

# AUTONOMÍA

*personal*

IMSERSO • NÚMERO 21 • AÑO 2017 • DICIEMBRE



**A FONDO**

## Prevención de la enfermedad de Alzheimer

### Reportaje

«Cohousing» ¿Un nuevo modelo de convivencia?

### Entrevista

José Alberto Álvarez García, presidente de FEDDF

### Especial

El Imsero celebró la "Semana del Mayor"

# EMILIO

DIAGNÓSTICO  
**ESQUIZOFRENIA**

PROYECTO  
**ESTUDIAR  
EN EEUU, Y  
ENSEÑARLES  
A JUGAR  
AL FÚTBOL  
¡AL DE VERDAD!**

**SI SUS SUEÑOS NO TIENEN LÍMITES,  
NO SE LOS PONGAMOS NOSOTROS**

## **La INTEGRACIÓN siempre es la mejor respuesta**

Las personas diagnosticadas y tratadas de problemas mentales, tienen la misma pasión, los mismos sueños, los mismos proyectos que cualquier persona. Creamos en ellos.

**Campaña por la inclusión social de las personas con problemas de salud mental**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

#### EDITA

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

#### CONSEJO EDITORIAL

Carmen Balfagón Lloreda, Borja Fanjul Fernández-Pita, Francisco Javier Salvador Temprano, Mercedes Jaraba Sánchez, Jorge Domínguez Serrano y Jesús Zamarro Cuesta

#### DIRECTOR

Jesús Zamarro Cuesta

#### REDACCIÓN

M.ª Cristina Fariñas Lapeña  
M.ª Ángeles Tirado Cubas

#### FOTOGRAFÍA

Eduardo Jesús Vilas Chicote  
Freepick · Pixabay

#### TÉCNICO EDITORIAL

Juan Ramón Aguirre Artigas

#### SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Elena Garvía Soto  
Avda. de la Ilustración, s/n  
(con vuelta a Ginzo de Limia, 58)  
28029 MADRID  
Tels.: 917 033 403 y 917 033 628  
Fax: 917 033 973  
rap@imserso.es

#### COLABORADORES

Anxo Queiruga Vila, Miguel Núñez Bello, Inmaculada Gómez Pastor, Rosa Lucerga, Rafael Sánchez Vázquez y Sara González Blázquez

#### PRODUCCIÓN EDITORIAL

Editorial MIC

DL M-6755-2013

NIPO: 686-15-007-5 (En papel)

686-15-009-6 (En línea)

686-15-008-0 (HTML)



ISSN: 2172-3206

TIRADA: 4.200 ejemplares

#### INFORMACIÓN

Centralita: 917 033 000

Información: 917 033 916/17/09

*Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción, distribución, comunicación pública y utilización, total o parcial, de los contenidos de esta publicación, en cualquier forma o modalidad, sin previa, expresa y escrita autorización. Las colaboraciones publicadas con firma en la Revista Autonomía Personal expresan la opinión de sus autores. Dentro del respeto a las ideas de los demás, estas no suponen identidad con nuestra línea de pensamiento.*

#### EDICIÓN DIGITAL

[www.autonomiapersonal.imserso.es](http://www.autonomiapersonal.imserso.es)

<https://twitter.com/Imserso>

[https://twitter.com/Autonomia\\_Perso](https://twitter.com/Autonomia_Perso)



# Futuro Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias

El abordaje del Alzheimer y otras demencias es una prioridad de salud pública y un problema socio-sanitario de primer orden. El Alzheimer se ha convertido en la gran epidemia silenciosa del siglo XXI y en el gran reto para la sostenibilidad de cualquier sistema sociosanitario por su elevado impacto en las personas afectadas, sus familiares y personas cuidadoras y el conjunto de la sociedad.

Son muchas las voces que vienen reclamando un marco normativo, político y científico, que aborde ese problema y de respuesta a las personas con Alzheimer, a sus familias y a las personas cuidadoras, desde su consideración como ciudadanía de pleno derecho.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad viene impulsando la elaboración y aprobación del Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias como una de las prioridades de esta Legislatura. Un Plan Nacional que se enmarca en las Estrategias del Ministerio, especialmente en la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud y su elaboración se plantea con la participación de todos los agentes clave de la sociedad involucrados en los distintos ámbitos de representación, atención, e investigación en torno a la realidad del Alzheimer.

Por ese motivo, el Imserso impulsó ya en 2013 la creación del Grupo Estatal de Demencias, cuya puesta en marcha oficial se concreta en la Resolución de 25 de noviembre de 2015, de la Dirección General de Imserso.

El Grupo Estatal de Demencias está conformado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, CRE de Alzheimer del Imserso, movimiento asociativo, sociedades científicas, colegios profesionales, centros de investigación, organismos públicos, fundaciones, entidades y organizaciones diversas que atienden a personas con Alzheimer y a sus familiares y cuidadores.

La misión principal del Grupo Estatal de Demencias es desarrollar una Red de Cooperación Estatal en Demencias que permita ofrecer a la sociedad española una respuesta a la realidad social de estas enfermedades, aunar esfuerzos, compartir información y documentación sobre investigación, intervención y defensa de las personas con demencia.

Un Grupo Estatal de Demencias que pretende situar a España como referente internacional, a través de una estrategia estatal compartida en el abordaje sociosanitario, jurídico y de investigación.

Será un Plan Nacional de Alzheimer elaborado para una sociedad donde las personas con la enfermedad, sus familias y cuidadores alcancen mayores cotas de participación y calidad de vida, y reciban la atención y el apoyo que necesitan para vivir con dignidad, respeto, autonomía e igualdad.





LA NOTICIA

6

El Inmerso participa en un debate sobre los derechos de las personas mayores



NUESTRA PORTADA

El Alzheimer es una prioridad socio-sanitaria y por eso es necesario avanzar para que las personas afectadas, sus familias y cuidadores alcancen mayores cotas de participación y calidad de vida, y reciban la atención y el apoyo necesario para vivir con dignidad, respeto, autonomía e igualdad (Foto: Image Source).



ESFERA SOCIAL

Compromiso del Gobierno por la inclusión de las personas con discapacidad



A FONDO

Empleo y daño cerebral adquirido



Acuerdo para recuperar la financiación de la Dependencia previa a 2012



A FONDO  
Prevención de la enfermedad de Alzheimer

# AUTONOMÍA

*personal*



## ESPECIAL

El IMSERSO celebró la «Semana del Mayor»

54



## INVESTIGACIÓN

Las células madre adultas, opción más efectiva en los tratamientos médicos

58



## ENTREVISTA

José Alberto Álvarez, presidente de FEDDF

66

38

## A FONDO

El salario de las personas con discapacidad

44

## A FONDO

CRE de Alzheimer de Salamanca, un centro pionero en investigación

52

## PUBLICACIONES

62

## ACCESIBILIDAD

El Museo Thyssen logra el certificado Aenor de accesibilidad universal

70

## REPORTAJE

«Cohousing» ¿un nuevo modelo de convivencia?

76

## CARTAS Y AGENDA

78

## CULTURA

Ignacio Zuloaga en el París de la Belle Époque

80

## DEPORTE

Compromiso para promocionar la autonomía personal en el deporte adaptado

82

## FIRMA INVITADA

Anxo Queiruga Vila, presidente de Cocemfe





*la noticia*

## El Imserso participa en un debate sobre los derechos de las personas mayores

JORNADAS «TODOS CONTRA EL ABUSO Y MALTRATO: DIGNIDAD Y EXCELENCIA EN EL TRATO A LAS PERSONAS MAYORES Y A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD»

➡ RAP Y CEOMA · Fotos: EDU VILAS CHICOTE

LA DIRECTORA GENERAL DEL IMSERSO, CARMEN BALFAGÓN, INAUGURÓ LAS JORNADAS «TODOS CONTRA EL ABUSO Y EL MALTRATO: DIGNIDAD Y EXCELENCIA EN EL TRATO A LAS PERSONAS MAYORES Y A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD», ORGANIZADAS POR LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOMA).

Carmen Balfagón estuvo acompañada durante el acto, celebrado en el Imserso, por la presidente de CEOMA, Carmen García Revilla y el técnico Jefe del Área de Sanidad y Política Social del Defensor



*Carmen Balfagón inaugura las jornadas acompañada por Carmen García y Bartolomé José Martínez.*

del Pueblo, Bartolomé José Martínez, quien afirmó que es necesario "reflexionar sobre el maltrato", ante el cual "la sociedad ha de alzarse, necesariamente por este orden: la sociedad y las propias víctimas". Asimismo, puntualizó, que todas las personas "están plenas de derechos y dignidad".

Por su parte, Fernando Vicente Fuentes, asesor del Imserso, recordó en la clausura de las Jornadas que "los derechos de las personas mayores están ampliamente recogidos" por el Derecho Internacional y subrayó que en España existen multitud de normas jurídicas de derechos de las personas y, en es-

## *El sector de los servicios sociales toma la iniciativa en la sensibilización sobre el maltrato de las personas mayores*

pecial, de los mayores. Entre ellos algunos artículos de la Constitución, así como otras normas civiles, penales, sanitarias, sociales o administrativas. Fuentes hizo estas declaraciones en la mesa redonda "Aspectos éticos y jurídicos: propuestas y mejoras", en la cual se analizó la protección jurídica que tienen las personas mayores.

Por su parte, Bartolomé José Martínez afirmó que es necesario "reflexionar sobre el maltrato" ante el cual "la sociedad ha de alzarse, necesariamente por este orden: la sociedad y las propias víctimas", así como puntualizó que todas las personas "están plenas de derechos y de dignidad".

### **MALTRATO INSTITUCIONAL**

El director técnico del programa «Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer», Antonio Burgueño, reflexionó sobre los malos tratos por parte de organizaciones e instituciones, una forma de maltrato que catalogó de "casi invisible y que forma parte de la normalidad del funcionamiento de los centros". Se trata, en su mayoría, de fallos organizativos del régimen institucional establecido que resultan "abusivos" para las personas que viven en los centros residenciales. Entre los errores de organización, Burgueño apuntó a la neutralización moral, el desequilibrio de poderes internos o la no rendición de cuentas, aunque repasó otros fallos de actuación como la desmotivación y la falta de habilidades de los profesionales o las prisas y la falta de tiempo, entre otras cuestiones.

### **LIDERAZGO**

*La ex diputada y vicepresidenta de la UE de Mayores del Partido Popular Europeo, Carmen Quintanilla, habló sobre el liderazgo de las personas mayores en Europa y sobre la necesidad de otorgarles poder para "romper esa discriminación que significa apartarles de la sociedad".*

*"No podemos arrinconarnos. Ser mayor es ser una persona que quiere estar en la sociedad del siglo XXI y esta circunstancia pasa por permanecer activos, por seguir siendo consumidores, por participar en la vida política, por estar en el mundo del empleo el tiempo que queramos y por trasladar una imagen positiva de nosotros mismos", destacó.*

*A este respecto, Quintanilla recalcó también el poder económico de las personas mayores en España. "Los mayores están ayudando a pagar la deuda pública de nuestro país porque son los que tienen bonos del Estado y están ayudando a nuestros jóvenes que no llegan a fin de mes", concluyó.*

### **DATOS SOBRE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES**

Cerca de 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes.

Las tasas de maltrato pueden ser mayores entre los ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad.

El maltrato de las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas.

*Fuente: OMS. Septiembre de 2016*

“Hay normas arrolladoras que pasan por encima de la condición humana. Desde este punto de vista puede suceder que el maltrato non sea tan extraordinario en las instituciones, sino lo cotidiano. El problema es que son formas de maltrato de las que nadie tiene conciencia”, dijo.

La médico del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Carmen Sánchez, habló por su parte de la prevención, la detección y el abordaje de los malos tratos en el ámbito hospitalario. En este sentido, detalló una serie de indicadores que pueden alertar de una situación de abuso, ya sean de tipo económico, sexual, de negligencia, psicológico, de discriminación o de encarnizamiento, entre otros.

### LA DEMENCIA COMO FACTOR DE RIESGO

En el ámbito de los cuidadores, el profesor de la Facultad de Sociología de la Universidad de Salamanca Jesús Rivera reflexionó sobre la demencia como principal factor de riesgo a la hora de ser víctima de abusos. En su opinión, es importante conocer la percepción de los cuidadores de los ancianos con demencia sobre el maltrato y la violencia ejercida sobre las personas mayores, ya que esta pueda variar dependiendo.

Según los datos del estudio que presentó, el perfil del cuidador suele ser el de un familiar que en el 75% de los casos cuida a un anciano con demencia o alzhéimer, que lleva más de dos años a cargo de la persona mayor, que cuida de ella por la noche y que, en el 19% de los casos, ha tenido que modificar su trabajo para poder realizar esta tarea.

En este contexto, la sobrecarga de trabajo y el bajo apoyo social se convierten en dos de los principales factores de riesgo que llevan a los cuidadores a sentirse frustrados e incomprendidos ante el hecho

de tener que cuidar a una persona mayor con demencia. Desde el punto de vista psicológico, la vicepresidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Sacramento Pinazo, analizó la infantilización y la despersonalización que muchas veces los profesionales de los centros residenciales ejercen sobre los mayores, tratándolos como si fueran niños u objetos.

En estos casos, las formas de maltrato se materializan mayoritariamente en el rechazo, el aislamiento o la ignorancia de la persona mayor, que produce ansiedad, miedo, tristeza o desmoralización en estas personas.

### MALTRATO ECONÓMICO

En relación al maltrato económico, el miembro de la Asociación para la Investigación del Maltrato a las Personas Mayores, Jordi Muñoz, apuntó que esta forma de abuso “se da de manera brutal y está creciendo de una forma exponencial”, sobre todo porque la mayoría de personas mayores cuenta con una pensión y una vivienda en propiedad, “lo que hace que generen un interés inusitado hacia familiares que van a intentar aprovecharse de la situación”.

“La sensación general de la sociedad es que hay mucho abuso económico, pero la realidad es que no actuamos para atajar el problema”, afirmó Muñoz, al tiempo que agregó que, a pesar de “tratar de no criminalizar y ser objetivos, es necesario estar atentos y que la persona mayor sepa que puede tener apoyos externos”. “Todos tenemos que detectar y tener la capacidad de dar soporte y empoderar a las personas mayores para que se hagan respetar”, zanjó Muñoz.

### MALTRATO A LOS MAYORES

El maltrato de las personas mayores es un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance del maltrato en la población de



edad avanzada, especialmente en los países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades. En consecuencia, es probable que todas las tasas de prevalencia estén subestimadas.

Los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, hogares de ancianos y otros centros asistenciales de largo plazo son escasos.



*La directora general del  
Imsero invitó a la sociedad a  
alzarse contra el maltrato a las  
personas mayores*



La OMS y sus asociados colaboran para prevenir el maltrato de las personas mayores mediante iniciativas que contribuyen a detectar, cuantificar y atajar el problema, incluidas las siguientes:

- *recopilar datos sobre el alcance y los tipos de maltrato de las personas mayores en diferentes entornos (a fin de comprender la magnitud y naturaleza del problema en el ámbito mundial);*
- *elaborar orientaciones para los Estados Miembros y todos los sectores pertinentes con objeto de prevenir el maltrato de las personas mayores y fortalecer las respuestas al problema;*
- *difundir información a los países y prestar apoyo a las iniciativas nacionales para prevenir el maltrato de las personas mayores;*
- *colaborar con organismos y organizaciones internacionales para impedir que el problema vaya a más en el ámbito mundial.*

Sin embargo, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos de América se apunta la posibilidad de que las tasas sean elevadas:

- Un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente.
- Un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada.
- Un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes.

En algunos países, el sector de la salud ha desempeñado una función protagonista en la sensibilización del público sobre el maltrato de las personas mayores, mientras que en otros es el sector de los ser-

vicios sociales el que ha tomado la iniciativa.

Aún se sabe demasiado poco sobre el maltrato de las personas mayores y sobre su prevención, especialmente en los países en desarrollo. La magnitud y naturaleza del problema apenas empieza a perfilarse, muchos factores de riesgo siguen poniéndose en entredicho, y las consecuencias y los datos sobre lo que funciona para prevenir el maltrato de las personas mayores son limitados.

*Se prevé que el número de casos de maltrato de personas mayores aumente, dado el rápido envejecimiento de la población en muchos países y la posibilidad de que sus necesidades no puedan atenderse plenamente por falta de recursos.*

*Las predicciones para el año 2050, dicen que la población mundial de mayores de 60 años se habrá duplicado con creces, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones.*

*“Las formas de maltrato se materializan mayoritariamente en el rechazo, el aislamiento o la ignorancia de la persona mayor”*



## Prioridad y compromiso del Gobierno por la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad

LA MINISTRA DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, DOLORS MONTSERRAT, HA RECALCADO EL COMPROMISO Y LA PRIORIDAD DE ESTE GOBIERNO CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD "PARA QUE TENGAN LAS MISMAS OPORTUNIDADES Y POR SUPUESTO IGUALDAD DE DERECHOS".

➔ RAP/MSSSI

En su primera comparecencia en la Comisión de Discapacidad en el Congreso, la ministra subrayó que en este compromiso están implicadas todas las administraciones, toda la sociedad y todas las asociaciones del Tercer Sector que son "colaboradores indispensables en la inclusión de las personas más vulnerables".

### TALIDOMIDA

Además, Dolors Montserrat recordó el compromiso del Gobierno con los afectados por la talidomida. "Nuestro país tiene una deuda histórica con ellos", dijo. Compromiso que se ha visto reflejado en la creación de una Comisión Institucional,

un Comité Científico-Técnico así como una oficina de apoyo a los afectados por la talidomida.

### ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

En cuanto a la protección de las personas más vulnerables, mujeres con discapacidad en entornos rurales y que sufren doble o triple discriminación, la ministra anunció medidas específicas y la inclusión en el Pacto de Estado de la variable discapacidad. Recordó que la lucha contra la violencia de género es más que nunca un cuestión de estado y así se ha demostrado con el Pacto de Estado, que es un compromiso del Gobierno aprobado en el Congreso y en el Senado.

## Empleo y educación

*Al comienzo de su comparecencia, Dolors Montserrat recordó que el empleo es uno de los objetivos principales y una de las mejores formas de inclusión social y de fomento de la autonomía de las personas con discapacidad.*

*Por eso, desde el Ministerio se está trabajando en iniciativas como el currículum anónimo, medida que pretende "que la selección de la persona sea neutra y sólo se tenga en cuenta el talento y la capacidad del candidato".*

*También mencionó la reserva del 7% de las plazas MIR que promueve el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a personas con discapacidad y que este año ha supuesto el mayor número de plazas reservadas, 563.*

*La educación, como mencionó la ministra, es otro factor necesario para seguir avanzando en la inclusión de las personas con discapacidad puesto que es el garante de la igualdad de oportunidades. Por eso anunció que por primera vez se dará un fin social a las cuentas durmientes, aquellos depósitos y cuentas abandonados por más de 20 años y que irán destinados a la educación de las personas con discapacidad.*

*En su intervención, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se refirió también a la accesibilidad universal recordando que estamos en el camino hacia la eliminación de las barreras que impiden a las personas vivir su vida en libertad e igualdad.*

*El empleo es una de las mejores formas de inclusión social*





## El Gobierno libera el pago de las subvenciones al Tercer Sector de Cataluña bloqueadas por incumplimiento de la «Generalitat»

EL GOBIERNO HA AUTORIZADO LA APROBACIÓN Y COMPROMISO DE GASTOS PARA LA CONCESIÓN DE SUBVENCIONES A PROYECTOS Y ACTIVIDADES PARA ENTIDADES DEL ÁMBITO DE POLÍTICAS SOCIALES DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO, ASUNTOS SOCIALES Y FAMILIAS DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA PARA EL EJERCICIO 2017, POR UN IMPORTE DE 10.326.284 EUROS.

