Review*; 11: 29–35.
 39. López, N. D., Russo, M. J., Veliz, A. L., Soto-Añari, M., Carnero-Pardo, C. y Allegri, R. F. (2015). Adaptación y validación preliminar del Fototest para la detección de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de Chile. *Suplemento XLVIII Congreso Argentino de Neurología*, 1.
 40. Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables. (2013). Plan nacional de personas adultas mayores 2013–2017 promoviendo el envejecimiento activo y saludable. (Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables 05). Lima: Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables.
 41. Mitchell, A. J. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of psychiatric research*, 43(4), 411–431.
 42. Muñoz Neira, C., Henríquez Chaparro, F., Delgado, C., Brown, J., y Slachevsky, A. (2014). Test Your Memory-Spanish version (TYM S): a validation study of a self administered cognitive screening test. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(7), 730–740.
 43. Muñoz, C., Núñez, J., Flores, P., Behrens, M. I., y Slachevsky, A. (2010). Utilidad de un cuestionario breve dirigido al informante para el diagnóstico temprano de casos de demencia: la versión Chilena del AD8 (AD8-Ch). *Revista médica de Chile*, 138(8), 1063–1065.
 44. Muñoz-Neira, C., Henríquez Ch, F., Ihnen, J., Sánchez, M., Flores, P., y Slachevsky Ch, A. (2012). Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) en una muestra de ancianos chilenos. *Revista médica de Chile*, 140(8), 1006–1013.
 45. Nitirini, R.; Bottino, C.; Albala, C.; Santos S.; Custodio, N.; Ketzoian, C.; Llibre,J.; Maestre, G.; Ramos-Cerqueira A. y Caramelli, P. (2009) Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, 1–9.
 46. Organización Mundial de la Salud. (2013). Demencia una prioridad de salud pública. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
 47. Oscanoa, T., Cieza, E., Parodi, J.F. y Paredes, N. (2016). Evaluación de la prueba de la moneda peruana en el tamizaje de trastorno cognitivo en adultos mayores. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(1), 67–73.
 48. Quiroga, P., Albala, C., y Klaasen, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista médica de Chile*, 132(4), 467–478.
 49. Ramallé-Górnara, E. y Andrés de Llano, J. M. (2003). Utilización de métodos robustos en la estadística inferencial. *Aten Primaria*, 32(3), 177–182.
 50. Rami, L., Bosch, B., Valls-Pedret, C., Caprile, C., Sánchez-Valle Díaz, R., y Molinuevo, J. L. (2009). Validez discriminativa y asociación del test minimental (MMSE) y del test de alteración de memoria (T@ M) con una batería neuropsicológica en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico y enfermedad de Alzheimer. *Revista de neurología*, 49(4), 169–174.

Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martinez Palomino, Cutipa Jiménez

51. Robin, X., Turck, N., Hainard, A., Tiberti, N., Lisacek, F., Sanchez, J. C. y Müller, M. (2011). pROC: a open-source package for R and S+ to analize and compare ROC curves. *BMC Bioinformatics*, 12, 77. DOI:10.1186/1471-2105-12-77.
52. Robles, Y. I. (2003). Adaptación del Mini-Mental State Examination. Tesis presentada para obtener el grado de Magister de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
53. Russo, M. J., Iturry, M., Sraka, M. A., Bartoloni, L., Carnero Pardo, C., y Allegri, R. F. (2014). Diagnostic accuracy of the Phototest for cognitive impairment and dementia in Argentina. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(5), 826–840.
54. Soto, Marcio (2007). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Argentina de Neuropsicología*. Número especial X congreso latinoamericano de Neuropsicología, 10, 22–214.
55. Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., ... y Park, D. C. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's y Dementia*,
56. Stephan, B. C. M., Minett, T., Pagett, E., Siervo, M., Brayne, C., y McKeith, I. G. (2013). Diagnosing Mild Cognitive Impairment (MCI) in clinical trials: a systematic review. *BMJ open*, 3(2), e001909.
57. Tarawneh, R., y Holtzman, D. M. (2012). The clinical problem of symptomatic Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 2(5), a006148.
58. Tucker, A. M., y Stern, Y. (2011). Cognitive reserve in aging. *Current Alzheimer Research*, 8(4), 354.
59. Varela, I.; Chavez, H.; Galvez, M; Méndez, F. (2004) Características del deterioro cognitivo en el adulto, mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 17 (2), 37 - 41
60. Valcour, V. G., Masaki, K. H., Curb, J. D., y Blanchette, P. L. (2000). The detection of dementia in the primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, 160(19), 2964–2968.
61. Velasco, R., y Cuenca, J. (2014). Capacidad discriminativa de los test de demencia en una muestra clínica de un Instituto de Salud de Lima. *Cátedra Villarreal*, 2(2).7(3), 280–292.
62. Weintraub, S., Wicklund, A. H., y Salmon, D. P. (2012). The neuropsychological profile of Alzheimer disease. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 2(4), a006171.

Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Tabla 1
Distribución de los participantes según su nivel de estudios.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	9	18.37%
Primaria completa	10	20.41%
Secundaria completa	12	24.49%
Estudios superiores	18	36.73%
Total	49	100.00%

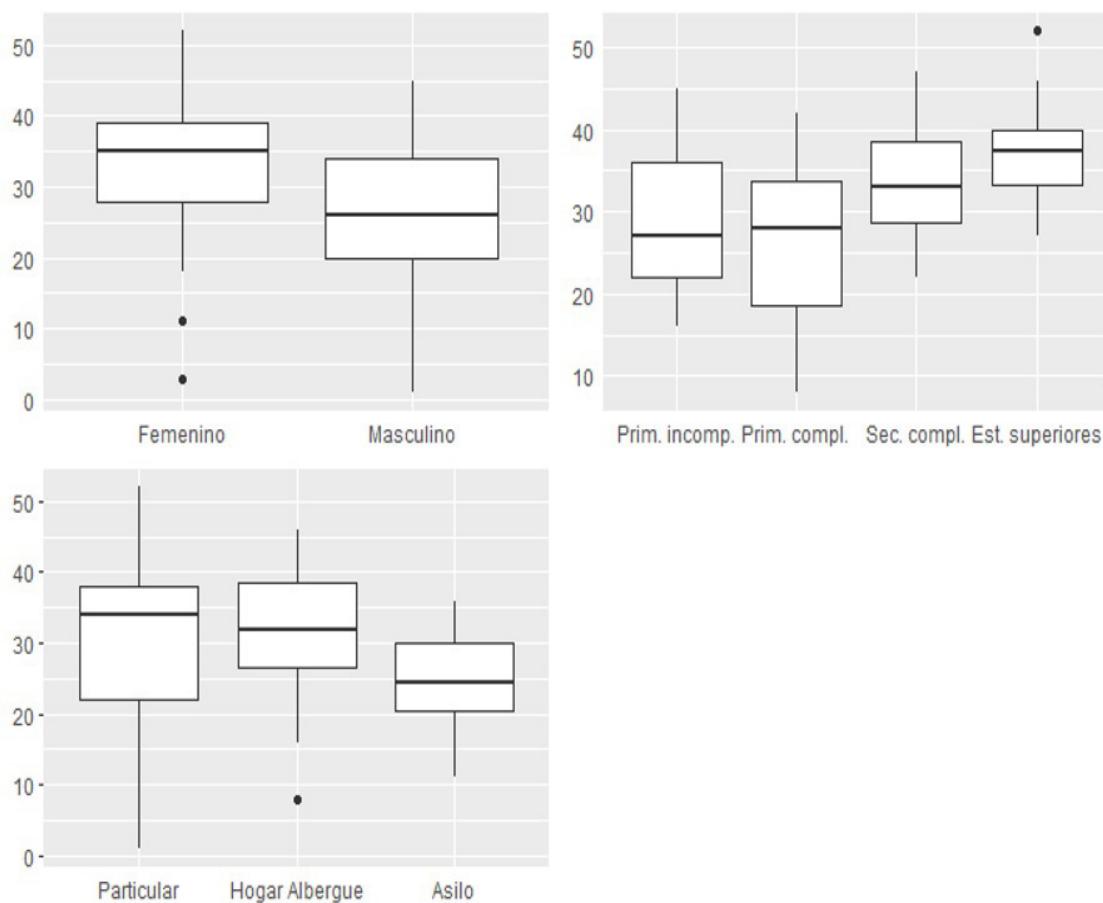


Figura 1. Diagramas de cajas y bigotes del Fototest con las variables sociodemográficas

Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

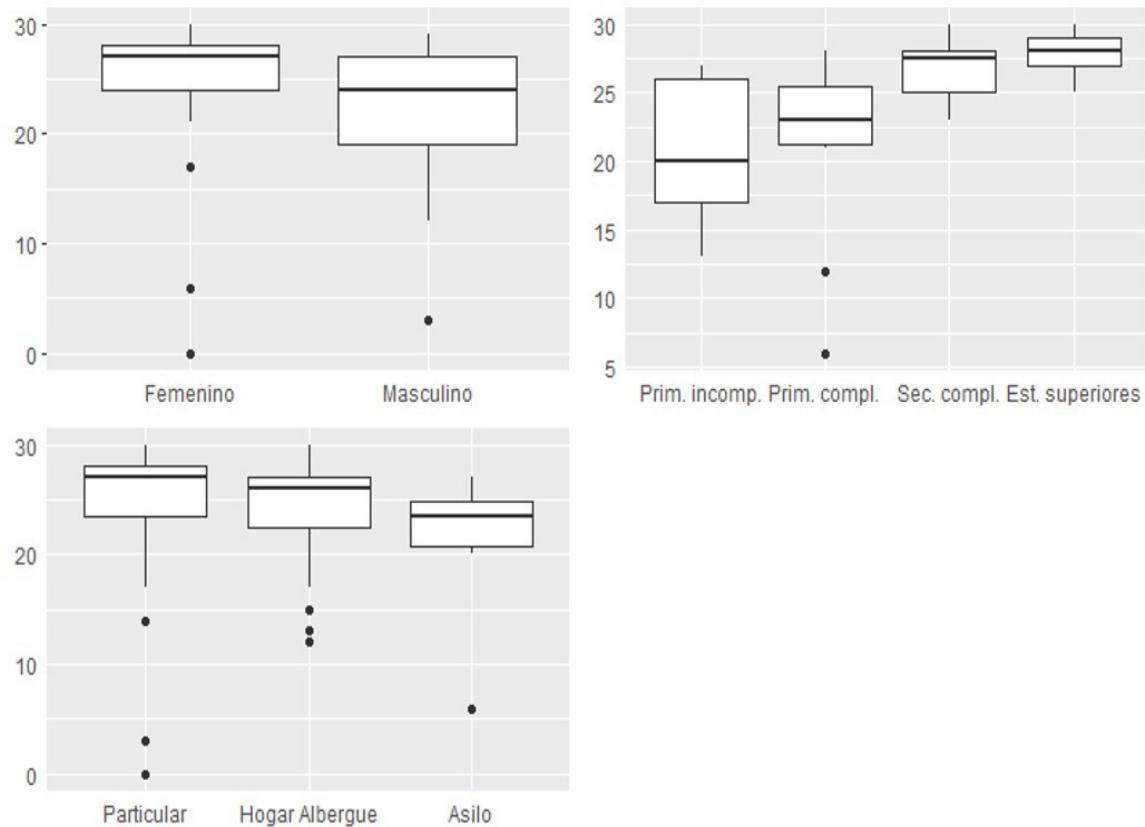
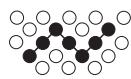


Figura 2. Diagramas de cajas y bigotes del MMSE con las variables sociodemográficas



Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Medias y desviaciones estándar originales y winsorizadas para los puntajes MMSE y Fototest según las variables sociodemográficas

	Variables sociodemográficas	Categorías	Media ± DE	Media ± DE Winsorizada	Comparaciones de medias
Sexo	Masculino	22.30 ± 6.49	23.16 ± 4.05	Yuen(24) = 1.9	
	Femenino	24.82 ± 6.37	26.24 ± 2.33	p=.07, TE=0.52 95% IC [-0.31,5.7]	
MMSE	Primaria incompleta	20.78 ± 5.26	21.13 ± 4.39	t1way(3,12)=6.9 p<.01, TE = 0.82	
	Primaria completa	21.10 ± 6.86	22.94 ± 2.62	95 ICs [-14.7,0.91], [-13.8,1.81], [-10.1,5.8],	
	Secundaria completa	26.83 ± 1.95	26.83 ± 1.40	[-3.2,1.41], [-9.2,-0.34],	
superiores					
Lugar de aplicación	Particular	24.13 ± 7.18	25.81 ± 3.07	t1way(2,9.9)=1.7 p=0.23, TE=0.46	
	Hogar albergue	23.83 ± 5.19	24.65 ± 2.89	95 ICs [-2.3,4.9], [-2.4,9.1]	
	Asilo	20.83 ± 7.63	22.83 ± 2.32	[-3.7,7.7]	
Sexo	Masculino	26.11 ± 10.42	26.48 ± 6.91	Yuen(28) = 3.2	
	Femenino	33.55 ± 10.29	34.30 ± 5.01	p < .01, TE = 0.89 95% IC [3.1-14]	
Fototest	Primaria incompleta	28.67 ± 9.34	28.33 ± 6.63	t1way(3,12)=3.5 p=.05, TE=0.54	
	Primaria completa	25.80 ± 11.34	26.30 ± 7.96	95 ICs [-21,2.5], [-17,7.0], [-15,18]	
	Secundaria completa	33.92 ± 8.06	33.53 ± 4.80	[-12,4.2], [-26,5.3],	
	Estudios superiores	37.78 ± 5.93	37.08 ± 3.50	[-22,9.2]	
Lugar de aplicación	Particular	30.65 ± 12.20	31.39 ± 7.78	t1way(2,9.7)=1.6 p=.25, TE=0.43	
	Hogar albergue	31.09 ± 9.44	31.74 ± 5.75	95 ICs [-7.2,7.9], [-5.9,19.8],	
	Asilo	24.50 ± 8.83	25.17 ± 5.19	[-6.3,19.5]	

Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martínez Palomino, Cutipa Jiménez

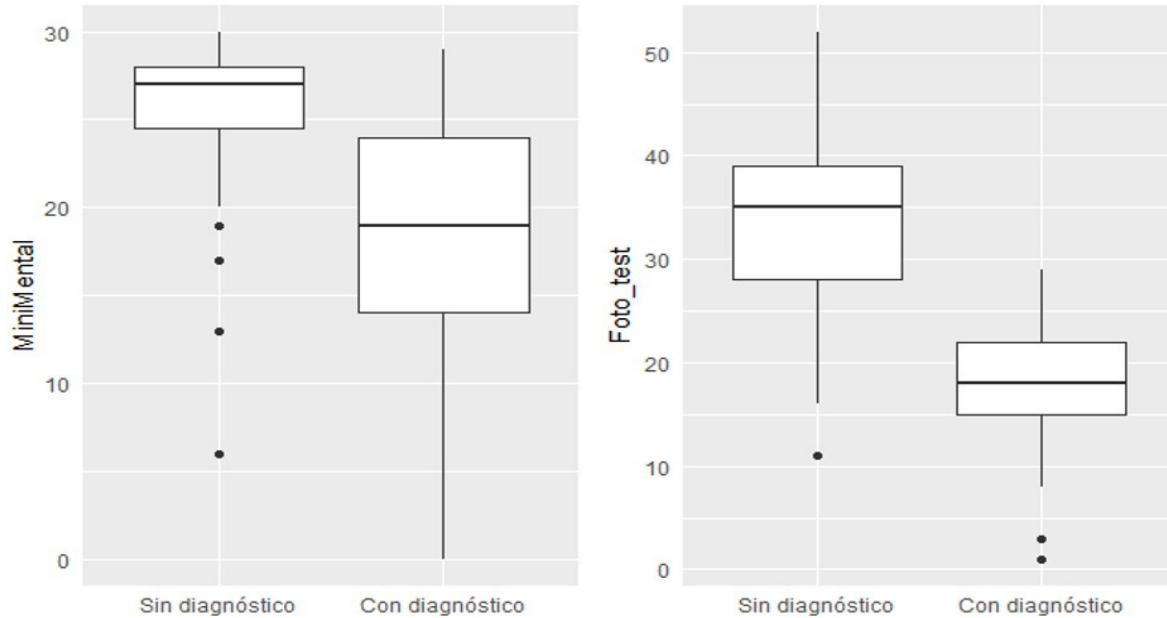


Figura 3. Diagramas de cajas y bigotes del Fototest y MMSE

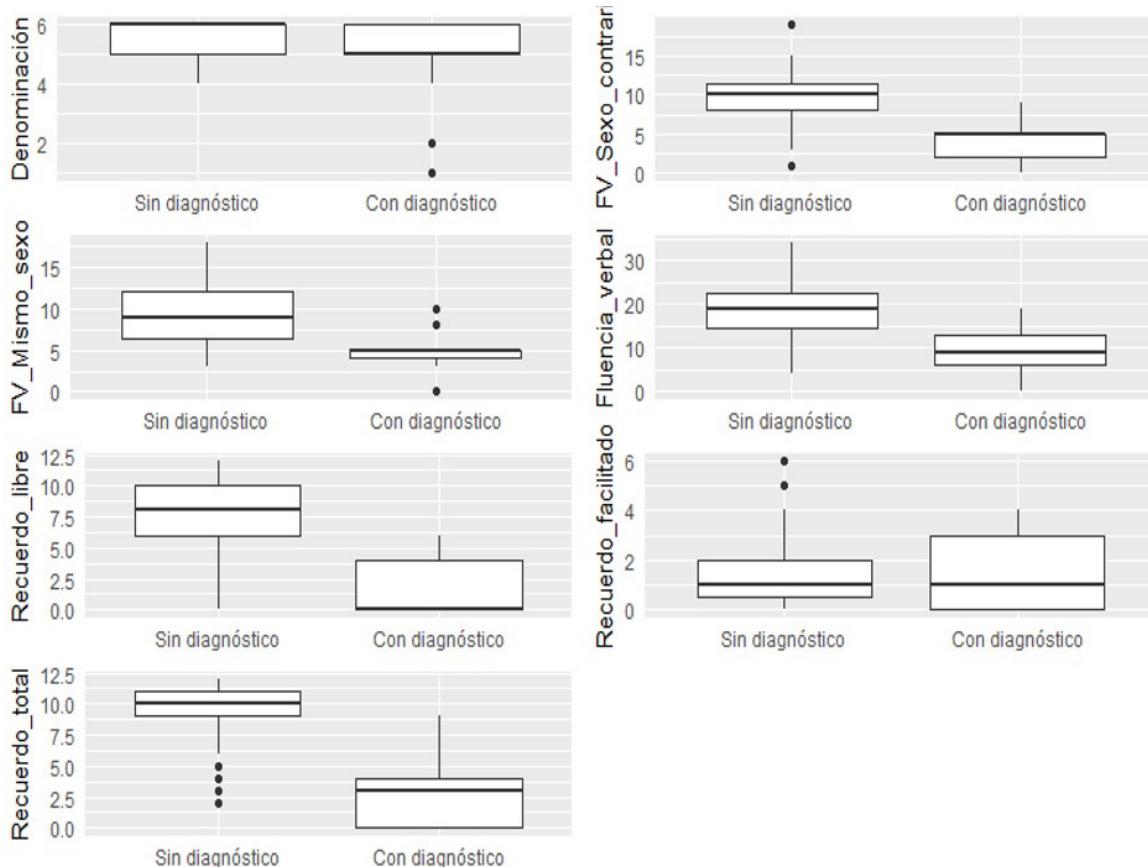
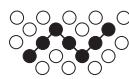