**E**l Ministerio de Sanidad, en un informe solicitado por el Ministerio de Hacienda y Función Pública, expone que las subvenciones al tercer sector de Cataluña son “urgentes y de extraordinaria necesidad”, por lo que el Gobierno ha dado luz verde a los pagos correspondientes.

La ministra de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, señaló que “el Gobierno ha liberado el pago de las subvenciones al Tercer Sector de Cataluña, que fueron bloqueadas por incumplimiento del anterior gobierno de la Generalitat”.

Dolors Montserrat explicó que “la responsabilidad del retraso del pago de estas subvenciones es del «Govern» anterior que incumplió las condiciones que había establecido el gobierno para garantizar la prestación de los servicios públicos, la estabilidad presupuestaria y proteger el interés general de los catalanes”. “Este gobierno trabaja para no dejar a nadie atrás, por eso estas ayudas van a llegar a los colectivos más vulnerables, para luchar contra la pobreza en barrios

### PROGRAMAS E IMPORTES

*Los 643 programas de Políticas de Juventud del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias recibirán 5.242.400,41 euros.*

*Los programas de Acción Cívica y Voluntariado de ese mismo Departamento recibirán 4.359.053,62 euros, mientras que los programas de Política de Mujeres del Instituto Catalán de las Mujeres están subvencionados con 724.630 euros.*



*“Este gobierno trabaja para no dejar a nadie atrás, por eso estas ayudas van a llegar a los colectivos que más lo necesitan”*

y zonas de mayor exclusión social. Desde el Ministerio apoyamos el trabajo del Tercer Sector, fundamental en la vertebración de la cohesión social”, aseguró la ministra de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

PLENO DEL CONSEJO TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA



Dolors Montserrat en el Pleno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia

## Gobierno y comunidades autónomas acuerdan por unanimidad recuperar la financiación de la Dependencia previa a 2012

EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS HAN APROBADO POR UNANIMIDAD EL INFORME DE LA COMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA, EN EL QUE ACUERDAN RECUPERAR EL NIVEL MÍNIMO DE FINANCIACIÓN DEL ESTADO PREVIO A 2012.

➤ RAP

**A** sí quedó plasmado en el Pleno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, presidido por la ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, al que asistieron todas las comunidades autónomas excepto Cataluña.

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, presidió dos reuniones del Pleno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia: la primera fue monográfica sobre el Informe la evaluación del Sistema de Dependencia y en la segunda se han abordado varios asuntos relacionados con la carte-

ra de Servicios Sociales. La ministra subrayó la importancia de que, desde que la Ley de Dependencia entró en vigor hace diez años, es la primera vez que Gobierno y Comunidades Autónomas realizan un análisis conjunto de la situación del Sistema.

Se ha dado así cumplimiento, como se está haciendo con el Pacto de Estado de Violencia de Género, al compromiso que quedó reflejado en la VI Conferencia de Presidentes donde se creó la Comisión de análisis de la Situación de la Dependencia. "Con diálogo y lealtad institucional hemos conseguido evaluar el Sistema, el punto de partida para mejorar la aten-

ción a las personas dependientes", destacó. Montserrat puso en valor que es "un análisis que se ha llevado a cabo desde el diálogo y priorizando en todo momento la búsqueda de consensos", al tiempo que ha destacado las 3 principales conclusiones: que el sistema de dependencia debe caminar siempre hacían un sistema basado en servicios; el compromiso de hacer un análisis de la perspectiva de género; y la necesidad de avanzar en una revisión normativa del Sistema para responder mejor a las necesidades de los ciudadanos.

**SUBE MÁS DE UN 5% EL NIVEL MÍNIMO DE PROTECCIÓN**

En esta línea de dar una mejor



respuesta a las necesidades de las personas dependientes, el Ministerio y las Comunidades Autónomas aprobaron en el Pleno la actualización de las cuantías del nivel mínimo de protección, aumentándolas en más de un 5 por ciento: el grado I de dependencia pasa a 47,38 euros; el grado II de dependencia a 84,49 euros; y el grado III se incrementaría hasta los 190,13 euros. "Gracias a la recuperación, podemos fortalecer nuestro sistema de protección social, un pilar esencial que garantiza la cohesión de nuestro país", matizó la ministra.

### CUIDADORES

Por otro lado, el Pleno acordó la modificación de los criterios de acreditación con el objetivo de mejorar la estabilidad en el empleo de los cuidadores que prestan sus servicios en centros o instituciones sociales, con dos medidas fundamentales: eliminar el límite de edad para la habilitación excepcional (antes estaba prevista para trabajadores de 55 años o más que acreditaran determinada experiencia, ahora para todos) y establecer una habilitación provisional para personas que habiendo trabajado, no cumplan con el requisito de la experiencia, y se comprometan a participar en los procesos de acreditación hasta el 31 diciembre de 2022.

### TELEASISTENCIA

En relación a la Dependencia, se acordó una mejora importante de la atención que se presta a las personas con dependencia: añadir a los servicios de teleasistencia tradicionales elementos tecnológicos que van a permitir prestar una atención más completa a la persona, dentro y fuera de su domicilio, como por ejemplo detecciones de caídas, geolocalizaciones o servicios de telediagnóstico.

*Dolors Montserrat: "con diálogo y lealtad institucional hemos conseguido evaluar el Sistema, el punto de partida para mejorar la atención a las personas dependientes"*

## PLAN AUTISMO: concienciación, accesibilidad, investigación



La ministra, Dolors Montserrat, abordó la «Estrategia Española de Trastornos del espectro del Autismo», aprobada de noviembre de 2015 en respuesta a una demanda histórica del movimiento asociativo del autismo.

Esta Estrategia debe concretarse en un Plan de Acción, en el que se está trabajando y sobre el que se ha informado en el Pleno, con el objetivo de abordar las dificultades específicas que padecen las personas con TEA para favorecer su inclusión social plena.

Los objetivos principales del

Plan de Acción son: concienciación, promoviendo una imagen positiva y real; accesibilidad, sobre todo reducir las dificultades en la comprensión de la información; investigación, a través de la coordinación y la innovación; y formación de los profesionales que intervienen en el recorrido vital de las personas con autismo.

Dolors Montserrat ha querido recordar que "este Plan beneficiará a más de 450.000 personas en España. Una cifra que se eleva al millón si incluimos a las familias, que son los agentes principales en las vidas de las personas con TEA".

«LINK EM: SABER, CONECTAR E INNOVAR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE»



## Una de cada tres personas con esclerosis múltiple tiene problemas para expresar sus miedos

UNA DE CADA TRES PERSONAS AFECTADAS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE SIENTE INCAPAZ DE EXPRESAR SUS INCERTIDUMBRES SOBRE LA PROPIA ENFERMEDAD, SEGÚN DATOS DE UNA ENCUESTA ELABORADA POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESPAÑA.

➔ RAP

El trabajo, que se presentó durante el encuentro «Link EM: saber, conectar e innovar en esclerosis múltiple» celebrado en Madrid, incluyó casi 3.000 entrevistas y buscaba analizar cómo se vive la enfermedad en el núcleo familiar.

“Cuando la persona recibe el diagnóstico, poco a poco la enfermedad formará parte del sistema familiar”, destacó la psicóloga familiar Julia Duerto, de la Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra. De hecho, la responsable de Gestión y Desarrollo de Esclerosis Múltiple España, Montserrat Roig, añadió que “compartir la experiencia de las familias afectadas,

los profesionales sociosanitarios y otros expertos vinculados a la atención directa, acerca a unos servicios de mayor calidad para acompañar mejor en el proceso de vivir con esta enfermedad”.

### RELACIONES SEXUALES Y FATIGA

Por otro lado, la encuesta mostró que en la vida en pareja uno de los términos que más veces se repite es “relaciones sexuales”, un problema muy importante pero que sigue rodeado de tabúes que impiden resolverlo. Y la fatiga sigue siendo el síntoma invisible más problemático tanto en el ámbito familiar como laboral, ya que es “el más incomprendido y el que más conflicto genera”.

### ACCESO AL EMPLEO

El acceso al empleo o mantenimiento del puesto de trabajo tras el diagnóstico sigue siendo el problema más destacado asociado a la economía familiar. La reivindicación más importante en este sentido es el reconocimiento automático del 33% en la valoración de discapacidad con el diagnóstico. Sobre qué pueden ofrecer las organizaciones de personas con la enfermedad, las principales demandas son información y orientación desde el momento de diagnóstico; apoyo emocional y conocer a otras personas que se encuentran en la misma situación.



# Tres de cada cinco cuidadores de mayores con dependencia tienen problemas físicos

UN 54 POR 100 DE LOS CUIDADORES HA SUFRIDO CAMBIOS EN SUS VIDAS, CON ALTERACIONES DE CARÁCTER Y DE ESTADO DE ÁNIMO, QUE HAN REPERCUTIDO EN SU SALUD FÍSICA EN UN 60 POR 100 DE LOS CASOS Y EN UN 49 POR 100 A LA MENTAL.



➡ RAP / IMSERSO

**A** sí lo ha resaltado la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) en el acto conmemorativo del «Día Internacional de las Personas Cuidadoras», celebrado en la sede central del Imserso.

Según la SEGG, el perfil del cuidador tipo responde al de una mujer –en el 85% de los casos–, que se ocupa del familiar dependiente de forma exclusiva. Más del 50% de estas cuidadoras son descendientes directas (hijas) y el 18%, el cónyuge de la persona que precisa de los cuidados.

La directora general del Imserso, Carmen Balfagón, destacó la figura del cuidador y su importancia dentro del Sistema

de Dependencia, que próximamente va a ser reformado con la participación de todas las entidades relacionadas con la autonomía personal y las personas en situación de dependencia. También resaltó los apoyos que toda la sociedad debe ofrecer a estas personas abnegadas: “hay que cuidar a los cuidadores”, ha señalado Balfagón.

Por su parte, el doctor López Trigo, presidente de la SEGG, ha apuntado la puesta en marcha del proyecto «Un cuidador lo cambia todo» para informar y concienciar sobre su trabajo. Un proyecto que destaca que el tiempo libre de los cuidadores se ve afectado en un 82% y la vida familiar en un 70%.

## CUIDAR AL CUIDADOR

**S**egún los datos presentados, el 80% de los cuidadores nota cansancio y sufre estrés, mientras que el 76% presenta dolores osteoarticulares y de espalda; la mitad tiene insomnio y casi un 40% dolores de cabeza. Un 73% sufre frustración e impotencia, frente al 61% que presenta ansiedad, irritabilidad o enfado; el 57% depresión o tristeza; el 35% soledad; y sentimiento de culpa el 30%.

El presidente de la Fundación Envejecimiento y Salud de la SEGG, Iñaki Artaza Artabe, señaló que “los cuidadores familiares no son conscientes de la importancia de cuidarse a sí mismos dado el enorme estrés diario que implica la responsabilidad de permanecer vigilante las 24 horas”.

Yolanda Tellaache, presidenta del Instituto de Formación Cofares, destacó el papel decisivo de las personas cuidadoras en la sociedad y se refirió a la implicación de la Farmacia Comunitaria en la formación y apoyo a las personas cuidadoras.

Por su parte, Primitivo Ramos, secretario general de la SEGG; y M<sup>a</sup> Ángeles García, secretaria de la Fundación Envejecimiento y Salud, presentaron el Programa de formación «online» acreditado para profesionales sociosanitarios, que alcanza ya su tercera edición y el Programa de formación «online» para cuidadores de personas mayores en situación de dependencia.

*Más de la mitad de las cuidadoras son descendientes directas (hijas) y el 18%, el cónyuge de la persona que precisa de los cuidados*

15 DE NOVIEMBRE, DÍA DE LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

*Más de 60.000 personas entre adultos y niños, conviven con enfermedades neuromusculares en España*

**Toda la información sobre el Día de las Enfermedades Neuromusculares, las actividades conmemorativas y la campaña pueden seguirse a través de las redes sociales con la etiqueta #DELAMANO15N o mediante la web**

[www.enfermedadesneuromusculares.org](http://www.enfermedadesneuromusculares.org)



## Las enfermedades neuromusculares son mayoritariamente genéticas y hereditarias

LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES SON UN CONJUNTO DE MÁS DE 150 PATOLOGÍAS QUE AÚN NO DISPONEN DE TRATAMIENTO EFECTIVO, SON DE NATURALEZA PROGRESIVA Y SU PRINCIPAL CARACTERÍSTICA ES LA PÉRDIDA DE FUERZA MUSCULAR.

### ➤ RAP Y FEDERACIÓN ASEM

La esclerosis lateral amiotrófica, la miastenia y las distrofias musculares son las enfermedades neuromusculares más prevalentes, pero existen otras que también se presentan con bastante frecuencia como las enfermedades miotónicas, la atrofia muscular espinal, las neuropatías sensitivo-motoras hereditarias o las miopatías mitocondriales. "Aunque las causas son muy diferentes, e incluso en muchas de ellas aún no se conoce su origen, las enfermedades neuromusculares son mayoritariamente genéticas y hereditarias y más del 50% aparecen en la infancia", señala el doctor Gerardo

Gutiérrez, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología. Para concienciar y dar visibilidad a este grupo de patologías, la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (Federación ASEM) y sus asociaciones miembros, lanzaron la campaña de concienciación ciudadana #DELAMANO15N, que volvió a activarse con motivo del Día de las Enfermedades Neuromusculares, el 15 de noviembre. La campaña promovida en redes sociales, sigue aglutinando fotografías de personas cogidas de la mano para expresar "la fuerza de la amistad y la solidaridad por encima de los prejuicios y barreras sociales".

### *Cadenas humanas solidarias*

*El Día Nacional de las Enfermedades Neuromusculares se realizaron cadenas humanas solidarias y otros actos de sensibilización por en Madrid, Bilbao, Sevilla, Barcelona, Valencia, Donostia, Granada, Huelva, Vigo, A Coruña, Lugo, Pontevedra, Pamplona, Las Palmas, Tenerife y Oviedo.*

*En palabras de Cristina Fuster, presidenta de Federación ASEM, "el 15 de noviembre es una fecha clave para visibilizar las necesidades específicas de nuestro colectivo y concienciar a la población en general para que entre todos consigamos una sociedad más inclusiva, donde el hecho de padecer una enfermedad neuromuscular no suponga un obstáculo en el desarrollo social de la persona".*



## Imserso y Confederación Autismo España se unen para mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno del espectro del autismo

LA DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES, CARMEN BALFAGÓN, Y EL VICEPRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN AUTISMO ESPAÑA, JOSÉ LUIS BRUNED, ACTUANDO EN SUSTITUCIÓN DEL PRESIDENTE, FIRMARON UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN QUE ESTABLECE UN MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE AMBAS ENTIDADES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO Y SUS FAMILIAS.

➡ Jesús Zamarro

Foto: Edu Vilas Chicote

Con la firma del protocolo, que se llevó a cabo el pasado 20 de octubre en la sede central del Imserso, se ha iniciado un proceso de colaboración que contempla la puesta en marcha de acciones formativas para profesionales, con el fin de fomentar la calidad del ejercicio profesional y promover buenas prácticas y apoyos a las personas con trastorno del espectro del autismo y sus familias.

Otros ámbitos de colaboración previstos en el protocolo son investigaciones y estudios dirigidos a promover, apoyar e incrementar el conocimiento sobre los trastornos del espectro del autismo, publicaciones y materiales de interés profesional, foros de debate, encuentros e información y seguimiento de políticas sociales de interés para el colectivo, tanto en España como a nivel europeo.

Para desarrollar y concretar estas actuaciones de colaboración se constituirá una Comisión Mixta integrada por tres representantes de cada una de las partes, que



### AUTISMO ESPAÑA

Autismo España es una confederación estatal que agrupa y representa a entidades del tercer sector de acción social promovidas por familiares de personas con trastornos de espectro del autismo, que facilitan apoyos y servicios específicos y especializados para personas con este tipo de trastornos y sus familias.

Su misión es apoyar a las personas con TEA y sus familias promoviendo la reivindicación y el ejercicio efectivo de sus derechos, con el propósito de favorecer su calidad de vida y conseguir la igualdad de oportunidades.

constituirá el cauce estable de comunicación entre el Imserso y la Confederación Autismo España.

*El objetivo es promover buenas prácticas y apoyos a las personas con trastorno del espectro del autismo y sus familias*

## Una delegación de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores visita el Imserso



LA DIRECTORA GENERAL DEL IMSERSO, CARMEN BALFAGÓN, RECIBIÓ EL PASADO 20 DE OCTUBRE A UNA DELEGACIÓN DE LA FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE ASOCIACIONES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES, PRESIDIDA POR MODESTO CHATO DE LOS BUEYS, A LA QUE ASISTIERON REPRESENTANTES DE ARGENTINA, COSTA RICA, COLOMBIA, CHILE, URUGUAY Y VENEZUELA.

La reunión se enmarca dentro de los actos conmemorativos del 40 aniversario de Unate, la Universidad Nacional de Aulas de la Tercera Edad, una entidad que está presente en Santander y en otras diez localidades a través de extensiones culturales, centros creados a partir de la decisión de un grupo de personas mayores, a veces con el apoyo de ayuntamientos, otras a partir de su propia iniciativa.

Desde sus inicios Unate, que está presidida por Modesto Chato, se encuentra activamente comprometida con la defensa de la educación permanente de las per-

sonas mayores de 50 años, tanto por ser un derecho irrenunciable como por constituir un ámbito que ofrece oportunidades para el desarrollo, el crecimiento personal y la participación en la vida económica, política, social y cultural de sus comunidades.

Unate no sólo ha crecido y evolucionado, sino que también ha sido germen y articuladora de otras iniciativas desde la sociedad civil, entre las que destacan la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores, entidad de la que es cofundadora, y la Fundación Patronato Europeo del Mayor.

Decenas de organizaciones de mayores de más de veinte países interactúan y coordinan esfuerzos a la hora de mejorar la calidad de vida y garantizar los derechos humanos de las personas adultas mayores allá donde más lo necesitan.

*La Unate está comprometida de forma muy activa con la defensa de la educación permanente de las personas mayores de 50 años*





▶ EL COLECTIVO ESTÁ COMPUESTO POR 420.000 PERSONAS

## El Senado se compromete a dar visibilidad a las personas con daño cerebral adquirido

LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DAÑO CEREBRAL HA VISITADO EL SENADO DE ESPAÑA CON MOTIVO DEL 26 DE OCTUBRE, DÍA DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. DURANTE LA VISITA, REPRESENTANTES DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO ENCABEZADOS POR SU PRESIDENTE, LUCIANO FERNÁNDEZ, MANTUVIERON UN ENCUENTRO CON EL PRESIDENTE DEL SENADO, PÍO GARCÍA-ESCUADERO.

▶ RAP / Fotos: Senado de España

**E**n el encuentro se habló de la necesidad de impulsar una Estrategia Nacional de Atención al Daño Cerebral Adquirido que garantice la máxima calidad de vida posible a las personas con daño cerebral adquirido, un colectivo compuesto por 420.000 personas. La periodista Mariló Montero cerró el acto con la lectura del Manifiesto del Día del Daño Cerebral Adquirido.

El daño cerebral adquirido se caracteriza por causar discapacidad de forma repentina a más de 100.000 personas al año. Tras una lesión en el cerebro, como un ictus o un traumatismo craneoencefálico, las consecuencias pueden causar problemas físicos, cognitivos, en la comunicación, alteraciones sensoriales, emocionales y en la personalidad. En España las 420.000 personas que viven con daño cerebral adquirido se enfren-

tan a un panorama de recursos de atención insuficiente: existen 93 centros especializados en daño cerebral que ofrecen 4.426 plazas de las cuales 727 son públicas, 1.275 concertadas y 2.424 privadas.

*Cada año se dan más de 104.700 nuevos casos de discapacidad por daño cerebral adquirido*

### ESTRATEGIA NACIONAL DE ATENCIÓN AL DCA

Según Luciano Fernández «las familias se ven desamparadas ante el daño cerebral cuando han de ser parte beneficiaria de un proceso de atención especializado. Creemos que se debe crear la categoría diagnóstica Daño Cerebral Adquirido que ponga en marcha este proceso al alta hospitalaria». El código diagnóstico, el impulso de un censo de personas con daño cerebral adquirido para dimensionar de forma adecuada los recursos necesarios para el colectivo y garantizar la continuidad asistencial y la coordinación sociosanitaria; son esenciales para alcanzar niveles de calidad de vida e inclusión social suficientes para las personas con daño cerebral.

Ante esta realidad, el presidente del Senado, Pío García-Escudero dijo que «vamos a redoblar esfuerzos para que ninguna persona con daño cerebral adquirido, ni sus familiares, puedan sentirse invisibles ante los ojos de la sociedad. El Senado, en su trabajo parlamentario siempre ha tenido una atención preferente a los problemas sociosanitarios relacionados con distintas formas de discapacidad».

► BORJA FANJUL, JUNTO A REPRESENTANTES DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE PERSONAS SORDAS



## Diez años de la Ley de lenguas de signos españolas

EL 23 DE OCTUBRE DE 2007 SE APROBÓ LA LEY 27/2007 POR LA QUE SE RECONOCEN LAS LENGUAS DE SIGNOS ESPAÑOLAS Y SE REGULAN LOS MEDIOS DE APOYO A LA COMUNICACIÓN ORAL DE LAS PERSONAS SORDAS, CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SORDOCIEGAS

► RAP y Fiapas

**D**iez años después, la Confederación Española de Familias de Personas Sordas recuerda que desde el marco legal existente, todas las personas sordas, sea cual sea su opción comunicativa, deben contar con recur-

sos de apoyo para poder ejercer sus derechos y cumplir sus obligaciones en igualdad de condiciones que los demás.

Fiapas recuerda que la Ley por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, aprobada hoy hace diez años, y en cuya elaboración tuvo una participación activa y efectiva, supuso el reconocimiento expreso de la diversidad comunicativa de

las personas con sordera y rubricó el derecho de libre elección -de los padres si se trata de menores- sobre la lengua vehicular de comunicación y de enseñanza y aprendizaje. Esta ley garantiza a las personas con sordera que comunican en lengua oral y son usuarias de prótesis auditivas (audífonos e implantes) que puedan disponer de los recursos de apoyo a la comunicación oral que precisen para ejercer sus derechos y cumplir con sus obligaciones como ciudadanos en igualdad de condiciones.

Al respecto, Fiapas pide que se culmine el desarrollo reglamentario de la Ley, con el alcance que se previó y desde la equidad en el tratamiento a las distintas opciones de comunicación, trasladando este enfoque de la norma estatal a los correspondientes desarrollos económicos.

*La ley garantiza a las personas con sordera disponer de recursos de apoyo a la comunicación oral*





# El Gobierno asegura que en 2018 aprobará el reglamento que desarrolla la Ley que reconoce las lenguas de signos

*Fiapas confía en que el futuro reglamento “sea útil, modélico y garantista a nivel estatal y autonómico”*

EL DIRECTOR GENERAL DE POLÍTICAS DE APOYO A LA DISCAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, BORJA FANJUL, HA ASEGURADO QUE “EN LOS PRIMEROS MESES DE 2018 SE APROBARÁ EL REGLAMENTO QUE DESARROLLA LA LEY 27/2007 POR LA QUE SE RECONOCEN LAS LENGUAS DE SIGNOS ESPAÑOLAS Y SE REGULAN LOS MEDIOS DE APOYO A LA COMUNICACIÓN ORAL PARA LAS PERSONAS SORDAS Y SORDOCIEGAS”.

### DESARROLLO REGLAMENTARIO Y PLANIFICACIÓN

La Confederación Española de Familias de Personas Sordas demanda que se planifique de forma equilibrada la dotación presupuestaria que debe acompañar al desarrollo de la Ley, a partir del análisis de necesidades, de la identificación de las demandas y de los recursos existentes y se hagan efectivos los mandatos relativos a la financiación y acceso a apoyos técnicos para personas sordas. Por último no hay que olvidar el doble objeto de la Ley, tanto en lo relativo a las personas sordas usuarias de la lengua de signos, como a las personas sordas que comunican en lengua oral. Obviar este último significa invisibilizar a más del 97 % de las personas sordas de nuestro país que utilizan la lengua oral y precisan de medios de apoyo a la comunicación oral.

► RAP y CNSE

Borja Fanjul hizo estas declaraciones durante los actos convocados con motivo de la celebración del Día Internacional de las Personas Sordas, que este año ha conmemorado, además, el décimo aniversario de dicha Ley. Fanjul ha asegurado que “el desarrollo de esta norma es una prioridad para el Ejecutivo”.



Por su parte, Concha Díaz, presidenta de la Confederación Estatal de Personas Sordas quiso dejar claro que “esta ley es tanto para las personas sordas y personas sordociegas usuarias de las lenguas de signos, como para todas aquellas que aún hoy siguen viendo vulnerado su derecho a acceder a la información y la comunicación en todos los ámbitos”.

Además, ha destacado la diversidad que caracteriza a la comunidad sorda y ha resaltado la necesidad de que “todos los gobiernos autonómicos garanticen los derechos de este colectivo en todo el territorio del Estado”. De ahí que la presidenta de la CNSE confíe en que el futuro reglamento “sea útil, modélico y garantista a nivel estatal y autonómico, y que trate a la lengua de signos española y a la lengua de signos catalana con el mismo respeto y protección que a las lenguas orales”.

*a fondo*

**LA AUTORA DE ESTE ARTÍCULO OFRECE LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL DEL IMSERSO EN MATERIA DE EMPLEO Y APUNTA A LA NECESIDAD DE SEGUIR REFLEXIONANDO E IMPLEMENTADO ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO PARA QUE DISPONGAN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA ACCEDER AL MUNDO LABORAL.**

La integración laboral es un aspecto que ha sido abordado desde hace mucho tiempo y se sigue trabajando en el ámbito de la discapacidad en general, sin embargo nos encontramos con que la población con daño cerebral adquirido (en adelante DCA), posee unas peculiaridades que no son equiparables a ningún tipo de discapacidad, al presentar déficits físicos y/o cognitivos es un paradigma absolutamente diferente y cuyo número va en aumento.

Según datos del estudio publicado en octubre de 2015 por la Federación Española de Daño Cerebral (Fedace) «Aproximación demográfica y necesidades de las personas con DCA y sus familias», en España viven 420.064 personas con daño cerebral adquirido, de las que el 89% presentan alguna discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Cada año se producen unos 100.000 casos nuevos y un 25% corresponden a personas menores de 65 años, es decir están en edad laboral. Las personas que han sufrido un daño cerebral adquirido, tras concluir su proceso rehabilitador, sufren



*El 72,64% de las personas con DCA tienen grandes dificultades para volver a trabajar por las secuelas asociadas*





Inmaculada Gómez Pastor · Fotos: M<sup>a</sup> Ángeles Tirado Cubas

# EMPLEO Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

secuelas que limitan sus posibilidades de reintegrarse a la actividad laboral que estaban desarrollando premórbidamente.

Tanto los déficits físicos (hemiparesias, problemas sensitivos, visuales etc.) como cognitivos (enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, heminegligencia, dificultades de concentración etc.) pueden interferir en su vida laboral, pero no impedir necesariamente la misma, siendo básico dotar a las personas afectadas de las herramientas que le permitan retomar su actividad.

En la mayoría de los casos, el daño cerebral adquirido produce un cambio en el estilo de vida de las personas que lo han sufrido y es necesario un reajuste de expectativas relacionadas con el proyecto de vida completo incluyendo las asociadas con el desarrollo profesional.

Es habitual presentar desorientación y confusión con los pasos a seguir, siendo necesario en ocasiones incluso cambiar de profesión. Es por esto que se hace necesario contar con personas de referencia o de apoyo que les asesoren y ayuden en el proceso de toma de decisiones con respecto al futuro (Blog Ceada)

#### DATOS CUANTITATIVOS

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, las personas con daño cerebral adquirido en edad laboral en España ascendían, a 80.224 personas. El 60,2% de éstas era varón, un 39,8% era mujer. Más del 50% se encontraba entre los 45-59 años y el 62,1% de estos casos tiene como origen un accidente cerebrovascular.

De acuerdo con la Base Estatal de personas con Discapacidad en España, hasta el año 2012 han sido valoradas por los Equipos



### *El número de personas con DCA en España con edad de trabajar asciende a 80.224*

de Orientación y Valoración de la Discapacidad, para obtener el reconocimiento administrativo de la misma, 113.132 personas con DCA. De éstas, el 44,30% (50.114 personas) se encontraba en edad laboral. Los varones representan el 65,47% y las mujeres el 34,53% de esta población. Entre las personas valoradas con DCA en edad laboral el 89,1% cuenta con el certificado de discapacidad

En un estudio presentado en diciembre de 2016 y realizado por la fundación ONCE junto al Fondo Social Europeo, sobre DCA e inserción laboral, se extraen datos muy significativos de las necesidades de este colectivo en el ámbito laboral:

- El 72,64% de las personas con DCA tienen grandes dificultades para volver a trabajar por las secuelas asociadas
- El número de personas con DCA en España con edad de trabajar asciende a 80.224 personas.
- Tomando una pequeña muestra

de 400 personas con DCA con una media de edad de 46 años, se pudo ver que

- el 42,8% se encuentra jubilada o prejubilada por incapacidad para trabajar.
- el 23% se encuentra en búsqueda de empleo.
- el 13,53% trabaja.

- Respecto a la edad un 61,97% de las personas con edades comprendidas entre los 16 y los 32 años se encuentran activas (trabajando o buscando empleo), frente al 14,56% de las personas mayores de 50 años.
- El 59,10% de personas con DCA que sufren algún tipo de secuela no se encuentran activas.

Estos datos nos indican que hemos de trabajar especialmente en la integración laboral de personas que hayan sufrido un DCA, ya que es parte importante para propiciar su autonomía personal y mejorar por tanto su calidad de vida



## Integración laboral de las personas con DCA

- *El desconocimiento técnico en general de los problemas que afectan a la población que nos ocupa, de tal manera que existen protocolos de actuación más o menos confrontados y experimentados para la integración de las personas con discapacidad motórica (podemos intervenir desde la accesibilidad, la adecuación al puesto de trabajo, el transporte, la adaptación del puesto del que proviene, etc.), lo mismo ocurre con las personas con discapacidad intelectual, con las que se trabaja desde el punto de vista ocupacional, los centros especiales de empleo etc.*
- *La peculiaridad de las dificultades que presentan las personas con DCA, es que cursa con problemas físicos por un lado y cognitivos y de personalidad por otro, es decir nos encontramos con una discapacidad con componentes físicos y psicológicos, por lo que no valen los programas de integración laboral al uso. Nos podemos encontrar con problemas de memoria, de orientación, de lenguaje de conducta, de movilidad etc. Aislados o combinados.*
- *La diferencia tanto de problemas como de tratamientos para cada persona. No hay dos casos iguales, ya que lo que está dañado es el cerebro, órgano que implica la individualidad de cada persona. Sin olvidar el aspecto pre mórbido de cada uno, el trabajo previo al daño, el estilo de vida, su formación etc.*
- *La falta de recursos especializados dotados con profesionales conocedores del DCA.*
- *Las barreras existentes, tanto físicas, como psicológicas y de comunicación.*
- *La falta de una formación adecuada para las personas con DCA.*
- *El desconocimiento de las empresas de esta patología, lo que implica también desconocimiento en la forma de abordarlo.*
- *La falta de programas de rehabilitación profesional específicos para esta población.*
- *Las dificultades legales que van añadidas, ya que las personas en edad laboral, que estaban activas y han sufrido un DCA, se encuentran en situación de incapacidad transitoria, con lo que esto implica a la hora de recibir formación ocupacional, u otro tipo de actividad dirigida al empleo.*

### ABORDAJE DE LA INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DCA

No se puede obviar la existencia de un marco legal, que obliga a que las personas a las que le sobreviene una discapacidad (en este caso DCA) tienen derecho a continuar desempeñando su trabajo de una forma eficaz y eficiente, con los ajustes razonables que resulten precisos, es decir, cuando las medidas de adaptación necesarias no supongan una carga excesiva para la empresa. Sin embargo y a pesar de este marco legal nos encontramos con datos muy preocupantes de desempleo en la población con DCA por lo que es imprescindible una reflexión que propicie acciones que ayuden a mejorar esto.

En la publicación «La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar», editada por el Instituto Guttmann en 1999, donde se dedica un capítulo a la integración laboral de las personas con traumatismo craneoencefálico que escribe Rosa M. Molins distingue seis grandes grupos de variables que se deben analizar para poder detectar cuales son los déficit de cada persona en su integración laboral y cual son sus aptitudes.

Estas variables permiten establecer objetivos específicos que concretan los cambios que se pretenden conseguir y son las siguientes:

- **Variables Curriculares:** con referencia al nivel formativo de la persona.
- **Variables personales:** entre las que se encuadran si es consciente de sus discapacidades y las acepta, si tiene un conocimiento claro de sí mismo de sus

posibilidades, si las expectativas que tiene están ajustadas a sus posibilidades, el nivel de autonomía, así son importantes los hábitos de higiene, el aspecto físico, la orientación en el espacio, el autocontrol

- Variables sociales: así hay que tener en cuenta su familia, ya que su actitud es determinante para con relación al apoyo que puedan proporcionar durante el proceso de inserción laboral. Su participación en actividades del medio social tanto lúdicas como deportivas y voluntarias.
- Variables de interacción: capacidad de contactar, participación e iniciativa, colaboración, habilidades sociales, integración en la empresa o en los cursos de formación, sugestionabilidad como capacidad que tiene la persona para dejarse influir por los demás
- Variables de producción, con relación al puesto de trabajo: valora el conocimiento del entorno laboral y de trabajo a realizar, cantidad y calidad de trabajo, organización del trabajo, trabajo bajo presión.
- Variables personales, respecto a las actividades: capacidad de aprendizaje, comprensión de ideas e instrucciones, responsabilidad, puntualidad y asistencia, solución de problemas.

### FACTORES PARA LA INTEGRACIÓN

Según la misma publicación los factores que específicos que influyen decisivamente en el proceso de integración de las personas que presentan TCE son:

- La edad de la persona, cuanto más joven existen más posibilidades de superación personal.
- El nivel de estudios antes del accidente. Si el nivel de estudios es bajo, el proceso de formación es más lento y largo, así mismo la falta de motivación para el estudio es más grande entre las personas que no han tenido el hábito o la posibilidad de estudiar en etapas anteriores.



- Los recursos económicos, ya que facilitan el acceso a las ayudas técnicas, los desplazamientos etc.
- La familia, que es un apoyo necesario e insustituible, siempre que tenga una actitud colaboradora y positiva.
- El círculo de relaciones sociales, es importante no perder las amistades, los compañeros de trabajo, si se pierde se deben facilitar recursos de socialización. Sin una adaptación social difícilmente se conseguirá una integración laboral.
- La aceptación de la discapacidad. Es fundamental utilizar las capacidades conservadas, para ser responsable de sus actos y controlar su propio destino.

En el estudio realizado por la fundación ONCE junto al Fondo Social Europeo, sobre DCA e inserción

laboral plasman las siguientes propuestas:

- Habilitar controles especiales contra el riesgo de fracaso antes de la inserción, ya que se trata de poblaciones tendentes a no arriesgar. El acercamiento a la actividad laboral de la población con DCA requiere una actitud positiva, pero realista.
- Proveer un despliegue de recursos amplio e interdisciplinar, para el regreso a la actividad laboral, incluyendo apoyos del entorno más cercano (familia, hogar).
- Priorizar el regreso a la empresa en la que se trabajó antes de la lesión, únicamente en los casos en los que la persona no lo interprete de manera negativa, como una pérdida de imagen o autoridad.
- Dimensionar la exigencia del puesto a las capacidades funcio-



## Fundación Empresa y Sociedad

*Desde el año 2015, se está llevando a cabo un proyecto piloto utilizando el «coaching» como herramienta para la reinserción de personas que han recibido tratamiento en el Ceadac y que son propuestas por parte del equipo transdisciplinar como candidatos/as a esta actuación. En colaboración con la Fundación Empresa y Sociedad se aplica un proceso de reinserción que puede observarse en el esquema adjunto.*

*A lo largo de este tiempo, se han atendido múltiples casos, con diferentes ocupaciones entre las que se encuentran trabajos administrativos, relacionados con la informática, con la sanidad, con el comercio o la restauración entre otras y tanto por cuenta ajena como propia. Hemos de continuar en esta línea para evidenciar el éxito del proyecto.*



nales, en cuestiones relacionadas con tipo de puesto e intensidad de la actividad. En cualquier caso el acceso a la actividad deberá ser temprano y progresivo.

- En relación con lo anterior, habilitar resortes legales que faciliten un acercamiento “previo” a la actividad laboral, sin vincular contractualmente a la empresa, pero eliminando dificultades legales.
- Información y sensibilización del entorno laboral de la persona afectada, fundamentalmente en aquellos casos en los que el DCA supone afectación en el terreno cognitivo, emocional o del comportamiento
- Normalizar la incorporación de afectados con DCA mediante sensibilización empresarial.