Figura 4. Diagramas de cajas y bigotes de los componentes del Fototest



Utilidad Diagnóstica y propiedades psicométricas del Fototest en adultos mayores con y sin demencia

Tabla 3
Comparaciones de medias para casos y controles

	Con y sin diagnóstico (n=60)		Sin diagnóstico (n=47)		Con diagnóstico (n=13)		Comparaciones de medias	
	M	DE	M	DE	M	DE		
Edad	Original	75.69	7.52	74.68	7.47	80.00	6.39	Yuen(9.2)=1.7 p=0.13, TE=-0.58 95% IC [-12,1.7]
	Winsor	76.34	5.59	75.26	5.48	79.91	5.47	
MMSE	Original	23.68	6.49	25.45	4.47	17.31	8.63	Yuen(8.9)=3.9 p<.01, TE=1.8 95% IC [3.3,13]
	Winsor	24.90	3.12	26.13	1.90	18.49	4.67	
Fototest	Original	30.20	10.92	33.89	8.42	16.85	8.20	Yuen(13)=6.3 p<.01, TE=1.8 95% IC [11,22]
	Winsor	30.81	6.91	34.02	5.08	17.72	4.48	
Denominación	Original	5.48	0.93	5.66	0.52	4.85	1.63	Yuen(9.8)=1.3 p=.23, TE=0.52 95% IC [-0.34,1.3]
	Winsor	5.63	0.49	5.68	0.47	5.32	0.69	
Fluencia verbal sexo contrario	Original	8.40	4.01	9.55	3.50	4.23	2.86	Yuen(12)=5.3 p<.01, TE=1.8 95% IC [3.2,7.7]
	Winsor	8.32	2.49	9.60	1.90	4.06	1.89	
Fluencia verbal mismo sexo	Original	8.32	3.96	9.32	3.63	4.69	2.87	Yuen(18)=4.8 p<.01, TE=1.3 95% IC [2.6,6.6]
	Winsor	8.33	2.80	9.21	2.38	4.82	1.29	
Fluencia verbal Total	Original	16.72	7.66	18.87	6.76	8.92	5.39	Yuen(16)=5 p<.01, TE=1.4 95% IC [5.6,14]
	Winsor	16.52	4.91	18.60	4.38	9.12	3.57	
Recuerdo libre	Original	6.50	4.06	7.83	3.35	1.69	2.43	Yuen(13)=8.3 p<.01, TE=2.6 95% IC [5.3,9.1]
	Winsor	6.59	3.26	8.21	1.72	1.38	1.89	
Recuerdo Facilitado	Original	1.50	1.50	1.53	1.50	1.38	1.56	Yuen(9.8)=0.03 p=0.98, TE=0.01 95% IC [-1.4,1.4]
	Winsor	1.33	1.14	1.15	0.81	1.31	1.44	
Recuerdo total	Original	8.00	3.57	9.36	2.35	3.08	2.81	Yuen(10)=8.2 p<.01, TE=3.2 95% IC [5.2,9.1]
	Winsor	8.28	2.69	9.68	1.20	2.52	1.91	

Ramos Vargas, Soto Añari, Escobar Cornejo, Millares Quispe, Martinez Palomino, Cutipa Jiménez

Tabla 4
Utilidad diagnóstica de los test

Test	PC	aROC	S	E	VPP	VPN
Fototest	≤ 25	.94 (.87-.91)	.92 (.83-.97)	.85 (.82-.87)	.31 (.28-.35)	.99 (.98-.99)
MMSE	≤ 24	.82 (.67-.97)	.85 (.73-.92)	.74 (.71-.77)	.20 (.18-.22)	.98 (.97-.99)

Nota: Las abreviaturas utilizadas son: PC: Punto de corte; aROC: área bajo la curva ROC; S: Sensibilidad; E: Especificidad; VPP: Valor predictivo positivo, VPN: Valor predictivo negativo.

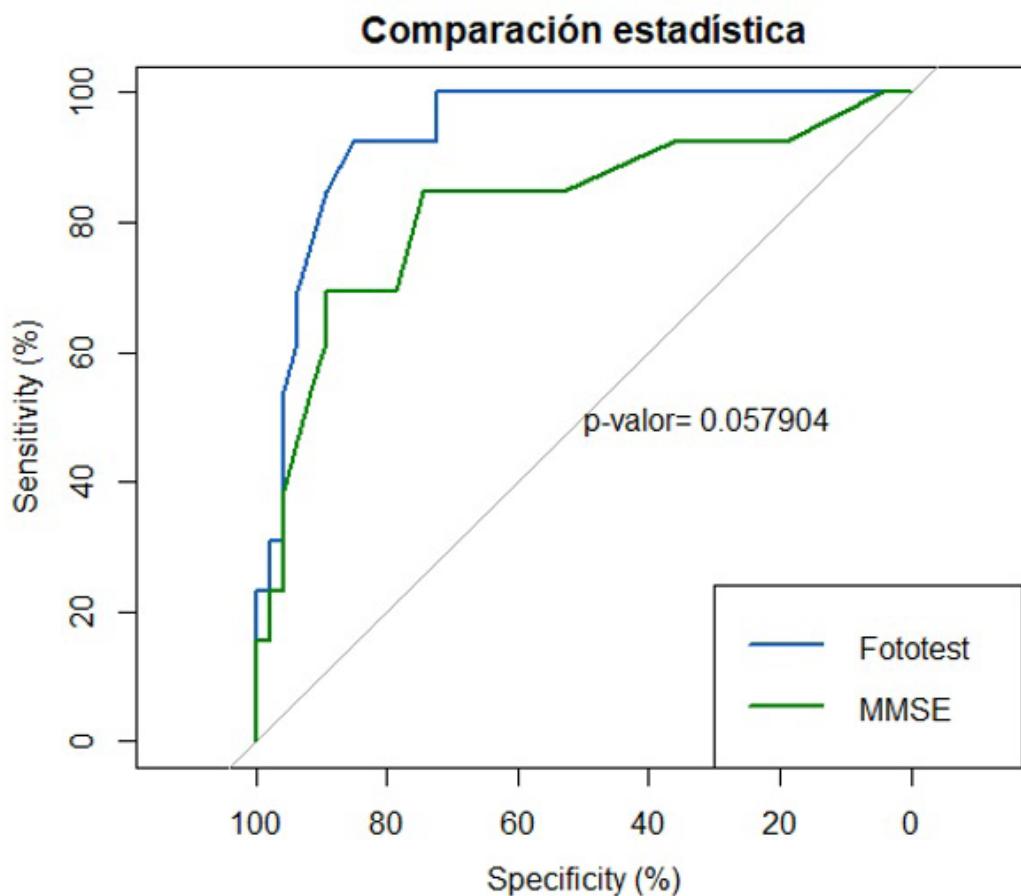


Figura 5. Curva ROC para los participantes con y sin diagnóstico de demencia.

Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care*

Jazmin Camacho Hernández¹, Sandra Pàmies Tejedor²

Resumen

Emergen desde 2016 hasta la actualidad un total de 60 empresas en España y Francia dando respuesta a tres necesidades percibidas por la población, tres nichos de mercado cubriendo las demandas de las familias; dando pues, respuesta a 3 grandes tipos de necesidades de la población diferentes atendiendo a las diferentes manifestaciones del envejecimiento y dando lugar a 3 grandes modelos de negocio radicalmente diferentes entre sí. Dichos negocios emergen como Startups con un servicio totalmente adhoc.

El envejecimiento satisfactorio y no patológico, El envejecimiento patológico y no satisfactorio y El envejecimiento productivo y no productivo son las tres necesidades de la población abordadas, con las que Startups como Alenvi (Francia) y Oui Care Groupe (Francia y España) muestran un impacto social y económico a favor del Servicio de Atención a Domicilio, a favor de las personas mayores.

Palabras clave: Startups, Home Care, Servicio de Atención a Domicilio, gerontólogos, cuidadores de personas mayores en el domicilio.

Abstract

A total of 60 companies in Spain and France have emerged from 2016 to date, which have addressed three main needs that were raised by the population. Three niches in the market covering the demands of families; thus, responding to three major needs of the population addressing the different symptoms of aging and caring. Three large business models that are radically different from each other. These businesses emerge as Startups with a totally adhoc service.

(France and Spain) have demonstrated a very positive social and economic impact when providing Home Care Service for the elderly.

Keywords: Startups, Home Care, Home Care Services, Gerontologists, Caregivers of older adults at home.

Introducción

En consecuencia al evidente impacto demográfico sobre el envejecimiento poblacional y a la evidente necesidad percibida por parte de las familias en contratar en el hogar a un/a trabajador/a familiar - cuidador/a, emergen desde 2016 hasta la actualidad un total de 60 empresas en España y Francia dando respuesta a las demandas de las familias;

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2018

Recibido:
19/10/2018

Aceptado:
01/11/2018

The three main areas addressed were the satisfactory and non-pathological aging, pathological and unsatisfactory aging and productive and non-productive aging. The work done by Startups such as Alenvi (France) and Oui Care Groupe

(*) Contextualización de las 60 startups que emergen desde 2016 hasta la actualidad en Francia y España.

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

(2) Psicóloga y Gerontóloga Social , Psicogerontóloga activa en QIDA Home Care y Formadora del Ciclo Formativo de Grado Medio 'Atención a personas en situación de dependencia' – Gerneralitat de Catalunya – Institut Obert de Catalunya. Barcelona, España. Universitat Rovira i Virgili, Universidad de Barcelona, Sorbonne Université Paris.

Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care

dando pues, respuesta a 3 grandes tipos de necesidades diferentes atendiendo a las diferentes manifestaciones del envejecimiento y dando lugar a 3 grandes modelos de negocio radicalmente diferentes entre sí. Dichos negocios emergen pues como Startups y no como empresas directamente consolidadas ya que ofrecen un servicio totalmente adhoc y modifiable en función de las actuaciones de la competencia, de las economías de escala y de la validación en el mercado de su idea de negocio, es decir, de su viabilidad; ejecutándose la idea primogénita de negocio con un servicio mínimo viable.

Contextualizando, las Startups analizan la necesidad del mercado y ofrecen un servicio específico acorde al anhelo del mercado; tienen en común:

- Que desarrollan modelos de negocio innovadores.
- Que operan con costes mínimos <<producto mínimo viable>>, inferiores a las empresas tradicionales.
- Que crecen rápidamente, se caracterizan generalmente de un capital riesgo.
- Que disponen de financiación principalmente con la participación de inversores privados o business angels.
- Que no requieren de grandes inversiones de capital para desarrollarse y escalar; además, independientemente de las barreras de entrada, el uso de la tecnología facilita el desarrollo de las economías de escala por lo que fácilmente se consiguen ingresos.
- Que su principal herramienta de trabajo es la red, por lo que se focalizan necesariamente en estrategias de marketing online.
- Que se focalizan en la automatización de procesos por lo que realizan manuales de procesos internos.
- Que cuentan con trabajadores altamente cualificados y vocacionales con tal de garantizar su progresión.
- Que se someten a una constante y modificable evolución porque se basan en el proceso Lean Startup.

Puede pasar, pero que se automaticen rápidamente los procesos organizativos y exista un retorno de la inversión importante por lo que sus respectivos directivos tomen la decisión de franquiciarse y adquirir otras marcas con tal de escalar considerablemente e internacionalmente, como bien ha sido el caso de Oui Care Groupe e Interdomicilio cuya evolución

explicamos en los dos próximos apartados.

El proceso de envejecimiento: Tres necesidades percibidas – Servicio a la necesidad – Tres nichos de mercado en España y Francia

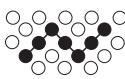
El envejecimiento, así como el envejecimiento satisfactorio y no satisfactorio, patológico y no patológico, productivo y no productivo, es estudiado por la Psicogerontología, que se enmarca en el ámbito de la Psicología y de la Gerontología. El significado etimológico del término <<Gerontología>>, proviene de la unión del vocablo griego “geron, gerontes” (los más mayores) con “logos” (tratado). Trata de conocer el perfil psicológico de las personas mayores, así como de identificar y analizar los límites entre el envejecimiento productivo y no productivo y el envejecimiento satisfactorio y no satisfactorio de la sociedad así como del envejecimiento patológico y no patológico.

• El envejecimiento satisfactorio y no patológico concibe el envejecimiento independientemente de deterioros cognitivos (fronto – subcorticales así como la Enfermedad de Huntington, la Enfermedad de Parkinson, la Parálisis Supranuclear Progresiva, de demencias corticales así como la Enfermedad de Alzheimer y de demencias fronto – temporales y con cueros de Lewy) y de psicopatologías.

• El envejecimiento patológico y no satisfactorio, por lo tanto, concibe todas aquellas personas que sí padecen alguna de las enfermedades anteriores y que consecuentemente sufren una disminución de autonomía y funcionalidad en las ABVD y AIVD – actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria respectivamente. Ciertamente un proceso de envejecimiento podría considerarse patológico y aun así satisfactorio ya que ambos no son excluyentes pero son escasos dichos casos. Ejemplificándolo una persona cuyo proceso de envejecimiento es patológico podría ser satisfactorio en el caso en el que pudiera llegar a ser funcional y autónoma, requiriendo pues poca o nula ayuda externa.