Todos estos puntos han de ser tenidos en cuenta, y es una forma de comienzo de abordaje de la in-

tegración laboral de personas con DCA.

Desde mi punto de vista se podría añadir:

Con base en el modelo de atención centrada en la persona, se debe tener en cuenta la opinión de la persona usuaria, darle el protagonismo que merece como dueño de su vida que es.

Utilizar el modelo de empleo con apoyo, que puede ser un facilitador en muchas ocasiones.

Concienciar a toda la sociedad en general de lo que es el DCA y lo que implica e investigar e innovar en el ámbito de la integración laboral, ofreciendo nuevos abordajes.

### EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL

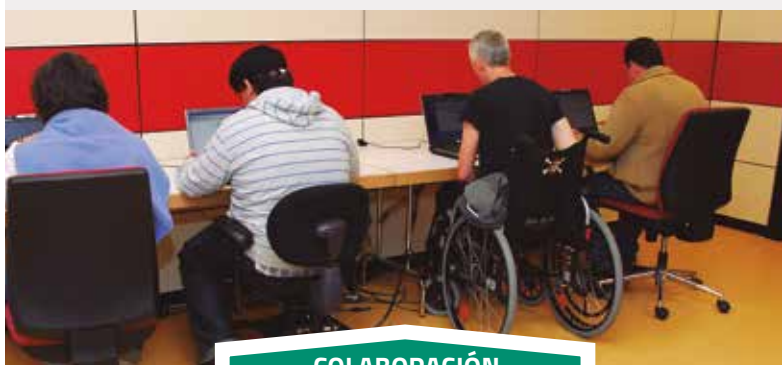
Uno de los objetivos del Ceadac es ofrecer programas de rehabilita-

ción sociosanitaria a las personas con DCA e impulsar la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familias.

El fin de estos programas es que la persona vuelva a ser lo más parecida posible al minuto antes de tener el DCA, lo que implica en muchos

*En el Ceadac se ha elaborado un programa de integración laboral y ocupacional para personas usuarias del centro*

## PROCESOS



## COLABORACIÓN

### Orientación e intermediación laboral

*En colaboración con la Federación de Daño Cerebral (Fedace), se está realizando también un proyecto novedoso, de «Orientación e Intermediación laboral para personas con DCA», que se desarrollará en 5 fases: información y acogida de los participantes en el proyecto, activación de itinerarios personalizados de inserción, intermediación sociolaboral y seguimiento en el puesto de trabajo.*

*Se incluye un análisis de la situación laboral que incluye perfil profesional, expectativas, disponibilidad etc. y una valoración de necesidades de apoyo de aspectos de búsqueda activa de empleo que se deben adquirir o reforzar y trabajo en grupo de determinadas áreas de formación.*

*Con la elaboración de un plan personalizado de búsqueda activa de empleo, además de existir un aintermediación con empresas y con las personas candidatas. Esperamos tener en breve resultados de estas acciones, y que estos sean muy positivos para continuar en nuestro empeño, que no es otro que mejorar la calidad de vida de las personas con DCA.*

*Para concluir llamo la atención sobre la necesidad de seguir reflexionando e implementado actividades relacionadas con el empleo y DCA, con el objetivo de que esta población tenga igualdad de oportunidades para acceder al mundo laboral, siempre contando con la especificidad de esta patología y lo que ello implica.*

casos la reinserción laboral, tema este que nos ha preocupado desde el comienzo de la actividad en este centro, por lo que se ha venido trabajando con casos puntuales.

Por otra parte desde el departamento de neuropsicología del Ceadac, en colaboración con el de medicina de rehabilitación y el de trabajo social se ha elaborado un programa de integración laboral y ocupacional para personas usuarias del centro, con un promenorizado protocolo de actuación.

Su objetivo general es implantar un programa de integración laboral y ocupacional que asegure en la medida de lo posible la mejor integración ocupacional de las personas con daño cerebral que realizan rehabilitación en el Ceadac.

Cuenta con los siguientes objetivos específicos: identificar lo más precozmente posible aquellas personas usuarias en las que podría existir una posibilidad real de reinserción laboral; obtener una respuesta rápida y concreta sobre la disposición de la persona usuaria, su familia y empresas a la reinserción laboral de cada caso concreto; realizar una orientación realista y ajustada a las capacidades del paciente; ofrecer soporte y asesoramiento profesional a aquellas empresas que quieran asumir la posibilidad de la readaptación laboral; facilitar la participación en cursos y otros recursos formativos que puedan derivar en una futura integración laboral; derivar a la persona usuaria a todos los recursos pertinentes que puedan facilitar su reinserción laboral; implicar a la familia y a la persona usuaria en todo el proceso, para favorecer la recuperación, redireccionar en aquellos casos en que el proceso no tenga éxito; crear una base de datos de personas usuarias que tengan posibilidades de integración y utilización de dicha base de datos para cubrir las oportunidades forma-





## *En colaboración con Fedace se está realizando un proyecto de «Orientación e Intermediación laboral para personas con DCA»*

tivas y ocupacionales que surjan dentro de este programa; concienciar a la familia y a la propia persona usuaria de las limitaciones de reinserción profesional para que se comience lo antes posible el proceso de aceptación de estas limitaciones.

Redirigir precozmente hacia otro tipo de recursos del ámbito de la atención social (ayudas domiciliarias, recursos residenciales, centros de día y actividades de ocio y tiempo libre).

Se confeccionaron esquemas en forma de árbol sobre diferente toma de decisiones que son imprescindibles para guiar el camino a seguir: de valoración de aptitud para el programa de integración laboral, para el proceso de reinserción laboral, para la recolocación laboral, para la integración ocupacional.

Además se elaboraron documentos tipo de consentimiento de participación en el programa y un ejemplo de carta de interés para la reinserción laboral y un certifi-

cado del centro para la reinserción laboral. También se añadió un listado de recursos que trabajan con la integración laboral en general y normativa que aplica al fomento de la contratación laboral de trabajadores con discapacidad.

Este fue el comienzo del Ceadaac en el área del empleo y el DCA, y en la que se continúa trabajando y avanzando.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Barragán López. "Y después del accidente ¿Qué?" Documento encargado por el IMSERSO, Observatorio de la discapacidad.

Bernabeu, Roig (1999). "La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque multidisciplinar", Integración social y laboral, (pp 121-133). Fundació Institut Guttmann. Barcelona.

Dale Margolin Cecka, Portia L. Cole and Fatima M. Smith (2012). Persons Affected by Traumatic Brain Injury in the Workplace: Implications for Employee Assistance Programs, 27 J. Workplace Behav. Health 227.

Defensor del Pueblo (2006): Daño Cerebral Sobvenido en España: un Acercamiento Epidemiológico y Sociosanitario. Informe monográfico. Madrid. Defensor del Pueblo.

Fernández Ríos, Rico, Gómez Jarabo (1998). "Diseño de puestos de trabajo para las personas con discapacidad" (pp.141-145). Documentos técnicos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Different Strokes (2015). Work After Stroke. Different Strokes UK

Imsero (2007a). Modelo de atención al DCA. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Gómez Pastor (2003) "Integración laboral y preparación para el empleo"

II Jornadas de Daño Cerebral Sobvenido Imsero (2007b) Modelo de Centro de Día para personas con Daño Cerebral Adquirido. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Job Accommodation Network (JAN) (2013). Employees with Brain Injuries.

Accommodation and Compliance Series. The Office of Disability Employment Policy, U.S. Department of Labor Luna-Lario P, Blanco-Beregaña M, Tirapu-Ustárrroz J, Ojeda N, Mata-Pastor I

Trayectoria laboral, discapacidad y dependencia tras daño cerebral adquirido: estudio prospectivo en los años siguientes a la lesión cerebral. Rev Neurol. 57: 241-50.

Muñoz Céspedes, Juan Manuel (2002). Evaluación e integración laboral de personas afectadas por daño cerebral traumático. Majadahonda (Madrid). FREMAP

Muñoz Céspedes, J.M." Secuelas neuropsicológicas y psicosociales del daño cerebral traumático. Estudio prospectivo con 18 meses de seguimiento", MAPFRE MEDICINA, VOL 8 N° 1. (pp 41-50).

Phillips, Julie (2013) Return to work after traumatic brain injury: a cohort comparison study and feasibility economic analysis. PhD thesis, University of Nottingham

Radford (et al) (2013) Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation. Brain Injury. March

SHAMES J (et al) (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. Disability and Rehabilitation. September; 29(17): 1387-1395

Van Velzen JM, Van Bennekom CAM, Ede-laar MJA, Sluiter JK, Frings Dresen MHW. (2009) How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. Brain Injury 2009; 23: 473-88.

Weinberger, J (et al) (2009). Returning to Work After Brain Injury a Strategy Guide for Job Coaches. Brain Injury Association of New Jersey.



Rafael Sánchez Vázquez

*Director Médico Coordinador – CRE Alzheimer y otras demencias del Imsero*

# PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER





## a fondo

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ESTIMA QUE SI DISMINUYERA EL 10 POR 100 LA EXPOSICIÓN A TODOS LOS FACTORES DE RIESGO, LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA POBLACIÓN SE PODRÍA REDUCIR EN 250.000 NUEVOS CASOS EN EL MUNDO POR AÑO.

*“Nunca es tarde para emprender ni para aprender”*

**DE TODOS ES SABIDO, DADA LA AMPLÍSIMA INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y DIVULGATIVA DESARROLLADA SOBRE ESTA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA, QUE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ES UN SÍNDROME QUE AFECTA EN PRIMER LUGAR A LA MEMORIA Y TIEMPO DESPUÉS A OTRAS FUNCIONES INTELLECTUALES SUPERIORES (PLANIFICACIÓN, ATENCIÓN, JUICIO, RECONOCIMIENTO, LENGUAJE, FUNCIONALIDAD, ETC.), HASTA LLEGAR EN EL PEOR DE LOS CASOS A UNA VIDA VEGETATIVA.**

**E**n Medicina, desde hace muchos siglos, se ha puesto mucho énfasis no solo en la faceta curativa o rehabilitadora, sino en la preventiva, que ha permitido modificar el curso epidemiológico de muchas enfermedades (Carnero Pardo, C. 2009), llegando incluso a la erradicación (ejemplo, la viruela).

La enfermedad de Alzheimer, que causa degeneración y atrofia de corteza cerebral por causas aún desconocidas, no ha sido ajena a esta faceta médica. Se ha llegado a ensayar incluso alguna vacuna, aunque ésta no tiene las mismas connotaciones que conocemos en Infecciosas. La neuróloga Gómez Isla (2011) refiere que “hasta hoy nadie ha demostrado que la enfermedad de Alzheimer se pueda prevenir”.

A pesar de todo, existen bastantes estudios y aproximaciones sobre factores, aspectos parciales, estilos de vida y marcadores que aumentan la Reserva Cerebral (Stern, Y. 1999), entendida ésta como la posibilidad de tener lesiones cerebrales propias del alzhéimer, sin desarrollar demencia.



## ¿Qué es la demencia?

La Organización Mundial de la Salud define la demencia como un “síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara.

El déficit cognoscitivo se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento o de la motivación”. Estas pérdidas son mayores que en el envejecimiento normal y de entidad suficiente como para afectar a las actividades cotidianas que la persona realizaba previamente.

Si los problemas cognitivos se inician a partir de los 65 años se considera que la demencia es de inicio tardío o senil. Si se inicia por debajo de los 65 años se considera que la demencia es de inicio precoz o presenil.

Entre estos factores o variables (Vecilla, Y. 2009), las que más influyen son las innatas, aquellas con las que se nace, tales como número de neuronas, tamaño del cerebro, o densidad o cantidad de las sinapsis de unión entre neuronas; u otras, adquiridas (Stern, Y. 2006), sobre las que sí se puede influir: laborales u ocupacionales (puestos de trabajo desarrollados), actividades de ocio, educación recibida y relacionales o de vínculos sociales, como más importantes.

La Reserva Cognitiva, concepto ligeramente distinto al anterior, podría traducirse como que a igualdad de lesiones cerebrales de tipo Alzheimer, una persona con menor reserva cognitiva, estaría más demenciada que otra con mayor reserva.

Pueden interrelacionarse ambos conceptos diciendo que la estimulación ambiental, el entrenamiento mental y el aprendizaje fomentarían el desarrollo neuronal, de sinapsis o comunicaciones entre neuronas y la plasticidad neuronal o capacidad de adaptación de las redes neuronales a lesiones en áreas cerebrales.

Este fomento o estimulación de la parte biológica (Sánchez, JL.

2002) constituiría la Reserva Cerebral o pasiva, la cual influiría directamente sobre la Reserva Cognitiva o activa, responsable de los efectos comentados anteriormente.

## FACTORES DE RIESGO

En lo que sí están de acuerdo muchos de los autores y expertos sobre este concreto tema es en que se puede hacer prevención sobre factores que ejercen fuerte incidencia sobre la aparición de la enfermedad de Alzheimer (Barnes, DE y cols. 2011). Los más estudiados son:

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Obesidad, sobre todo, a partir de los 50 años
- Depresión
- Inactividad física
- Tabaquismo
- Bajo nivel de educación

Con respecto a este último, Stern prefiere hablar de cultura (capta lo que la persona ha logrado) o de cociente intelectual, mejor que de educación (entendida como tiempo en la escuela), ya que en numerosos estudios multiculturales entre los que varía mucho la educación recibida, la historia natural de la enfermedad no varía en la misma medida.

La ya citada Deborah Barnes (The Lancet, 2011) de la Universidad de San Francisco, California, y su grupo, definió el Riesgo Atribuible a la Población (PAR, en sus siglas en inglés) que cuantifica en porcentaje los casos de enfermedad de Alzheimer que podrían prevenirse si desapareciera el factor de riesgo. Concretamente:

- Si se eliminara la inactividad física, el riesgo disminuiría el 12,7 %
- Si se eliminara el uso del tabaco, el riesgo disminuiría el 13,9 %
- Si aumentara el nivel educativo, el riesgo disminuiría el 19 %
- Y otros de los referidos más arriba, en menor porcentaje

Calcula que si disminuyera la incidencia de estos factores el 25 %,



se podrían prevenir 3 millones de casos de Alzheimer en el mundo. El mismo trabajo reconoce que únicamente son cálculos matemáticos, y que se precisarían estudios poblacionales más amplios para confirmarlos.

Y una cifra más: la Organización Mundial de la Salud, tomando como referencia cifras de Alzheimer's Disease International, afirma en su informe anual 2010 que existen 36,5 millones de casos de Alzheimer en el mundo, y que el costo global de la asistencia se cifra en 604.000 millones de dólares anuales. La OMS estima que si disminuyera el 10 % la exposición a todos los factores de riesgo (y teniendo en cuenta la aparición de 7,7 millones de nuevos casos anuales) el riesgo se podría reducir en 250.000 nuevos casos en el mundo por año.

## PREVENCIÓN

En fin, las apabullantes cifras que hemos citado persiguen dar una correcta dimensión a lo que se podría conseguir si todos nos concienciáramos de que somos los actores principales sobre nuestra propia salud. Pero, ¿cómo se hace prevención en concreto? Aunque hay muchas recomendaciones, formuladas con unas palabras u otras, los doctores Carnero y Escamilla (2002) propusieron un decálogo claro, sencillo, fácilmente cumplimentable, que se encuentra en plena vigencia en la actualidad, por lo que lo transcribo a continuación:

### Sobre el cuerpo:

- Dieta sana: comer no excesiva cantidad, pero de todos los alimentos. Ingerir alcohol con moderación.
- No fumar. Evitar otros tóxicos: un factor tóxico reconocido en las personas mayores es la automedicación. Debe ser el médico el que nos haga las recomendaciones farmacológicas, y seguirlas puntualmente.

- Mantener una actividad física adaptada al estado de la persona. Se pone por ejemplo que caminar 45 minutos diarios a buen paso, al menos 5 días por semana, es una buena forma de mantener actividad física moderada.

### Sobre la mente:

- Proteger la cabeza. Evitar la depresión. Si se detecta un bajo estado de ánimo o tristeza, desgana, apatía, desinterés por lo que nos rodea, sensación de no disfrutar con lo habitual o con nada, son síntomas de sospecha que nos deben inducir a pedir ayuda al médico.
- Las relaciones sociales son muy preventivas. Hay que mantener las amistades, salir con gente, departir, hacer tertulias, jugar partidas; en definitiva, huir de la soledad. Los autores citados lo expresan literalmente muy bien: "asóciate, agrúpate, emparéjate".
- Nunca debe cesar la actividad intelectual: leer, hacer crucigramas, estudiar aquella disciplina sobre la que hemos trabajado en nuestra vida profesional activa, dibujar, hacer cálculos, ir al cine o al teatro, cultivar aficiones, coleccionar, planificar (viajes, comidas, acciones, diversiones, trabajos...).

## ¿Qué es el Alzheimer?

*Es una enfermedad neurodegenerativa y el tipo de demencia más frecuente, especialmente, aunque no exclusivamente, en población anciana. El proceso suele empezar con pérdida de memoria e incapacidad para retener información nueva.*

*El paciente repite las mismas cosas y no reconoce sus fallos. Después se afectan otras facultades (lenguaje, razonamiento, orientación, etc.). De forma paralela, el enfermo va perdiendo autonomía; así, en una primera etapa, la persona necesita supervisión para actividades complejas. Con la progresión de la enfermedad, precisará ayuda directa para las actividades más básicas de la vida diaria.*

*Además, la mayoría de los enfermos puede presentar síntomas neuropsiquiátricos, como indiferencia, pérdida del control de las emociones, depresión o cambios en el apetito. Al progresar la enfermedad pueden aparecer alucinaciones, ideas delirantes, agitación y movimientos sin objetivo, como la deambulación errática.*



- Mantenerse informado de lo que pasa a nuestro alrededor.
- Divertirse, mejor en compañía.
- Ocupar el tiempo libre, especialmente el que se produce después de la jubilación. Hay que llenar el día de actividad.
- Tener siempre presente que: "Nunca es tarde para emprender ni para aprender".

Para concluir, todas las acciones de este tipo, llevadas a cabo de forma particular en personas sensibilizadas; o por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales de intervención con personas mayores; como programas o campañas a veces, puntuales; desde luego, siempre con la mejor voluntad y con planteamientos muy serios, deberían estar enmarcadas en un Plan de prevención, dentro de una Estrategia nacional de salud, no sólo para Alzheimer, sino en sentido amplio, planificado, coordinado, llevado a cabo por y con todos los actores, evaluado y con continuidad, por la autoridad sanitaria de nuestro país con visión de futuro sobre la salud de sus ciudadanos.



*Hay que mantener las amistades, salir con gente, departir, hacer tertulias, jugar partidas; en definitiva, huir de la soledad*

«SIGO SIENDO YO», LEMA DEL DÍA MUNDIAL 2017

## EL 10 POR 100 DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER TIENE MENOS DE 65 AÑOS

➡ RAP

ENTRE EL 9 Y EL 10 POR 100 DEL TOTAL DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ALZHEIMER ES MENOR DE SESENTA Y CINCO AÑOS SEGÚN LOS ÍNDICES DE PREVALENCIA DE ESTA ENFERMEDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Son datos que han sido aportados por la directora general del Imsero, Carmen Balfagón, y la presidenta de la Confederación Española de Alzheimer, Chelas Cantabrana, durante la presentación de la campaña 2017 Día Mundial del Alzheimer, que se celebra todos los años el 21 de septiembre.