• El envejecimiento productivo y no productivo hace referencia al proceso en el que una persona pasa de ser activa a no serlo, pasa de aportar valor a la sociedad a no aportarlo; pasa de producir a no producir debido pues a su posible enfermedad neurocognitiva y/o posible deficiencia motora.

Según Gerontólogos expertos en Psicogerontología, Psicología General Sanitaria, Psicogeriatría y Gestión



Camacho Hernández, Pàmies Tejedor

Centrada en la Persona como Ángel Moreno de España, Frederique Lucet de Francia, Lucía Pardo y MªJosé Aguilera de España, Gerontólogos en Acción de México, Iván Sánchez y José Luis Buenache también de España, la figura de especialistas en personas mayores – *es decir en Gerontología especializados en envejecimiento* – es un punto clave para el valor añadido que una empresa de servicio a domicilio puede y debe ofrecer para garantizar realmente el bienestar de las personas mayores. Además es muy importante para promover el Envejecimiento Activo también contar con un especialista en Sociología y/o Trabajo Social. Es por esto que es interesante promover en España un espacio de Networking en el que las Startups puedan compartir sus modelos de negocio de calidad con tal de implantar e incluir al Gerontólogo con el objetivo de mejorar el servicio a las personas mayores a nivel estatal; tal y como ya se organiza en Francia en eventos vinculados al Servicio a la Persona ‘Service à la Personne’.

Sin embargo, las metodologías en España y los planes de calidad paralelos al modelo de negocio financiero aún están por trabajar. Según defienden Gerontólogos expertos en el Modelo Internacional de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) como Teresa Martínez, los cuidadores tienen un papel fundamental y debemos pasar a la acción para garantizar tanto la AICP como el bienestar de los cuidadores; porque el bienestar del cuidador es el bienestar de la persona mayor.

Además, desde Dignetik se fomenta la Gestión Centrada en la Persona (GCP) con profesionales expertos en prácticas de gestión organizacional fundamentadas en la reflexión y en el debate ético, ofreciendo herramientas para hacer posible el trato digno y el empoderamiento de las personas. Es interesante pues que desde todas las Startups se fomente dicha Gestión Centrada en la Persona con tal de ofrecer un Servicio a Domicilio lo más íntegro posible.

Porque en primera y última instancia se trata de identificar las habilidades preservadas de las personas mayores para poder empoderarlas y evitar en la medida de lo posible síndromes geriátricos, posibles empeoramientos así como el fenómeno de los Abuelos Esclavos – explicado por Sònia Díaz y José Luis Buenache fundadores de la Asociación SIENA – o el tan famoso y recurrente Efecto Burnout o Síndrome del Trabajador Quemado.

Tres necesidades percibidas : Tres nichos de mercado:

En definitiva, afloran tres necesidades percibidas por la población general en España y Francia en relación a las personas mayores lo que se traduce en tres nichos de mercado y por lo tanto en tres modelos de negocio de Servicio de Atención a Domicilio diferentes.

- En primer lugar: las personas mayores de 65 años con un proceso de envejecimiento claramente patológico y no satisfactorio, con enfermedades neurocognitivas crónicas (neurodegenerativas y/o neuropsiquiátricas) que permanecen en el domicilio y requieren un/a cuidador/a formado/a y 24h/7 así como un equipo preparado para valorar a la persona mayor, acompañar al/la cuidador/a y capacitarle durante el proceso. Personas que pueden ser generalmente derivadas de centros de Salud Mental y/o Centros de Día con escasos recursos para afrontar la situación. Dicho colectivo requiere pues de un/a cuidador/a a largo plazo para favorecer el proceso de vinculación de apego y un soporte continuado por la startup prestadora del servicio de atención a domicilio.

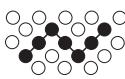
Dicho nicho de mercado dará lugar a startups o empresas focalizadas en ofrecer un servicio probablemente local pero focalizado en el modelo Internacional de la Atención Integral Centrada en la Persona. Ver anexo 2.

- En segundo lugar: las personas mayores de 65 años cuyo proceso de envejecimiento es de inicio insidioso y patológico pero relativamente satisfactorio, que empiezan a manifestar sintomatología patológica pero muestran aún autonomía y requieren un/a cuidador/a formado/a durante unas horas diarias con tal de dar soporte en las ABDV y AIDV y con tal de empoderar.

Dicho nicho de mercado dará lugar a startups o empresas registradas como Agencias de Colocación cuya visión empresarial pasa por facilitar el trabajo temporal dado que gestionan la contratación así como los reemplazos rápidamente. Ver anexo 2.

- En tercer lugar: las personas mayores de 65 años cuyo proceso de envejecimiento se caracteriza de una de las dos descripciones anteriores pero cuyos familiares perciben la necesidad de 10 o menos horas semanales del trabajo de un/a cuidador/a por lo que requieren la intervención práctica de una startup o un marketplace para encontrar rápidamente perfiles de profesionales adecuados a las demandas de este caso.

Dicho nicho de mercado dará lugar a startups y/o



Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care

marketplaces que ejercen como intermediarios prácticos entre las familias y los/las profesionales formados en Técnico/a Sociosanitario, Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia, Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería cuya visión empresarial pasa por intermediar entre ambas demandas – búsqueda de cuidador/a // búsqueda de empleo. Ver anexo 2.

Impacto social y económico: SROI – Ejemplificación del caso Alenvi.10 y Oui Care Groupe Interdomicilio

De entrada los modelos de negocio de Servicio de Atención a Domicilio en Francia y España son incomparables pues sus respectivos Sistemas de Gobierno son radicalmente diferentes. Mientras que en Francia existe una ayuda pública importante para los trabajadores en el hogar así como una nueva Ley respecto al fenómeno 'Baluchonage', en España el séptimo convenio de Dependencia vinculado a la Ley de la Dependencia estipula un salario muy bajo a los profesionales del Servicio de Atención a Domicilio – en adelante SAD; aunque cabe decir que en el SAD cabe la posibilidad de ejercer de modo multiempleo y optar a un salario prominentemente más alto. Sin embargo, desde la Gerontología se considera que dicho salario tan bajo promueve la rotación y el Síndrome del Trabajador Quemado o Efecto Burnout; por lo que se defiende imperativamente un modelo de negocio que revalorice la profesión, que dé cabida a la comunidad y trabajo en equipo entre trabajadores de SAD y que considere a los/as profesionales en Gerontología en el equipo. Es por esto que explicamos el Caso Alenvi Francia y seguidamente explicamos el Caso Oui Care Groupe Francia franquiciado con reciente adquisición de Interdomicilio España.

1 - El Caso Alenvi Home SAS, Francia

ALENVI es la primera Startup de Servicio de Atención a Domicilio que cuenta con 'Auxiliaires d'envie' es decir, Auxiliares con ambición y que cuenta además con la figura del Psicogerontólogo. Porque uno de sus valores es la atención centrada en la persona conociendo el amplio espectro de enfermedades neurodegenerativas. Y porque para Alenvi cuidadores somos todos los que tengamos actitud y vocación, no sólo aquellos que hayan cursado un técnico sociosanitario. Alenvi tiene

muy en cuenta la formación de los cuidadores pero tiene aún más en cuenta la aptitud y la actitud para cuidar, por esto cuentan con auxiliares, con estudiantes, con psicólogos y un largo etcétera.

El retorno de Inversión de Aleni Home SAS

Proyección 2025: más de 262 millones de euros y un SROI de 2,34€ por € invertido.

Según Desnoës (2017), Co-Fundador, Alenvi ha sido creado para responder a una paradoja, una paradoja que concuerda con la expuesta por Mather (2012), citado por Jurado, Mataró, Pueyo (2013) precisamente: hay un incremento progresivo de personas mayores susceptibles a enfermedades neurodegenerativas, con un deterioro, pero gracias a que son progresivamente más capaces de regular sus afectos negativos estamos consiguiendo que mantengan sus habilidades relativamente preservadas potenciando su autonomía en la Atención a Domicilio.

Tal como comenta Desnoës el gran número de personas mayores dependientes, vulnerables a las enfermedades neurodegenerativas aumentará en los próximos 15 años. Estas personas tienen y tendrán necesidad de un acompañamiento a domicilio centrado en la estimulación y en las relaciones personales:

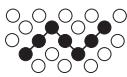
1. Manteniendo la preservación de sus habilidades en las actividades de la vida diaria, es decir, su autonomía;
2. Estableciendo relaciones de apego gracias a personas de confianza;
3. Siguiendo consejos de profesionales especializados en personas mayores

Siendo la finalidad primera retrasar lo máximo posible la institucionalización de las personas beneficiarias en un Centro Residencial de atención a las personas mayores.

2.- El caso Oui Care Groupe, Francia

O2 Care Services se reinventó a Oui Care en 2016. El Grupo Oui Care nace posteriormente a O2, siendo su Presidente y Fundador Guillaume Richard.

Oui Care es un grupo de Servicio de Atención a Domicilio y Servicio a la Persona francés que agrupa marcas como O2 Care Services, Interdomicilio, AssiDom, SilverAlliance, France Presence, Apef



Camacho Hernández, Pàmies Tejedor

Services, La Concierge, etc.

Oui Care nace posteriormente a O2 Care Services – siendo su presidente Guillaume Richard; de hecho, O2 es fundada en 1996 por Richard siendo la primera marca de servicio a domicilio en Francia.

Siendo especialistas en múltiples áreas de la vida diaria como el cuidado de niños, la jardinería, la alimentación y el acompañamiento a personas mayores y en situación de dependencia; la marca O2 Care Services cuenta ahora mismo con 13500 colaboradores y 300 agencias (150 de las cuales son franquicias), sirviendo a su vez a 60000 clientes en toda Francia.

La marca O2 es además conocida por haber generado empleo a muchas personas en Francia. Con 5000 reclutamientos de media por año todos con Contrato Indefinido.

De 2008 à 2013, O2 ha sido la primera empresa generadora de empleo en Francia según el estudio de mercado de Xerfi Groupe y con 6100 empleos creados durante este período.

El retorno de Inversión de Oui Care Groupe

Proyección 2025: más de 283 millones de euros y se dirige a los mil millones de euros.

OUI CARE adquiere en 2018 AssiDom

Oui Care Group, refuerza su liderazgo en servicios humanos con la adquisición de AssiDom, ayuda a domicilio especialista en Francia para las personas mayores y con discapacidad. AssiDom fue creado en 1993 por Anne Bourdariat, después de 15 años de experiencia como trabajadora social al servicio de personas con dependencia.

Anne Bourdariat, Fundadora y Gerente de AssiDom:

“Conozco a Guillaume desde hace años y compartimos los mismos valores: respeto por las personas, rigor y reciprocidad. Explica Anne Bourdariat, Fundadora y Gerente de AssiDom. “Era importante que mi empresa fuera un día parte de un Grupo que diera vida a estos valores. Este día ha llegado y es un verdadero reconocimiento de mi trabajo y el de mi equipo, así como mi participación con las personas en situación de dependencia”.

Guillaume Richard, Fundador y Presidente del Grupo Oui Care:

“Estamos muy contentos de darle la bienvenida a AssiDom a nuestro Grupo. Compartimos los valores de esta compañía y su fundadora, Anne Bourdariat, que ha hecho un trabajo fantástico desde 1993. Anne liderará la integración de AssiDom porque tenemos mucho que aprender de ella. Nuestro objetivo es continuar y consolidar su trabajo mientras aportamos nuestra experiencia”, dice Guillaume Richard, CEO de Oui Care. “Por otra parte, Assidom aporta su experiencia, lo que nos permitirá ampliar nuestra oferta a los clientes y con los empleados que buscan este tipo de relación contractual.”

Cifras del Grupo Oui Care:

Actualmente, 1,2 millones de franceses se encuentran en una situación de pérdida de autonomía. Serán más de 2 millones para 2040, debido al alargamiento de la vida, el aumento del número de personas mayores y el de las personas con enfermedades neurocognitivas. El soporte domiciliario es la solución preferida por el 76% de los franceses en caso de pérdida de autonomía. 8,3 millones es el número de cuidadores, según las cifras del INSEE.

El Grupo OUI CARE se especializa en servicios de atención domiciliaria en Francia. Sobre la base de 17.500 empleados, 450 sucursales y 7 marcas enfocadas a la atención a las personas mayores, el grupo de atención Oui Care contribuye al bienestar diaria de 100.000 familias trayéndolos servicios de atención domiciliaria de calidad: mantenimiento del hogar, cuidado de niños, apoyo a personas mayores o personas con discapacidades, servicios de jardinería y conserjería.

OUI CARE, Groupe. En 2018, bajo todas sus marcas, el Grupo OUI CARE espera alcanzar una facturación de 283 millones de euros y se dirige a los mil millones de euros en 5 o 7 años.

Conclusión

El envejecimiento y todo lo que enmarca, ha tomado por sorpresa a diversos países, los cuales incluso lo han considerado un problema de salud pública, económica y social. Requiringo de acciones oportunas, de calidad y objetivas que hagan frente a este fenómeno.

Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care

Tal es el caso del surgimiento de las Startups - Empresas innovadoras en brindar servicio de atención integral a personas adultas mayores a domicilio - logrando así que el envejecimiento pase a ser considerado una oportunidad de emprendimiento para diversas personas y/u organizaciones, que trabajan a favor del envejecimiento, la vejez y las personas adultas mayores, tal es el caso de las 60 empresas que existen actualmente en España y Francia.