Con el lema «Sigo siendo yo» Ceafa quiere reivindicar a la persona que hay detrás de un diagnóstico de Alzheimer y contribuir a hacer ver la

necesidad de cambiar mentalidades, actitudes, aptitudes, maneras de trabajar, de enfocar el problema, de comunicarse con las personas afectadas.

Según la Confederación Española de Alzheimer, esta enfermedad afecta a un millón doscientas mil personas en España, representa más del 60 por 100 de la dependencia y supone un coste anual de 35.000 millones de euros.

Teniendo en cuenta el índice de





*Para la campaña 2017 del Día Mundial del Alzheimer, la marca Post-it® de 3M ha desarrollado un video de concienciación que muestra a personas diferentes en momentos vitales distintos, insistiendo en la idea de que las personas están formadas por sus valores, que les han definido y les seguirán definiendo siempre.*

*Además, ha desarrollado una acción viral en redes sociales para involucrar en la difusión de este mensaje a medios de comunicación, empresas, y todo tipo de organizaciones y personas. Se trata de una aplicación en la que todo el mundo puede personalizar un mensaje de apoyo con los rasgos que mejor le definen y compartirlo en un muro virtual de notas Post-it®.*

*[www.sigosiendoyo.com](http://www.sigosiendoyo.com)*



trocinadoras de la campaña: 3M y El Corte Inglés, y a las empresas colaboradoras en la difusión de la misma Atresmedia y Mediatravel Plus su implicación en la campaña.

Carmen Balfagón ha destacado especialmente "la colaboración de estas empresas y de la sociedad civil en general para ayudar a visualizar estos problemas. Toda ayuda es poca".

Este espíritu de colaboración está presente también en la elaboración del futuro Plan Nacional de Alzheimer, "que cuenta con la participación de personas con Alzheimer y sus familias, organismos y todas aquellas asociaciones vinculadas a esta enfermedad", ha señalado Carmen Balfagón, quien ha ensalzado la disposición de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, para impulsar el Plan Nacional desde el mayor consenso y coordinación.

Carmen Balfagón también ha destacado la labor de los profesionales del Imsero que están parti-

prevalencia de la OMS sobre esta enfermedad, en España habría unas 120.000 personas afectadas directamente cuya edad sería inferior a los 65 años. En este sentido, Ceafa considera que es importante cambiar conceptos y focalizar la atención en la persona más que en el enfermo o paciente; hay que ver a

la persona, al miembro activo de su sociedad a la que todavía tiene mucho que aportar.

Durante la presentación del Día Mundial del Alzheimer, tanto la directora general del Imsero como la presidenta de Ceafa han agradecido la colaboración a las empresas pa-



Carmen Balfagón y Cheles Cantabrana, en la presentación del Día Mundial del Alzheimer

cipando en la elaboración del Plan Nacional de Alzheimer así como el trabajo que se está llevando a cabo en el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer, que tiene entre sus prioridades impulsar las líneas de investigación específicas sobre esta enfermedad. Este centro del Imsero ofrece un servicio estatal que estimula el desarrollo y la transferencia del conocimiento sobre Alzheimer y otras demencias y su adecuado tratamiento interdisciplinar.

Por último, la directora general del Imsero ha insistido en definir a la persona con Alzheimer como portadora de derechos: "derechos exactamente igual que las demás que deben ser disfrutados hasta el final. Por ese motivo hay que respetar siempre la voluntad de la persona".

### PROTAGONISMO DE LA PERSONA

Por su parte, Cheles Cantabrana ha expuesto las razones de elegir este año como protagonistas a las propias personas con Alzheimer con el lema «Sigo siendo yo»: "Ceafa entiende que la persona con Alzheimer ha de pasar de ser un sujeto (pasivo) receptor de atención, a protagonis-

*Con el lema «Sigo siendo yo» se quiere lanzar un mensaje para recordar que detrás de un diagnóstico de Alzheimer hay una persona cuya opinión debe ser tomada en cuenta*

ta en la definición de las atenciones que espera, desea o necesita; protagonismo que deberá producirse en todos los ámbitos de su vida cotidiana".

La presidenta de la Confederación Española de Alzheimer ha añadido que la persona diagnosticada de Alzheimer deberá continuar desempeñando los roles que tradicionalmente ha venido asumiendo, y la familia deberá postergar el tutelaje lo más posible.

"En el ámbito social, debería hablarse de sociedades no excluyentes (en lugar de inclusivas), puesto que una de las maneras de luchar contra la estigmatización es, precisamente, no excluir de la sociedad a una persona por un diagnóstico", apunta la presidenta de la Confederación Española de Alzheimer.

Y en el ámbito laboral o profesional, para los denominados enfer-

mos jóvenes (entre el 9 y el 10% del total de diagnosticados), las estructuras empresariales deberían tener capacidad suficiente de adaptar y acomodar los puestos de trabajo a aquellas personas que quieran continuar activos (en la medida de las posibilidades). Y en el ámbito socio-sanitario, sería importante conferir a la persona con Alzheimer un mayor protagonismo en los procesos de la atención, centrados en la persona.

Por último, Cheles Cantabrana ha apuntado que: "un diagnóstico de Alzheimer no define una nueva persona; define una nueva condición de una persona que, hasta ese diagnóstico, desempeñaba un papel activo en la sociedad. El diagnóstico no cambia a la persona que lo recibe; cambia a la sociedad que lo rodea. El Alzheimer puede borrar los recuerdos, pero no borra la persona que ha sido, es y será".





## SARA GONZÁLEZ BLÁZQUEZ

DIRECTORA MÉDICO GRUPO AMAVIR

# *Una ayuda al Alzheimer*

EL ALZHEIMER NO SOLO AFECTA A QUIEN SUFRE LA ENFERMEDAD, SINO TAMBIÉN A LA FAMILIA QUE ASUME LA TAREA DE CUIDAR DEL ENFERMO, PRINCIPALMENTE POR CONSIDERAR QUE TIENEN UNA RESPONSABILIDAD FAMILIAR, SOCIAL Y HUMANA.

Si pensamos en que en España 1.200.000 personas han desarrollado la enfermedad de Alzheimer, es necesario recordar que detrás de cada uno de ellos están sus familiares. Según datos de un informe elaborado por la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer, en el 94 por 100 de los casos de esta enfermedad que se dan en el entorno familiar son los propios familiares los que se responsabilizan de los cuidados del mayor.

El cuidador recibe a consecuencia de ello una carga física y emocional difícil de soportar, y la realidad es que esos cuidados deberían delegarse en los sistemas sociales y sanitarios.

Los centros de día y residencias de mayores ayudan a los familiares en algo tan esencial como su descanso físico y mental. La evolución de la enfermedad produce una serie de cambios psicológicos difíciles de asimilar y de sobrellevar en muchas ocasiones por el entorno del enfermo. No sólo se observan síntomas como la pérdida de memoria, sino que, a medida que avanza el deterioro cognitivo, es



frecuente que en el entorno familiar el mayor comience a generar situaciones conflictivas por irritabilidad, indiferencia o incluso la aparición de alucinaciones.

### MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Algunas familias optan por confiar la atención de su ser querido a los profesionales de los centros de mayores. En las residencias de mayores trabajamos de forma continua

para mejorar la calidad asistencial que se les ofrece a los pacientes de Alzheimer y sus familiares. Mediante una valoración geriátrica multidisciplinar de las necesidades particulares de cada persona, elaboramos un plan de actuación para garantizar el mejor cuidado, a través de diferentes terapias farmacológicas y psicomotrices.

Todos los profesionales de los centros de mayores somos conscientes de la necesidad de atención especializada, y por ello numerosos centros cuentan con módulos de convivencia reducida que permiten combinar la rutina de las personas que presenten estas patologías con los horarios marcados para la toma de su medicación o la realización de terapias complementarias.

Todo esto se lleva a cabo bajo la atenta supervisión de los profesionales altamente cualificados que trabajan en el sector, y que se ponen al servicio de los residentes para garantizar las mejores atenciones.

*Los centros de día y residencias de mayores ayudan a los familiares en algo tan esencial como su descanso físico y mental*

# EL SALARIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Texto: Miguel Núñez Bello



*a fondo*

**SEGÚN EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE), EL SALARIO MEDIO ANUAL BRUTO DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA AJENA CON DISCAPACIDAD FUE DE 19.569,6 EUROS EN 2015, UN 2,9% MÁS QUE EN EL AÑO ANTERIOR. ESTA CIFRA FUE UN 15,7% MENOR QUE LA DE LAS PERSONAS SIN DISCAPACIDAD (23.208,0 EUROS).**

**E**l *Salario de las personas con discapacidad* es un documento estadístico que tiene como objetivo conocer la distribución de los salarios de los trabajadores por cuenta ajena con discapacidad oficialmente reconocida y lo hace en términos comparativos con los asalariados sin discapacidad.

Este documento es fruto de un convenio de colaboración entre INE, el Imserso, la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi) y la Fundación ONCE.

En su realización se utiliza la información procedente de la integración de los datos de la Encuesta de Estructura Salarial con los datos administrativos de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre fomento al empleo,





del Registro de Prestaciones Sociales Públicas del Instituto Nacional de Seguridad Social y los registrados en la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD), que proporciona información sobre las características de los ciudadanos que han sido reconocidos oficialmente como personas con discapacidad.

Los principales resultados de este estudio indican que los hombres con discapacidad tuvieron un salario un 20,4% inferior al de los hombres sin discapacidad. Por su parte, el salario de las mujeres con discapacidad fue un 11,6% menor que el de las mujeres sin discapacidad.

Las diferencias salariales entre mujeres y hombres con discapacidad resultaron menores (el salario fue un 14,7% inferior para las mujeres) que en el caso de la población sin discapacidad (un 23,1%).

En puestos de ocupación medios (empleados, artesanos y trabajadores cualificados) los salarios de personas con y sin discapacidad se acercaron (ratio del 95,9%).

En puestos altos (directores; gerentes; técnicos y profesionales científicos, técnicos intelectuales y de apoyo) los trabajadores con discapacidad recibieron un salario un 7,2% inferior al resto de los tra-

bajadores. En los puestos de ocupación bajos (operadores y trabajadores no cualificados) el salario fue un 16,9% menor.

Los salarios más bajos correspondieron a los trabajadores con discapacidad intelectual y mental. Los trabajadores con discapacidad sensorial y física percibieron los más elevados.

#### **SALARIOS Y DISCAPACIDAD**

Las diferencias salariales entre personas con y sin discapacidad deben matizarse en función de las variables laborales y personales, cuya conjunción incide de forma importante en el salario (sexo,



## *En 2015 los hombres con discapacidad tuvieron un salario un 20,4% inferior al de los hombres sin discapacidad*

perior en nueve puntos a la de la población sin discapacidad.

En este contexto, el salario bruto anual medio de los asalariados con discapacidad fue de 19.569,6 euros por trabajador, un 15,7% menor que para las personas sin discapacidad. Así pues, la ratio salarial entre los trabajadores con y sin discapacidad fue del 84,3%. Esta ratio ha crecido respecto a 2014, cuando se situaba en el 82,9%.

El salario por hora para las personas con discapacidad se situó en 13,0 euros en cómputo anual, un 13,9% menos que el de las personas sin discapacidad.

Las diferencias en el salario mediano (aquel para el cual hay tantos trabajadores con salarios más altos como trabajadores con salarios más bajos) se situaron en el 14,3%.

El hecho de que el salario medio sea superior al mediano se debe al peso de los trabajadores con mayores salarios.

La distribución salarial fue similar en ambos colectivos, aunque en el caso de las personas con discapacidad un porcentaje mayor de trabajadores se concentró en torno a salarios bajos.

En general, aunque las diferencias entre los niveles salariales de las personas con y sin discapacidad eran significativas en el año 2015, estas se reducían a medida que el nivel salarial se incrementaba.

### **SALARIOS Y DISCAPACIDAD SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJADOR Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE TRABAJO**

Por sexo, el salario de las mujeres con discapacidad fue de 17.778,1

euros de media por trabajadora y año, mientras que para los hombres fue de 20.835,4 euros. El salario de las mujeres fue, por tanto, un 14,7% inferior al de los varones, diferencia menor que en el caso de la población sin discapacidad (23,1% más bajo).

Además se detectaron menos desigualdades salariales entre la población femenina con y sin discapacidad (el salario de las primeras fue un 11,6% menor que el de las segundas), que en el caso de los hombres (cuyo salario fue un 20,4% inferior en presencia de discapacidad).

Cabe destacar que, a medida que aumenta la edad, las diferencias salariales disminuyen, aunque en ningún caso la ratio salarial llega a superar el 82%. Es decir, el salario de las personas con discapacidad para ningún grupo de edad distó menos del 18% del de las personas sin discapacidad.

Respecto al tipo de jornada, en 2015 se observaron menos diferencias salariales entre personas con y sin discapacidad en los contratos a tiempo parcial, para los cuales la ratio salarial se situó en el 94,6%.

Por tipo de contrato la ratio resultó similar, tanto para el contrato indefinido como para el de duración determinada (85,5% y 84,6%, respectivamente).

La ocupación de los trabajadores es la variable más ilustrativa de la situación laboral de las personas con discapacidad. En 2015, en ningún grupo de ocupación las personas con discapacidad superaron el salario bruto de la población sin discapacidad.

edad, tipo de contrato, tipo de jornada y ocupación).

En términos globales y desde el punto de vista laboral, el aspecto más significativo para el colectivo de las personas con discapacidad legalmente reconocida es su baja participación en el mercado de trabajo.

Así, en el año 2015 presentaron una tasa de actividad del 33,9%, más de 44 puntos inferior a la de la población sin discapacidad. La tasa de ocupación fue del 23,4%, menos de la mitad que en el caso de las personas sin discapacidad. Y la tasa de paro fue del 31,0%, su-



## SALARIOS Y EMPLEO



## Medidas de fomento del empleo

*Al colectivo de personas con discapacidad se dirige una serie de medidas de fomento del empleo para favorecer su contratación y su permanencia en el puesto de trabajo. Entre estas ventajas destacan las reducciones y bonificaciones en las cuotas de cotización a la Seguridad Social y la modalidad de contrato específico para trabajadores con discapacidad.*

*Si se analiza el colectivo de personas con discapacidad en función de las medidas de fomento del empleo recibidas en 2015, se aprecia que las personas que se beneficiaron de ellas fueron, a su vez, las que tuvieron menores ganancias (15,527,1 y 17,514,4 euros anuales para las personas con reducciones y con contrato específico, respectivamente).*

## Los trabajadores con discapacidad sensorial y física percibieron los salarios más elevados

Las personas con discapacidad en puestos de ocupación altos (directores y gerentes; técnicos y profesionales científicos, técnicos intelectuales y de apoyo) redujeron sus diferencias salariales respecto a las personas sin discapacidad en los mismos puestos, pues la ratio salarial aumentó respecto a 2014, situándose en el 92,8%.

Por el contrario, en puestos de ocupación medios (empleados, artesanos y trabajadores cualificados) y en puestos de ocupación bajos (operadores y trabajadores no cualificados) las personas con discapacidad aumentaron la brecha salarial respecto a 2014, reduciéndose la ratio salarial al 95,9% y 83,1%, respectivamente.

Si se atiende a las características de la unidad de trabajo y de

la empresa, el salario de las personas con discapacidad aumentó según se incrementaba el tamaño del centro.

Aunque en todos los casos el salario de las personas con discapacidad resultó inferior al de las personas sin discapacidad, las mayores diferencias se registraron en centros de cotización de tamaño mediano (de 50 a 199 trabajadores), con niveles salariales para las personas con discapacidad un 28,2% inferiores a las de sin discapacidad.

Por sectores de actividad, las diferencias entre los salarios de las personas con y sin discapacidad fueron menores en el sector Servicios.

### NOTA METODOLÓGICA

La estadística «El Salario de las Personas con Discapacidad (SPD)»



## Salarios según tipo e intensidad de la discapacidad

*Las mayores discrepancias salariales se deben al tipo de la discapacidad. Así, las ganancias más elevadas correspondieron en 2015 a personas con discapacidad sensorial, seguidas de personas con discapacidad física y otras, con salarios que superaron al salario medio de las personas con discapacidad en un 7,5% y un 5,2%, respectivamente.*

*En el extremo opuesto, los trabajadores con discapacidad intelectual y mental percibieron los salarios más bajos (12.353,0 y 15.699,3 euros anuales, respectivamente), con salarios inferiores a la media anual del colectivo con discapacidad en un 36,9% y un 19,8%, respectivamente.*

*Atendiendo al grado de discapacidad también se observaron diferencias, aunque no tan acusadas. Los salarios oscilaron desde 20.188,6 euros anuales en el caso de personas con menor grado, hasta 17.513,4 euros para las personas cuyo grado de discapacidad no consta por no estar registradas en la BEPD.*

*Las personas con discapacidad en puestos de ocupación altos redujeron sus diferencias salariales respecto a las personas sin discapacidad*



investiga la distribución de los salarios de los trabajadores que poseen certificado de discapacidad (tienen un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%), en función de una gran número de variables como son el sexo, la ocupación, el tipo y grado de discapacidad o las medidas de fomento del empleo.

Junto con la estadística El Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD), también elaborada por el INE, la SPD se constituye como un sistema de información continua e integrada sobre discapacidad y mercado laboral.

«El Salario de las Personas con Discapacidad» se ha elaborado a partir de la Encuesta Anual de Estructura Salarial 2015 (EAES) del INE y de la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD) del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Incorpora además datos facilitados por la Tesorería General de

la Seguridad Social sobre medidas de fomento del empleo e información sobre percepción de prestaciones procedente del Registro de Prestaciones Sociales Públicas del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS).

Todos los resultados se refieren a asalariados que cotizan a la Seguridad Social del conjunto de la economía, excluyendo la Agricultura, Ganadería y Pesca, los hogares que emplean personal doméstico y las organizaciones extraterritoriales, lo que supone excluir el 7,6% del total de ocupados y el 6,3% de los ocupados con discapacidad.

La creación de la SPD ha sido posible gracias a la iniciativa del INE, del IMSERSO, de la Dirección General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad, del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi) y de la Fundación ONCE, instrumentada mediante la firma de un convenio de colaboración.

**EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEL IMSERSO, SE CONFIGURA COMO UN RECURSO DE ÁMBITO ESTATAL, ESPECIALIZADO EN LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS MEJORES FÓRMULAS PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE ESTAS PERSONAS.**

La directora del CRE de Alzheimer, María Isabel González Ingelmo, explica que “el centro contempla como prioridad el impulso de líneas de investigación específicas sobre esta patología y otras demencias”. El centro ofrece un servicio estatal de referencia que posibilita el trabajo en red, y permite el desarrollo y la transferencia de conocimiento sobre estas enfermedades.