Es preciso mencionar que el reconocimiento, la viabilidad y el éxito de las startups, dependerá absolutamente de un Equipo Ejecutor, de una Atención Integral Centrada en la Persona, actualizaciones constantes del equipo interdisciplinario, cumplimiento de normas de operatividad, Ética profesional y una administración oportuna que se traduce en su capacidad de atracción de personas interesadas en sus servicios – clientes ideales – y en la fidelización de los mismos; por lo tanto en sus métricas y en el retorno de la inversión.

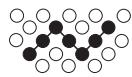
Ofrecen un servicio totalmente adhoc y modifiable en función de las actuaciones de la competencia, de las economías de escala y de la validación en el mercado de su idea de negocio, es decir, de su viabilidad; ejecutándose la idea primogénita de negocio con un servicio mínimo viable gracias al impacto de Internet y Redes Sociales; y dando respuesta a tres grandes necesidades de la población:

1. El envejecimiento satisfactorio y no patológico
2. El envejecimiento patológico y no satisfactorio,
3. El envejecimiento productivo y no productivo.

Consideramos imprescindible una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto social y económico en Home Care contemplando UK, EEUU, España, Francia y México.

Referencias

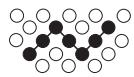
1. Alenvi Home SAS (2018). Retorno Social de la Inversión. Recuperado de: https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2018/03/Rapport-d_C3_A9tude-SROI-Alenvi-HATCH.pdf
2. Analyzing the costs of informal care for persons with dementia in Spain (2015). Journal of Promotion Management. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10496491.2015.1051398>
3. Asistencia Sexual (2017) Perfil profesional y competencias del Gerontólogo 2016. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfilcompetenciasgerontologia.pdf>
4. Arnau Ripollès, S. (2017). El modelo de asistencia sexual como derecho humano al autoerotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de vida independiente.
5. Coduras, M., del Llano, J. (2016). Libro de Sanidad Española en Cifras. Círculo de la Sanidad: Fundación Gaspar Casal. Recuperado de: http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/03/LIBRO_SANIDAD_ESPANOLA_EN_CIFRAS_2016.pdf
6. Franco, P., Ruiz, B. (2017) Trabajo de ayuda a domicilio en España: hogar y cuidados. Mujeres migrantes trabajadoras en el hogar: UGT Sindicato Unión General de Trabajadores.
7. Recuperado de: http://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf
8. Feil, N.(1982). Validation : the Feil method. Edward Feil Productions.
9. International Labour Office (2013). Domestic workers across the worlds. Global and regional statistics. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_173363.pdf
10. López, F. (2012). Sexualidad y afectos en la vejez. Madrid: Pirámide.
11. Mateos, R. (26/01/2013). Del Intervencionismo a la Prohibición. La Vanguardia.
12. Leyva-Moral, J. M. (2008). La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos. Índex de enfermería, 17(2), 124-127.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hospitalización de las personas mayores en el domicilio. Sistema Nacional de Salud CMBD (2010). Costes de Hospitalización. Información y Estadísticas Sanitarias. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/001-Hospitalizacion.pdf>
14. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Cuidados de las personas mayores en los hogares españoles: IMSERSO. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>
15. Proyecto HAD 2020. Coste de Hospitalización Domiciliaria (2016). Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. Recuperado de: <http://www.sehad.org/proyecto-had2020/docs/dossier-ministerio-had2020.pdf>
16. Prieto Ramos, Osvaldo (1999). Gerontología y Geriatría. Breve resumen histórico. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm



Camacho Hernández, Pàmies Tejedor

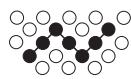
Anexo I. Elaboración Pàmies (2018)

PAÍS	FRANQUICIA OUI CARE GROUPE
España.	Adquisición de Marcas Startups rentables y empresas consolidadas
Francia.	Interdomicilio O2 Care Services France Presence Apef Services La Consergerie O2 Assidom Silveralliance



Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care

PAÍS	FRANQUICIA DOMUS VI	
	Expansión Marca	
España.		DOMUS VI
Francia.		DOMUS VI

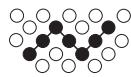


Camacho Hernández, Pàmies Tejedor

Anexo II. Elaboración Pàmies (2018)

STARTUPS | ESPAÑA 2018

STARTUPS I EMPRESAS LOCALES FOCALIZADAS EN AICP Y con probable proyección nacional.	AGENCIAS DE COLOCACIÓN LOCALES	AGENCIAS DE COLOCACIÓN NACIONALES	OTRAS
1. Qida (Caring Well S.L) 2. L'Onada Serveis 3. Gerosol Asistencial. 4. Mayores Capacidades. 5. Domus Vi. 6. Vital Tarragona. 7. Egar 365 8. Sanz SAD Sant Cugat 9. Yeyehelp 10. Assisvita 11. Fundependents 12. Sedome S.L Servicios Sociosanitarios. 13. Cuore Care S.L.	14. Iguales asistencia domiciliaria. 15. La Cruz Azul 16. Feliz Vita 17. Vivedia 18. Persones Barcino 19. Mikelats 20. Anayet Mayores 21. Kuidalia 22. Institucioibars 23. Edades Servicios Sociales 24. Mayores Vida 25. Tu mayor amigo S.L	26. Interdomicilio. 27. Cuideo (Cuida Care Marketing S.L). 28. Cuidum (Cuidum Tech S.L). 29. Wayalia (Cuidame Home Care S.L). 30. Home Server (Ayuda a Domicilio Sociosanitaria Home Server S.L). 31. Aiudo. 32. Eulen Sociosanitarios 33. Sanitas 34. Cuidelia 35. Yocuido 36. Zapmeta 37. Asisted	38. Joyners 39. Familiados 40. Yoopies 41. Micuidador 42. Care Europe GmbH



Impacto social de las empresas innovadoras a favor de la vejez: Startups SAD Home Care

STARTUPS | FRANCIA 2018

STARTUPS EMPRESAS LOCALES FOCALIZADAS EN AICP Y con probable proyección nacional.	AGENCIAS DE COLOCACIÓN LOCALES CON PROYECCIÓN NACIONAL	OTRAS
1. Alenvi Home SAS 2. Heureux à Domicile.	3. Apef Services 4. Assidom 5. La conciergerie 6. O2 Care Services 7. Silver Alliance 8. Aladom 9. Family-net 10. Vitalliance 11. Senior Compagnie 12. Vitame 13. Petits Fils 14. Adhap Services 15. Jemepropose	16. La Maison Felippa 17. Famileo 18. Yoopies 19. Je me propose