Dentro del centro existe un área de referencia, que es el instrumento encargado de ofrecer información, asesoramiento, formación y apoyo, así como de impulsar los recursos necesarios para la optimización de la atención a personas con demencia y sus familias, en términos de calidad, innovación y adecuada gestión del conocimiento, en todo el territorio del Estado.

En su visión de ser un Centro de Referencia Nacional e Internacional, establece colaboraciones con

*La principal línea de actuación consiste en fomentar y apoyar estudios e investigaciones en terapias no farmacológicas*

El CRE de Alzheimer trabaja con el fin de potenciar la adecuada atención sociosanitaria y avanzar en la búsqueda de soluciones globales para familias y cuidadores. Desarrolla una doble misión: atención especializada a personas con la enfermedad y otras demencias y a sus familias o cuidadores principales, y es un modelo de referencia destinado a la investigación, promoción y apoyo de otros recursos del sector.

# CRE DE ALZHEIMER DE SALAMANCA, UN CENTRO PIONERO EN INVESTIGACIÓN

Texto: Cristina Fariñas · Fotos: Antonio Molina

i

## Objetivos del Centro

- *Desarrollar modelos de intervención en la atención a las personas con demencias.*
- *Informar, orientar y asesorar sobre Alzheimer y otras demencias a familias, profesionales e instituciones.*
- *Planificar y ejecutar planes de formación continua para profesionales y cuidadores formales e informales.*
- *Promover e impulsar foros de encuentro para intercambio de conocimientos y creación de redes de expertos.*





## *El modelo de atención a familias de personas con demencia atiende a los familiares basándose en un modelo biopsicosocial*

otras instituciones y entidades públicas y privadas para impulsar investigaciones, programas específicos y proyectos de atención a personas con demencia y sus familias. Además, la formación y divulgación son una apuesta fundamental para la transferencia del conocimiento.

El área de referencia se estructura en información, documentación, investigación y evaluación, y formación, asistencia técnica y cooperación intersectorial.

La directora del centro destaca la colaboración intensa con los objetivos de la Fundación Reina Sofía en favor de la investigación, difusión y divulgación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: "La colaboración de ambas partes se intensificó más si cabe desde la organización conjunta para la Cumbre del Año Internacional del Alzheimer

2011 que tuvo lugar en Madrid y en el que desde el CRE se desarrolló la organización de la parte del encuentro del ámbito sociosanitario".

### **TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS**

Respecto a la investigación, González Ingelmo, destaca que "el centro tiene como principal línea de actuación, fomentar estudios e investigaciones en Terapias no farmacológicas, desarrollando y promocionando programas innovadores, métodos y técnicas de intervención".

El programa de terapias no farmacológicas del CRE de Alzheimer se está desarrollando desde que abrió sus puertas en el año 2008. Las terapias se van manteniendo en el tiempo, y se van incorporando intervenciones nuevas, adaptándonos a los cambios sociales y tec-

nológicos. "Las intervenciones que llevamos a cabo -señala Ingelmo- buscan aportar evidencia sobre su eficacia y eficiencia, así como para la transferencia a la sociedad de los resultados". Además la directora añade que como son conscientes de la falta de protocolos y guías de aplicación, desde el CRE de Alzheimer también están desarrollando guías de implantación sobre las terapias que desarrollan.

La responsable del Área de Información, Documentación, Investigación y Evaluación, Elena González Ingelmo, explica que la principal línea de actuación consiste en fomentar y apoyar estudios e investigaciones en terapias no farmacológicas, desarrollando y promocionando programas innovadores, métodos y técnicas de intervención. "Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente y el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante", así se refiere Elena González Ingelmo, a las terapias no farmacológicas.



Este tipo de Terapias está basada en modelos psicosociales cuyo objetivo principal no es curar, sino rehabilitar las funciones alteradas, tratando de minimizar los déficits y de potenciar al máximo la autoestima y las capacidades residuales de las personas con demencia. Se pretende desarrollar modelos transferibles, que tengan un efecto multiplicador tanto en el ámbito de las familias como en el de los profesionales de los cuidados.

Las terapias que se ponen en práctica abarcan diferentes actuaciones que se aplican con los usuarios, tanto personas con demencia como con sus familiares y cuidadores. Las intervenciones con personas con demencia abarcan desde la musicoterapia, arteterapia, danza creativa terapéutica o reeducación psicomotriz, hasta terapias de

reminiscencia, entrenamiento en actividades de la vida diaria básicas o instrumentales, terapias de orientación a la realidad, así como terapias con TIC: (Wiioterapia, roboterapia...). Las intervenciones con cuidadores están relacionadas con psicoterapia de apoyo y terapias de empoderamiento así como el entrenamiento en diferentes aspectos (psicoeducativos): hábitos de vida saludables, relajación...

Entre las ventajas que presentan las terapias no farmacológicas hay que destacar la ausencia de efectos secundarios y su flexibilidad en la adaptación a casos individuales, potenciando la autoestima de las personas, minimizando déficits y maximizando capacidades. Otra de las grandes ventajas de este tipo de intervenciones es su bajo coste para aplicación.

*Las terapias no farmacológicas mejoran la calidad de vida de pacientes, familiares y profesionales*

## **El Proyecto Pipap**

*El Programa de Intervención de Promoción de la Autonomía Personal es un proyecto desarrollado durante un período de tres años, siendo el pasado 2016 la última edición de intervención del proyecto.*

*Se fundamenta en el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner, propio de la disciplina de Terapia Ocupacional, basado en la ocupación y en las líneas actuales de la atención centrada en la persona, en el que se defienden los principios de personalización, participación y el respeto a la autonomía como elementos claves de la atención.*

*El Pipap ha sido diseñado por las terapeutas ocupacionales del CRE, teniendo como objetivo principal que las personas participantes (en este caso personas con demencia en un estado inicial de la enfermedad) conservaran el mayor tiempo posible su autonomía y capacidad funcional para llevar a cabo actividades de la vida diaria y conseguir de esta manera retrasar la institucionalización y mantener a la persona en su hogar el mayor tiempo posible con los apoyos necesarios.*

*Para poder llevar a cabo este proyecto se ha habilitado una Unidad de Convivencia equipada con los espacios necesarios para que las personas con demencia, puedan desarrollar sus capacidades funcionales, conservar su independencia y su autonomía en las AVD instrumentales y manejo en la comunidad.*

*El neuropsicólogo del centro Enrique Pérez, se refirió al Pipap, como modelo de intervención para la promoción de la autonomía personal para personas con demencia en fase leve con un formato de centro de día, manteniendo capacidades funcionales de la vida diaria.*

### Programas de intervención

El CRE de Alzheimer ha iniciado un «Programa de Intervención con enfermos de Demencias Avanzadas o Graves», cuyo fin es el estudio de referencia en la intervención que orienten a profesionales e instituciones del ámbito sociosanitario sobre el mejor abordaje integral en demencias avanzadas. El programa abarcará intervenciones terapéuticas especializadas basadas en un estudio integral centrado en la persona, un plan de cuidados adecuado al grado de evolución de la enfermedad con el que se pretende reducir complicaciones asociadas (síndromes geriátricos, patologías comórbidas) y un tratamiento integrado farmacológico (reajustes de fármacos y dosis) y no farmacológico.

También ha puesto en marcha el «Servicio Integral de Intervención Ambulatoria», dirigido a personas con demencia en estados iniciales. Se trata de un programa de intervención multicomponente para personas con demencia en el que se trabajará de forma combinada la estimulación cognitiva con el ejercicio físico, en entrenamiento en actividades de la vida diaria y la musicoterapia.

Según la literatura científica, este tipo de programas resultan interesantes por sus múltiples beneficios. Diferentes estudios han mostrado resultados positivos sobre la cognición, la capacidad funcional y el comportamiento, el estado de ánimo y la depresión, la autoestima así como el estado físico y el equilibrio.

Además el «Servicio Integral de Intervención Ambulatoria» pretende intervenir con los familiares y cuidadores de los usuarios del programa, a través del asesoramiento y orientación sobre la enfermedad y proporcionando un apoyo continuado.



No se debe obviar que tanto la intervención farmacológica como la no farmacológica comparten los mismos objetivos (Tárraga, 2006):

- Retrasar el deterioro.
- Recuperar las funciones perdidas o mantener las preservadas.
- Mejorar el control de los síntomas no cognitivos.
- Conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria, y
- Aumentar la calidad de vida.

### MODELO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS E INVESTIGACIONES

El modelo de atención a familias de personas con demencia del CRE de Alzheimer atiende a los familiares basándose en un modelo biopsicosocial. Es fundamental la detección de sus necesidades y atenderlas con las peculiaridades que cada una de ellas presenta. Para ello cuentan con profesionales especializados que se ubican en el área de Familias del centro. Este equipo multidisciplinar está integrado por

el departamento de Trabajo Social, Educación Social y Terapia Familiar.

Entre las acciones de referencia se encuentra la Escuela de Familia. Esta iniciativa pretende ayudar al familiar o cuidador principal a ubicar la demencia en un contexto multidisciplinar de intervención y responder a las necesidades que tienen los cuidadores en materia de información y asesoramiento. El programa de Dinamización de Visitas (Programa Visit-Arte), tiene como objetivo generar procesos de participación, creando espacios para la comunicación de los grupos y de las personas con vistas a estimular a los diferentes colectivos a emprender procesos de desarrollo social y cultural. Este tipo de programas incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio. Sus beneficios son muchos y entre ellos se puede destacar que mejora la autoestima, aumenta la vitalidad, disminuye el sentimiento de soledad y es una oportunidad de seguir aprendiendo.





## Nuevas Tecnologías

*En el CRE de Alzheimer entienden la tecnología como una herramienta para dar soporte a las personas afectadas desde un uso lúdico y terapéutico hasta un uso doméstico asistencial para una vida independiente.*

*La experiencia del centro en tecnologías como la videoconsola Nintendo Wii, o programas específicos de estimulación cognitiva computarizada como el programa Gradior y NeuronUp les aportan una realidad que muchas veces es ignorada en la sociedad: la tecnología está también disponible para las personas mayores y para personas con discapacidad.*

*Actualmente las TIC en demencias están dirigiéndose a aspectos terapéuticos como la estimulación cognitiva, la reminiscencia, etc...*

*La investigación del CRE en la videoconsola Wii de Nintendo, así como otros proyectos relacionados con nuevas tecnologías, les han permitido comprobar que las TIC son útiles como herramientas para el trabajo.*

*Actualmente están realizando un nuevo proyecto a través de «Tablet» que persigue examinar la usabilidad que éstas tienen en personas con demencia y cómo la tecnología está a su disposición para avanzar hacia el mañana de la especialización de la atención a las personas.*

*En relación a la Roboterapia, el uso de robots terapéuticos con forma animal en la terapia no farmacológica en personas con demencia se ha demostrado en numerosos estudios que tiene beneficios en las áreas social y afectiva, pudiendo repercutir en la funcionalidad global y la calidad de vida de las personas.*

## *En el CRE de Alzheimer la tecnología es una herramienta para dar soporte a las personas afectadas desde un uso lúdico y terapéutico*

La Aquaterapia para cuidadores es una experiencia en la que desde el centro piensan realizar estudios futuros. En este proyecto participaron 15 cuidadores con un perfil similar en cuanto a la sobrecarga en el cuidado. La intención de este programa fue aliviar esa sobrecarga que presentaban y disminuir el estrés en el cuidado que requieren sus familiares. Además generó un espacio de encuentro para los cuidadores que les sirvió para divertirse, conocer gente y aprender cosas nuevas.

Actualmente, el equipo de familias se encuentra inmerso en nuevos proyectos como es el Programa Intergeneracional. Este programa se trata de una experiencia piloto con personas con demencia y alumnos de 2º de educación

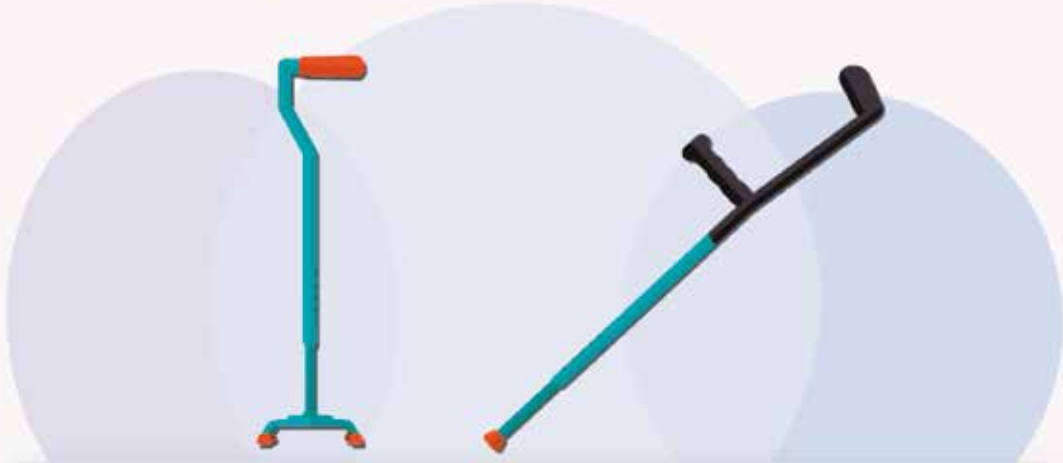
Infantil de un colegio público del entorno comunitario con edades comprendidas entre los 4 y 5 años.

### BUENAS PRÁCTICAS

Con la implantación de la «Guía de orientación sobre corrección postural, prevención de la inmovilidad y fomento de la actividad física», el CRE de Alzheimer, con el apoyo de las auxiliares de enfermería y bajo la responsabilidad y supervisión del equipo de fisioterapia, ha desarrollado un programa de actividades sencillas que implican un ejercicio físico y la práctica de movimientos similares a los que se realizan con frecuencia en la vida cotidiana de cualquier persona y que además constituyen un requisito fundamental para su independencia funcional.

## BASTONES, MULETAS Y ANDADORES

Los bastones, muletas y andadores ayudan a caminar con más seguridad y estabilidad. Es conveniente consultar con un profesional de la rehabilitación para elegir el que más se ajuste a cada necesidad.



Al elegir los **bastones y muletas** es importante tener en cuenta:

- La **regulación en altura**, para ajustarlos a la talla de la persona.
- La **empuñadura**, para facilitar un agarre cómodo.
- La **contera o goma**, según el suelo por donde vaya a moverse habitualmente.
- Si lleva **abrazadera**, para poder soltar la muleta sin que se caiga al suelo.
- Si es **plegable**, para facilitar el transporte.
- Si disponen de **diferentes colores**.



Respecto a los **andadores**, existen **diferentes tipos**: sin ruedas, con dos ruedas y con cuatro ruedas con freno. Ofrecen la posibilidad de añadir distintos **accesorios que facilitarán su comodidad**: asiento, cesta o bandeja para llevar objetos, soporte para botella de oxígeno o bastón o bolso, etc.



## PRODUCTOS PARA EL ASEO

El lugar de la casa de mayor riesgo de caídas es el baño. Para evitarlas, hay gran variedad de accesorios que permiten asearse de una forma cómoda y segura.



En la bañera o la ducha es conveniente utilizar una **alfombrilla** para evitar resbalones.



Una **tabla de bañera** o un **asiento giratorio** para facilitar la entrada y salida y poder ducharse sentado.



En la ducha se puede utilizar un **taburete** o una **silla de ducha**, mejor con reposabrazos.





## Bases, evolución y retos de la Ley de Dependencia a los diez años de su aprobación



La aprobación de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia supuso un hito normativo dentro de nuestro sistema de protección social, configurándose el propio texto como el "cuarto pilar" del Estado de Bienestar. El libro repasa los presupuestos esenciales de un nuevo Sistema de Protección Social, la inicial implantación del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, las cruciales reformas del SAAD en el período de la crisis y los debates pendientes para el impulso de un sistema eficaz de protección de las personas dependientes.



### Ficha técnica

*Autor:* María Luisa Molero Marañón  
*Editorial:* Bormazo  
*Número de páginas:* 168  
*Primera edición:* 2017  
*ISBN:* 978-84-16608-70-6

## Primera revista en lectura fácil

*El 19 de octubre vio la luz el primer número de «La Nuestra»*



Una nueva publicación generalista que pretende eliminar las barreras cognitivas de miles de personas con discapacidad intelectual. La revista «La Nuestra» es una publicación gratuita y adaptada por completo a las necesidades y capacidades cognitivas de las personas con discapacidad intelectual. Basa el diseño y redacción de sus contenidos en las directrices europeas de lectura fácil marcadas por «Inclusion Europe», Asociación Europea de Personas con Discapacidad Intelectual y sus Familias.



### Enlace libre descarga

<http://www.revistanuestra.com/>

## Situación de servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local

El objetivo de la investigación ha sido actualizar el conocimiento de la situación del servicio de ayuda a domicilio, dado que los últimos datos recogidos de las entidades locales datan de 1995 (Porto y Rodríguez, 1996), y no existen registros desde entonces sobre sus características actuales. Esta publicación contiene los principales resultados del estudio realizado como fruto de la voluntad de la Federación Española de Municipios y Provincias y Caser para conocer la problemática y mejorar el servicio de ayuda a domicilio de los servicios sociales municipales.



### Ficha técnica

*Título:* La situación de servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro  
*Autor:* Pilar Rodríguez Rodríguez y Juan Sitges, entre otros  
*ISBN:* 978-84-608-3198-3  
*Número de páginas:* 202





## Jubilación y amparo sociojurídico de las personas mayores

Este Manual es una buena herramienta para dar respuesta a todas esas demandas que hermanos de personas con discapacidad han expresado en diversas jornadas y encuentros. Porque, aunque la información disponible acerca de la discapacidad ha aumentado, no siempre está adaptada al público infantil y muy pocas veces hace referencia a los sentimientos. Las relaciones entre hermanos son relaciones privilegiadas que hay que abonar, regar, cuidar... Y este documento contribuye a poner los cimientos para que, desde la infancia, las relaciones entre los

hermanos sean positivas y duraderas. Un hermano es para toda la vida: es "un compañero de viaje", con el que se comparten muchas situaciones, vivencias, emociones, sentimientos, a lo largo de gran parte de nuestra vida.



### Ficha técnica

*Ficha técnica:*

*Título: Jubilación y amparo sociojurídico de las personas mayores*

*Autores: Hernández Rodríguez, Gerardo / Meléndez Arias, María del Carmen*  
*Editorial: Universidad Pontificia de Comillas*

*Año de edición: 2017*

*ISBN: 978-84-8468-704-7*



*El libro contribuye a poner los cimientos para que las relaciones entre hermanos sean positivas y duraderas desde la infancia*

## SEXUALIDAD en entornos residenciales de personas mayores

Esta innovadora publicación ofrece elementos clave para la reflexión sobre la expresión de necesidades sexuales de personas mayores en residencias así como recomendaciones para orientar la buena praxis desde un enfoque de atención centrada en la persona.

Lo que se pretende con esta publicación, que puede descargarse de manera gratuita, es poner a disposición de los profesionales un instrumento para manejar las situaciones sexuales que suelen aparecer en las residencias

y ofrecer alternativas para que las personas que sí desean expresarse sexualmente puedan hacerlo con mayor facilidad, seguridad y respeto a los derechos de los demás.



### Enlace libre descarga

*Título: Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales editada por Fundación Pílares*  
*Autores: Feliciano Villar, Montserrat Celdrán, Rodrigo Serrat, Josep Fabá y Teresa Martínez*  
*Síntesis*

*Descarga gratuita: <http://www.fundacionpilares.org/publicaciones/fpilares-guias03-sexualidad.php>*

*fundacionpilares.org/publicaciones/fpilares-guias03-sexualidad.php*



LA PRIMERA SEMANA DEL MES DE OCTUBRE TUVO LUGAR EN EL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES LA CELEBRACIÓN DE LA SEMANA DEL MAYOR, DONDE SE ANALIZARON CUESTIONES COMO EL PAPEL DEL MAYOR EN EL SIGLO XXI, EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO, LA NUTRICIÓN, EL ABUSO O EL MALTRATO.

➡ CRISTINA FARIÑAS

FOTOS: EDU VILAS

**D**urante la inauguración de la «Semana del Mayor», la directora general del Imserso, Carmen Balfagón, agradeció a los asistentes su presencia y especialmente a los que la acompañaban en la mesa: Edelmira Barreira, comisionada del Gobierno para el Reto Demográfico y Luis Martín Pindado, vicepresidente del Consejo Estatal de Personas Mayores.

Barreira señaló que existe un reto demográfico por la baja natalidad y el crecimiento de la población. Destacó que la generación del «babyboom» está llegando a mayor y, ante este crecimiento, hay que preparar nuestro sistema social. El desafío es atender a esta población de forma sostenible. La ponente destacó un acuerdo firme sobre envejecimiento activo, saludable y digno en buena salud, promoción de la dependencia y la autonomía personal y el papel relevante de las Nuevas Tecnologías.

Luis Martín Pindado, vicepresidente del Consejo Estatal de Personas Mayores, señaló que los mayores son dinamizadores de la vida social y cultural en pueblos







# EL IMSERSO CELEBRÓ LA «SEMANA DEL MAYOR»

Del 2 al 6 de octubre

## Objetivos de la Semana del Mayor

Los principales objetivos de la «Semana del Mayor» son:

- Reconocer la labor de las personas mayores en la construcción de la sociedad actual,
- Transmitir una imagen real y positiva del envejecimiento,
- Impulsar la participación y el asociacionismo, y,
- Fomentar un envejecimiento activo y saludable.

El día 1 de octubre fue designado por la Asamblea General de las Naciones Unidas como Día Internacional de las personas de edad. Desde entonces este día está dedicado a concienciar sobre la situación de una parte creciente de la población mundial como son las personas mayores, en aspectos tales como:

- Las oportunidades que representa el envejecimiento,
- Los derechos de las personas mayores,
- La promoción de una sociedad para todos,
- La sostenibilidad y la inclusión de los mayores en el entorno urbano,
- La discriminación de las personas mayores,
- El buen trato y
- El impulso del voluntario por parte de las personas mayores.

*Los mayores son dinamizadores de la vida social y cultural en pueblos y ciudades y transmisores de experiencia social*



Carmen Balfagón, Edelmira Barreira y Luis Martín Pindado

y ciudades, instó a mantener un nivel de vida digno y se refirió a la necesidad de conseguir empresas socialmente responsables y asociaciones mejores.

### LAS PERSONAS MAYORES EN EL SIGLO XXI

Vicente Sanz, residente de Conjupe, afirmó que el asociacionismo se ha convertido en la forma más idónea para propiciar la participación de las personas mayores, pero aún le queda una importante tarea para mejorar estructuras.

Saturnino Álvarez, presidente de UDP, disertó sobre la definición de envejecimiento activo, que recoge palabras como salud, participación, seguridad, aprendizaje a lo largo de la vida e intergeneracionalidad. Destacó que, en este siglo, nos enfrentamos al incremento de la esperanza de vida, a la participación activa, a una imagen social pertinente y a demandar un lugar adecuado para la vida pública y que el envejecimiento y las nuevas tecnologías transformarán a la sociedad.

En este sentido, Carmen García,

presidenta de Ceoma, afirmó que debemos adaptarnos a los cambios, a los avances científicos y tecnológicos que alargan la vida y a los cambios sociales que producen un descenso de la natalidad. Debemos promover la salud en los puestos de trabajo, e introducir el valor del potencial de los mayores.

### CONFERENCIA INTERNACIONAL

Cabe destacar la importancia de la conferencia internacional celebrada los días 21 y 22 de septiembre en Lisboa de la Comisión Económica para la Europa de Naciones Unidas, que se celebra cada cinco años, bajo el lema «Una sociedad sostenible para todas las edades». La conferencia abordó el desarrollo potencial de las personas mayores, el alargamiento de la vida laboral y el envejecimiento con dignidad.

La jornada estuvo amenizada con un concierto de «All Together Band», que hizo recordar a todos los presentes todos los grandes éxitos de los Beatles. El cierre de los actos del día lo realizó el secretario general del Imsero, Francisco Javier Salvador Temprano.





*Carmen Balfagón y Mario Garcés con los galardonados*

DURANTE LA CLAUSURA DE LA «SEMANA DEL MAYOR», TUVO LUGAR LA ENTREGA DE MENCIONES ESPECIALES DE LA ENTIDAD A CUATRO PERSONAS QUE HAN DESTACADO ESPECIALMENTE POR SU DEDICACIÓN Y SU TRABAJO EN PRO DE LAS PERSONAS MAYORES.

El acto fue presentado por Margarita Muñoz, del Imserso. Mario Garcés Sanagustín, secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Carmen Balfagón Lloreda, directora general del Imserso y Luis Martín Pindado, vicepresidente del Consejo Estatal de Personas Mayores, fueron los encargados de clausurar esta Semana del Mayor, que se celebró de 2 al 6 de octubre, en el Imserso, con motivo de la celebración del Día Internacional de las Personas Mayores.

La directora general del Imserso, Carmen Balfagón destacó la aten-

ción a las personas mayores como objetivo prioritario del Imserso.

#### **CUATRO MENCIONES ESPECIALES**

Las cuatro menciones especiales Imserso fueron entregadas por Mario Garcés. La primera le correspondió a José Luis Méler y de Ugarte, expresidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, quien destacó la importancia de los derechos de los mayores y su visibilidad.

La segunda fue para José Piñeiro Bernárdez, de la Confederación Nacional de Jubilados y Pensionistas de España, por su dedicación al movimiento asociativo de las Personas Mayores de Galicia, concretamente en Cogama (Red de voluntariado intergeneracional). El galardonado señaló que consideraba que "la vejez es una juventud acumulada".

José Andrade Paz, vicepresidente de Conjupe, también recibió un galardón, por dedicar toda su vida a las personas mayores; y por último, pero al mismo nivel que los

demás, Luis Martín Pindado, expresidente de la Unión Demócrata de Pensionistas, UDP, expresó su agradecimiento por la mención, que sirve de reconocimiento a toda su trayectoria en el movimiento asociativos de las personas mayores.

#### **CLAUSURA**

El secretario de Estado hizo en su intervención de clausura un recorrido nostálgico y positivo, señalando al respecto el espíritu del pasado relacionándolo con el momento del blanco y negro; la evolución al color y la España del futuro con dos pactos cerrados recientemente: el de la violencia de género y el del futuro baremo de la dependencia. Asimismo señaló que en el 2060 habrá 200.000 personas de más de 100 años, por lo que podremos ver a cinco generaciones juntas. Y culminó su intervención apostando por "menos gastos y más gestos" y "menos actas y más actos", a lo que sumó unas palabras de Oscar Wilde: "la vejez no está en las arrugas de la cara sino en las arrugas del cerebro".



*Nicolás Jouve es autor de más de 200 publicaciones científicas, entre ellas la obra «Las células madre. Alquimia celular para una nueva medicina»*

investigación

## Las células madre adultas, opción más efectiva en los tratamientos médicos

LAS CÉLULAS MADRE ADULTAS SON LAS QUE DE VERDAD FUNCIONAN A LA HORA DE TRATAR ENFERMEDADES. ASÍ LO DEMUESTRAN DOS DESCUBRIMIENTOS CIENTÍFICOS RECIENTES: UNO SOBRE EL PÁRKINSON, EN JAPÓN, Y OTRO EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA, EN ESTADOS UNIDOS.

El primero refiere un exitoso trasplante de neuronas fabricadas, a partir de células madre de la piel. Y el segundo consiste en reprogramar las células inmunes del paciente para que destruyan las células cancerosas. Más evidencias de que “las células adultas son la mejor opción y la

más efectiva en los tratamientos médicos”, subraya Nicolás Jouve, catedrático de Genética de la Universidad de Alcalá de Henares, quien explica que ambos estudios trabajan con células madre pluripotentes inducidas (iPSC), que proceden de algún tejido o son reprogramadas. Estas son tan moldeables como las embrionarias, pero mejores: no provocan la aparición de tumores... y curan.

El primer descubrimiento refiere un exitoso trasplante de neuronas fabricadas a partir de células madre de la piel. En concreto, han usado las denominadas células iPSCs, células adultas genéticamente reprogramadas para pasar a un estado similar al de las embrionarias, teniendo más plasticidad. Y con estas iPSCs -en este caso, procedentes de la piel- han «fabricado» neuronas, que des-

pues han sido trasplantadas con éxito: mejorando los trastornos del movimiento del párkinson y sin provocar la aparición de tumores.

### CÉLULAS INMUNES

En el segundo caso, relacionado con una forma agresiva de leucemia, consiste en reprogramar las células inmunes del paciente para que destruyan las cancerosas, combatiendo la enfermedad. Es la primera terapia génica, cuya comercialización ha sido aprobada por la Agencia Federal de Alimentos y Medicamentos de EEUU (FDA). Nicolás Jouve, autor «Las células madre. Alquimia celular para una nueva medicina», explica todos los aspectos de la investigación con células madre, las aplicaciones, propiedades, tipos y problemas éticos que han impulsado la búsqueda de alternativas efectivas para la curación de enfermedades degenerativas y respetuosas con la vida humana.

# Una hora semanal de ejercicio ayuda a prevenir la depresión

EL EJERCICIO FÍSICO REGULAR, CON INDEPENDENCIA DE LA INTENSIDAD CON QUE SE PRACTICA, PUEDE AYUDAR A PREVENIR LA DEPRESIÓN. INCLUSO UNA SOLA HORA DE MOVIMIENTO PUEDE CONTRIBUIR A ELLO, SEGÚN PUBLICA THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY.

Los resultados del estudio dirigido por investigadores de la Universidad de Gales del Sur, en Sidney, muestran también que la actividad corporal aporta beneficios para la salud mental a cualquier edad y tanto en hombres como en mujeres.

Para la investigación, el equipo analizó los datos relacionados con la práctica de ejercicio físico así como con los síntomas de depresión y de ansiedad de un total de 33.908 adultos noruegos a lo

largo 11 años y recogidos en el Estudio de Salud del condado de Nord-Trøndelag (HUNT).

Hallaron que las personas que no hacían ningún tipo de ejercicio físico tenían un 44 por 100 más de posibilidades de desarrollar depresión en comparación con los sujetos que realizaban deporte de una a dos horas semanales.

Los resultados apuntan, además, que se podría haber prevenido un 12 por ciento de los casos de depresión si esos participantes hubiesen practicado al menos una hora de deporte a la semana.

*“Las personas que no hacen ejercicio físico tienen un 44% más de posibilidades de desarrollar depresión”*



## POTENCIAL PREVENTIVO

«Sabíamos que el ejercicio desempeña un papel en el tratamiento de los síntomas depresivos, pero esta es la primera vez que hemos sido capaces de cuantificar el potencial preventivo de la actividad física en términos de reducción de los niveles de depresión futuros», afirma Samuel Harvey, profesor de la Universidad de Nueva Gales del Sur y autor principal del trabajo.

Estos hallazgos, explica Harvey, muestran que incluso el ejercicio reducido, de solo una hora por semana, puede proteger contra la depresión.

## BENEFICIOS SOCIALES Y FÍSICOS

Los investigadores atribuyen parte de este efecto protector a los beneficios sociales y físicos que comporta la práctica de deporte. También sugieren que los mecanismos biológicos propuestos en trabajos anteriores, como las alteraciones en el tono vagal parasimpático, no parecen explicar la protección contra la depresión que ejerce la actividad física. Con todo, uno de sus próximos objetivos es investigar con más detalle dicho efecto. «Con los estilos de vida seden-

tarios convirtiéndose en la norma en todo el mundo y las tasas de crecimiento de la depresión, estos resultados son particularmente pertinentes, porque subrayan que incluso pequeños cambios en el estilo de vida pueden cosechar beneficios significativos para salud mental», añade Harvey.

*Fuente: Emily Cook | Universidad de Nueva Gales del Sur  
Referencia: «Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study». Samuel B. Harvey et al. en The American Journal of Psychiatry, publicado en línea el 3 de octubre de 2017.*



## Una nueva aplicación guiará a las personas ciegas o con deficiencia visual por los pasillos del Metro de Madrid



LOS USUARIOS DE DISPOSITIVOS DE APPLE PUEDEN UTILIZAR LA APLICACIÓN «METROCIEGO», DESARROLLADA POR GONZALO FUENTES Y MIGUEL COELLO, DOS JÓVENES DE 19 AÑOS DE TRES CANTOS, PARA GUIAR A LAS PERSONAS CIEGAS O CON DEFICIENCIA VISUAL POR LOS PASILLOS DEL METRO DE MADRID.

La aplicación permite seleccionar de dónde se viene, es decir, en qué parada y andén se va a bajar el usuario (por ejemplo, Chamarín, línea 1 sentido Valdecarros), y a dónde se quiere ir, ya sea

un transbordo o salir por el lugar más adecuado.

Para ello, Miguel, que es afiliado a la ONCE, se ha recorrido las estaciones de Metro de Madrid to-

*La aplicación ha sido desarrollada por Gonzalo Fuentes y Miguel Coello, dos jóvenes de 19 años de Tres Cantos*

### ESTACIONES MAPEADAS

Cerca de un centenar de grupos. Se trata de Alonso Martínez, Argüelles, Atocha Renfe, Avenida de América, Bilbao, Callao, Chamarín, Ciudad Universitaria, Cuatro Caminos, Diego de León, Goya y Gran Vía.

También están mapeadas Gregorio Marañón, Las Tablas, Méndez Álvaro, Moncloa, Nuevos Ministerios, Opera, Pinar de Chamartín, Plaza de Castilla, Plaza de España, Príncipe Pío, Sainz de Baranda, Sol y Tribunal.

La aplicación, que es gratuita, logró 3.410 euros para su desarrollo, en una campaña de «crowdfunding» que fue apoyada por 105 patrocinadores que confiaron en el proyecto de Gonzalo y Miguel.

*La aplicación permite seleccionar en qué parada y andén se va a bajar el usuario y a dónde se quiere ir*

mando nota de todas las escaleras y referencias existentes para saber cuál es el mejor camino para una persona ciega.

Una vez tomadas las indicaciones, Gonzalo, que es informático, ha sido el encargado de pasarlas a la aplicación, cuya primera versión cuenta con 25 estaciones.

 <http://www.solidaridaddigital.es>





«Eye Tracking»  
permite  
comunicarse a  
través de  
la mirada

## Un estudio vincula conexiones cerebrales con diagnósticos de autismo a los dos años

INVESTIGADORES NORTEAMERICANOS HAN UTILIZADO RESONANCIAS MAGNÉTICAS DE NIÑOS DE SEIS MESES DE EDAD PARA PREDECIR A QUÉ BEBÉS CON ALTO RIESGO DE DESARROLLAR AUTISMO SE LES DIAGNOSTICARÍA LA ENFERMEDAD A LOS DOS AÑOS DE EDAD.

Publicado en «Science Translational Medicine», el estudio describe un segundo tipo de biomarcador cerebral que los investigadores y clínicos podrían utilizar como parte de un kit de diagnóstico para ayudar a identificar a los niños tan pronto como sea posible, incluso antes de que los síntomas del autismo aparezcan.

Durante el estudio, varios niños dormidos pasaron por una máquina de imagen de resonancia magnética y se les escaneó durante unos 15 minutos para ver la actividad neuronal a través de 230 regiones cerebrales diferentes. Los investigadores analizaron cómo varias regiones del cerebro se sincronizaron entre sí, ya que esta sincronía refleja la actividad coordinada de las regiones cerebrales, que es crucial para la cognición, la memoria y el comportamiento, y puede observarse durante el sueño. Se centraron entonces en las conexiones de la región cerebral relacionadas con las características principales del autismo: habilidades de lenguaje, comportamientos repetitivos y

comportamiento social. Por ejemplo, determinaron qué regiones cerebrales –sincronizadas a los 6 meses– estaban relacionadas con comportamientos a los 2 años.

### CLASIFICADOR DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO

Esto ayudó a crear un clasificador de aprendizaje automático (un programa de ordenador) para clasificar las diferencias de sincronización entre esas regiones clave del cerebro. Una vez que el ordenador aprendió los diferentes patrones, los científicos colocaron la máquina clasificadora de aprendizaje a un grupo separado de bebés. El clasificador de aprendizaje mecánico fue capaz de separar los resultados en dos grupos principales: los datos de imagen de resonancia magnética de los niños que desarrollaron autismo y los datos de los que no lo tuvieron. Usando sólo esta información, el programa informático predijo correctamente al 81 por ciento de los bebés que más tarde cumplirían los criterios para el autismo a los 2 años de edad.



UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN CON TECNOLOGÍA IRISBOND PERMITE CONTROLAR EL «SOFTWARE» DE UN ORDENADOR A TRAVÉS DE LA MIRADA.

Una niña toledana de 7 años, paciente del Hospital Nacional de Parapléjicos, aprendió a leer y a escribir gracias a «Eye Tracking», una técnica revolucionaria en sistemas alternativos de comunicación. La niña ha conseguido una integración total en su vida escolar con el apoyo de esta tecnología que permite comunicarse de forma verbal o escrita y manejar los programas de «software» de un ordenador como editores de texto, imágenes o incluso de diseño. La tecnología «Eye Tracking» es una técnica de Irisbond que utiliza haces de luz infrarroja que pasan completamente desapercibidos al ojo humano y producen destellos en la córnea del individuo. Una videocámara es la encargada de registrar estos destellos y mediante la programación del aparato se comprenden los movimientos de la pupila.



accesibilidad

## El Museo Thyssen logra el certificado Aenor de accesibilidad universal

PRIMERA PINACOTECA DE MADRID QUE LOGRA EL CERTIFICADO

EL MUSEO THYSSEN-BORNEMISZA HA RECIBIDO DE MANOS DEL SECRETARIO DE ESTADO DE CULTURA, FERNANDO BENZO, EL CERTIFICADO DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL CONCEDIDO POR AENOR.

➤ RAP

El Museo Thyssen-Bornemisza es el primer museo de Madrid y el tercero de España que logra este reconocimiento, después del Guggenheim de Bilbao y el Museo del Hombre y la Naturaleza del Cabildo de Tenerife. El distintivo garantiza la igualdad de oportunidades en el acceso y disfrute de los servicios del Museo a todas las personas, independientemente de su edad o capacidades, y que no se limita a la eliminación de las

barreras arquitectónicas, sino que abarca también otro tipo de barreras, como las auditivas, visuales o sensoriales.

El Museo Thyssen lleva desde 2015 trabajando en favor de la accesibilidad gracias a un proyecto integral que la plantea como uno de sus objetivos estratégicos, para que tanto sus instalaciones como los servicios prestados al público sean universalmente accesibles. Desde entonces, se han realizado las actuaciones necesarias para

adecuar todos los espacios de uso y disfrute de los visitantes, que van desde los accesos exteriores a las salas de exposición, pasando por escaleras, ascensores y aseos, para que sean adecuados a las necesidades de todo tipo de públicos.

*Desde 2015 trabaja en favor de la accesibilidad gracias a su proyecto integral*



## Nissan eNV200

PRIMER COCHE ELÉCTRICO DE ESPAÑA ADAPTADO PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

“La capacidad del vehículo se mantiene en 5 asientos más una plaza para una persona en silla de ruedas”, explica el gerente de Ilunion Adaptación de Vehículos, Manuel Romero, para quien la ayuda del departamento técnico de Nissan ha sido fundamental para desarrollar este primer prototipo. En este sentido, explicó que, a la hora de adaptar un coche eléctrico, la dificultad radica en que existen protocolos “muy estrictos para poder trabajar con este tipo de vehículos y que los se realizan sobre su estructura han de seguir unas directrices concretas y muy específicas”.



A juicio de Romero, con este trabajo, Ilunion Adaptación de Vehículos demuestra que “los coches del futuro también pueden y deben ser accesibles para las personas con movilidad reducida”. Además, este prototipo abre la puerta al taxi eléctrico accesible en aquellos núcleos urbanos donde ya se empiezan a introducir y a exigir vehículos de transporte público ecológicos.

# Una cama inteligente para prevenir y curar úlceras

► DISEÑADA POR BJ ADAPTACIONES

EL GRUPO CATALÁN LLUÍS CREUS COMERCIALIZA LA PRIMERA CAMA INTELIGENTE QUE SE MUEVE DE FORMA AUTOMÁTICA MIENTRAS EL PACIENTE DUERME PARA PREVENIR ÚLCERAS Y PRESIONES LOCALIZADAS.



Todas las personas que han tenido que pasar largas temporadas en la cama saben que el cuerpo sufre la aparición de dolorosas úlceras asociadas con la inmovilidad. Para evitarlo, es necesario que el paciente sea movido de forma suave y constante de posición. Hasta ahora esos movimientos sólo podían hacerlos los cuidadores del paciente o sus familiares.

Gracias a la experiencia en el desarrollo de tecnología de apoyo de la empresa BJ Adaptaciones, ahora es posible que los movimientos laterales los realice la propia cama. Una cama inteligente que se programa con los gustos y condición del paciente, junto con las especificaciones pautadas por el personal médico y sanitario que le atiende.

### BALANCE AUTOMÁTICO

La cama inteligente ICB, se balancea de forma automática mientras el paciente duerme para prevenir las úlceras por presión, reducir el dolor y facilitar el descanso. Es posi-

ble programar diversos patrones de movilización, incluyendo micromovimientos constantes e imperceptibles. La cama se diseñó inicialmente para Joaquín Romero, co-fundador de BJ Adaptaciones afectado de esclerosis múltiple. Una vez se probó con éxito se consideró la posibilidad de comercializarla a nivel nacional. “Para mí se ha vuelto imprescindible. Confiaba que me ayudaría a curar las úlceras y mi sorpresa ha sido mayor: ahora duermo más y mejor. En mi situación, esto no tiene precio”, comenta Romero.

Tras cerca de medio centenar de unidades vendidas en España, se lleva a cabo su lanzamiento y comercialización internacional de la mano del Grupo Lluís Creus e InnoPlusBDN.

**i** La cama es programable y realiza movimientos automáticos durante la noche para mejorar el descanso y prevenir la aparición de úlceras y lesiones



COLABORACIÓN FLM Y FUNDACIÓN VODAFONE ESPAÑA

## Las nuevas tecnologías acercan el empleo a las personas con lesión medular



La tecnología y la informática permiten facilitar las tareas de la vida cotidiana de las personas con lesión medular y para ello es necesaria una constante búsqueda de innovación y especializa-

*El proyecto fomenta la independencia de las personas con lesión medular*

LA FUNDACIÓN DEL LESIONADO MEDULAR Y FUNDACIÓN VODAFONE ESPAÑA HAN PUESTO EN MARCHA UN PROYECTO ENFOCADO A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS, CON EL FIN DE ACERCAR EL EMPLEO Y FOMENTAR LA INDEPENDENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA O LESIÓN MEDULAR.

ción. Por eso, la Fundación del Lesionado Medular en colaboración con la Fundación Vodafone España, han puesto en marcha un proyecto innovador para mejorar y fomentar la inclusión laboral del colectivo.

El «Plan Integral de Formación en Nuevas Tecnologías» permite a todos los beneficiarios (personas con discapacidad física en situación de desempleo y en proceso de búsqueda activa de empleo) una especialización pionera en materias como la impresión 3D y la robótica. La finalidad, es el acercamiento a diferentes sectores laborales basándose en la necesidad de las empresas de contratar a profesio-

nales con estos conocimientos. Los cursos disponen de una variedad de temáticas, como Android Básico, Community Manager, diseño e impresión 3D, escaneado 3D o uno sobre Lego Mindstorm Education EV3, que cuenta con un pack de piezas de lego y accesorios para construir un prototipo de robot. El montaje de piezas sirve también como terapia rehabilitadora, mejorando la destreza y precisión de las personas con lesión medular o discapacidad física. Las diferentes escuelas de la Fundación del Lesionado Medular, participarán de manera activa en los cursos para englobar el diseño, el escaneado 3D, la impresión 3D y la robótica.

APP GRATUITA PARA ANDROID QUE PERMITE LOCALIZAR LOS ESPACIOS CULTURALES ACCESIBLES



## La Fundación CNSE adapta la aplicación SignARTE a las personas sordas extranjeras

INICIATIVA FINANCIADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE Y LA FUNDACIÓN ONCE

*La aplicación informa sobre los espacios culturales que ofrecen servicios de accesibilidad en cualquier ciudad española*



## Constituido el Consejo Asesor de Accesibilidad

LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y EL DISEÑO PARA TODAS LAS PERSONAS CONSTITUYEN UNO DE LOS EJES FUNDAMENTALES DE LA ESTRATEGIA DE FUNDACIÓN ONCE DESDE SU CREACIÓN HACE AHORA VEINTINUEVE AÑOS.

El Consejo Asesor de Accesibilidad, que celebró su primera reunión en la sede de la entidad en Madrid, trata de reunir a los

principales actores y agentes que están trabajando en la materia con el fin de crear un punto de encuentro en el que se intercambien ideas, reflexiones y experiencias y se fomente el debate sobre el futuro estado de la cuestión. En su primer encuentro se contó con la asistencia de Inmaculada Placencia, jefa adjunta de la Unidad de Derechos de las Personas con Discapacidad de la Comisión Europea, quién expuso la visión de la Unión Europea en materia de accesibilidad universal y diseño para todos.

### PARTICIPANTES

Entre los participantes figuran representantes de entidades sociales como las fundaciones Vodafone, ACS y Centro Nacional de Tecnologías de la Accesibilidad; el mundo académico, a través de la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE), y organizaciones sociales como Cermi, ONCE, Predif o Cocemfe. También la Asociación Española de Profesionales de Accesibilidad Universal (Asepau), el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (Ceapat) del Imsero, la Asociación Española de Normalización (UNE), Ilunion y miembros de las administraciones públicas como la Dirección General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad del Ministerio de Sanidad y de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

**i** Este nuevo foro supone un paso más en el camino que lleva hacia la plena inclusión de las personas con discapacidad

Hasta ahora, la aplicación recogía información en lengua de signos española y castellano, sobre más de un centenar de cines, teatros, bibliotecas, museos, espacios naturales, yacimientos arqueológicos y recintos históricos de nuestro país que ofrecen servicios de accesibilidad como intérpretes de lengua de signos, signoguías, bucle magnético, subtítulo, servicios de emergencia visuales, etc. Para optimizar su funcionamiento, la Fundación CNSE ha traducido estos contenidos a sistema de signos internacional e inglés, de tal modo que puedan utilizarlo turis-

tas extranjeros tanto sordos como oyentes.

Además, incorpora la función «Cerca de mí» que muestra a los usuarios la oferta cultural accesible en un radio de hasta 100 km de distancia a partir de su ubicación, lo que la convierte en una guía de gran utilidad en materia turística que facilitará que las personas sordas disfruten de ocio, arte y cultura sin barreras de comunicación.

**i** Aplicación disponible para su descarga en <https://play.google.com/store/apps/details?id=tresandroides.signarte>



## José Alberto ÁLVAREZ GARCÍA

Presidente de la Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad Física

*“Siempre debemos pensar más en la persona que en el deportista”*

ES DIFÍCIL ENCONTRARSE CON UNA PERSONA CON TANTA PASIÓN POR EL DEPORTE. DETRÁS DEL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (FEDDF) HAY UN DEPORTISTA SIN LIMITACIONES. NI LA LESIÓN MEDULAR POR ENFERMEDAD CONGÉNITA FUE RIVAL. TAMPOCO LAS MULETAS EN LAS QUE TUVO QUE APOYARSE DESDE LOS CATORCE AÑOS. Y MENOS LA SILLA DE RUEDAS. ASÍ EMPEZÓ LA BIOGRAFÍA DE JOSÉ ALBERTO ÁLVAREZ GARCÍA. UN HOMBRE QUE DESLUMBRABA POR SU TALENTO Y PERSONALIDAD Y QUE HA SABIDO MANEJAR ESAS APTITUDES CON EL MISMO VIRTUOSISMO CON EL QUE ACARICIABA UNA PELOTA DE BALONCESTO ANTES DE ENCESTARLA.

➡ Miguel Núñez

Economista de profesión, reparte su trayectoria profesional entre la gestión empresarial y la deportiva. Antes de ser nombrado presidente de la FEDDF en abril de 2011 y vicepresidente del Comité Paralímpico Español presidió la Federación de Deportes para Personas con Discapacidad Física del Principado de Asturias (FEDEMA) entre los años 1994 y 2011. Ha sido coordinador de actividades deportivas para discapacitados del Ayuntamiento de Oviedo, Gerente de la Fundación Deporte Avilés... ¡Y deportista! Ha combinado el baloncesto con el tenis en silla de ruedas, deporte que practica con asiduidad. Ha estado federado en halterofilia adaptada y tiro olímpico.

**¿Cómo valora que el Inmerso ponga los centros de referencia a disposición de las selecciones nacionales de deporte adaptado?**

La firma de este convenio posibilita acercar el deporte de alta competición, representado por nuestros equipos nacionales, a los usuarios de los centros de referencia. Les permite utilizar para sus concentraciones unas instalaciones perfectamente adaptadas para aquellos/as con mayores problemas de movilidad.

**¿Qué supone para el deportista de élite poder aprovechar los centros de referencia estatal (CRE)?**

Cualquiera de nuestros/as deportistas de élite han hecho de la vida independiente una constante en su día a día. Los CRE les permiten mantener esa calidad de vida e

independencia, también en su actividad deportiva, al ofrecer una serie de servicios, no disponibles en una instalación hotelera al uso, que solventan las necesidades derivadas de los distintos tipos de discapacidad de cada deportista.

**¿Qué otros objetivos se ha planteado alcanzar desde la dirección de la FEDDF?**

La FEDDF tiene como principal objetivo facilitar las mejores condiciones de preparación y competición a sus deportistas de mayor nivel; hablamos de selecciones nacionales, tanto en deportes individuales como de equipo. Pero, sabemos que no menos importante es apoyar las estructuras federativas autonómicas y deportivas locales, ofreciendo nuevas vías de impulso al deporte y la actividad fí-





*Cualquiera de nuestros deportistas de élite han hecho de la vida independiente una constante en su día a día*

sica adaptada, sobre todo entre los más jóvenes.

#### **¿Qué demanda el deportista con discapacidad español?**

Sobre todo, tener la posibilidad de practicar un deporte en las mismas condiciones que una persona sin discapacidad, sin barreras arquitectónicas en todo tipo de instalaciones deportivas, ya sean públicas o privadas. De esta manera, habrá un crecimiento en la oferta de recursos deportivos en manos de las federaciones autonómicas y clubes, que abrirán las puertas a cualquiera de las especialidades contempladas en nuestra Federación.

**¿Cree que la visibilidad de este deporte depende de las ayudas del sector empresarial?**

La combinación de ayudas públicas y privadas es idónea. Por lo general, las primeras cubren una buena parte de las necesidades de la actividad competitiva. No obstante, las del sector privado ofrecen un plus en la organización de un evento o en las acciones sociales que presta el deporte adaptado, que nos permite llegar con más visibilidad a la sociedad en general.

**¿El futuro también pasa por la innovación y el desarrollo de nuevas tecnologías y dispositivos**

**adaptados a cada persona y deporte?**

Sí, y en dos vertientes; por un lado, la evolución necesaria en el material adaptado que empleamos para la práctica deportiva: sillas más ligeras, prótesis más ergonómicas, todo tipo de ayudas técnicas, etc. Por otro, los estudios de rendimiento específicos para cada especialidad, que ayudan a mejorar los resultados de los/as deportistas y que permiten analizar hasta dónde puede llegar cada uno/a de ellos/as en la alta competición.

*“El deporte es uno de los factores que mayor integración social proporciona a cualquier persona, tenga o no una discapacidad”*

**¿El proyecto “Inténtalo” para personas con discapacidad física en centros escolares de doce comunidades autónomas será importante para los futuros deportistas de élite?**

Este proyecto forma parte de las convocatorias de subvenciones de Cocemfe, financiado a través del 0,7% del IRPF del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Trabajamos con un colectivo muy importante de cara al futuro, la población de alumnado integrado escolarmente en centros de primaria y secundaria. Poder hacerles partícipes de las clases de educación física, orientar a los centros educativos sobre ayudas técnicas para la inclusión del alumnado y para que el deporte adaptado forme parte de su tiempo de ocio, hará que tengamos una juventud con valores en materia deportiva que en el futuro les conviertan en grandes deportistas.

**¿Cree que las posibles necesidades o ayudas se fijan según los logros deportivos conseguidos en olimpiadas o campeonatos?**

Está claro que un buen resultado en unos Juegos Paralímpicos o una competición internacional, ayuda a la generación de recursos extras. Pero debemos pensar más en la persona que en el deportista, ya que lo segundo no existiría sin la solidez de lo primero. Por ello, nuestra lucha es promover la unión de esfuerzos entre el movimiento asociativo y deportivo, para que los recursos también lleguen a las personas con discapacidad física que practican deporte sin más, con independencia de sus resultados.

**Desde que en 2010 se celebró el I Congreso Nacional de Deporte de Personas con Discapacidad, se ha establecido un punto de encuentro del deporte adaptado en España. ¿En qué hemos avanzado y qué falta por lograr?**

Es una iniciativa importante que no existía en nuestro país de forma continuada. Desde 2011 lo organizamos bienalmente y este año, en el CRE de San Andrés del Rabanedo, cumplimos la quinta edición. Siempre quedan aspectos que mejorar e investigar con mayor profundidad, pero un Congreso transversal de contenidos, como elabora la FEDDF, siempre es un buen punto de partida.

**¿Qué realidad del deporte adaptado se quiere transmitir a la sociedad?**

Desde la FEDDF tratamos de que al deportista con discapacidad física se le vea como deportista, sin más, que dedica muchas horas en su preparación deportiva, que sacrifica muchos aspectos personales para estar en la élite y que requiere de mayores apoyos, habitualmente, debido al material adaptado que emplea. El error de apreciación es, en muchas ocasiones, el desconocimiento de que son deportistas de alto nivel, exactamente igual que aquellos sin discapacidad. No deberían existir diferencias, en este sentido, entre los que son olímpicos o paralímpicos.

**¿Ha aumentado la inclusión de las personas con discapacidad mediante el deporte?**

El deporte es uno de los factores que mayor integración social proporciona a cualquier persona, tenga

o no una discapacidad. Debemos emplear su potencial como herramienta de integración para que los nuevos accidentados o quienes llegan a la discapacidad a través de una enfermedad, puedan normalizar su situación con la actividad física adaptada. En principio, como complemento a los procesos de rehabilitación y tiempo de ocio, y después, con el deporte a continuación, con un objetivo competitivo.

**¿Es el baloncesto en silla de ruedas el modelo de éxito con el que se debe de trabajar en otros deportes menos reconocidos?**

Es quizá el deporte rey dentro de nuestro colectivo, al menos por número de licencias. Cada especialidad tiene sus particularidades. Hay aspectos relacionados con el coste del material, criterios de clasifica-



Arriba, José Alberto Álvarez con los campeones paralímpicos Teresa Perales y David Casinos. Abajo, recibiendo el Premio Deporte Adaptado 2015 en la Gala Deporte Asturiano

*“Los Centros de Referencia Estatal permiten a nuestros deportistas mantener la calidad de vida e independencia, también en su actividad deportiva”*

ción, etc... que hacen que unas tengan mayor aceptación que otras. Posiblemente el baloncesto como deporte de equipo y por el grado de profesionalización, hace que sea muy espectacular para el que no conoce el deporte adaptado, de ahí su gran impacto en los medios de comunicación.

### **¿Cómo se trabaja para que un deportista no pase del podio al olvido?**

Se trata de un aspecto difícil, no solo en el deporte adaptado. Hemos de valorar la experiencia y el bagaje que adquieren los grandes deportistas que han representado a nuestro país al más alto nivel. Con su experiencia, pueden ayudar y guiar a los deportistas



*Nuestros deportistas demandan practicar un deporte en las mismas condiciones que una persona sin discapacidad*

que comienzan, además de gestionar la actividad adaptada en cualquier ámbito deportivo. Ayudas relacionadas con la formación a nivel técnico son otro punto a trabajar en este momento.

### **Por último, ¿qué legado quisiera dejar como presidente de la FEDDF?**

A nivel personal, sentirme valorado por las decisiones tomadas en los distintos órganos de gestión de la FEDDF. Siempre han tenido el propósito de mejorar el nivel del deporte adaptado en nuestro país. En el aspecto institucional, que la Federación sea una estructura sólida, reconocida por entidades públicas, valorada por lo que ofrece al sector empresarial y con visibilidad en los medios de comunicación. Son objetivos difíciles de conseguir, pero trabajamos día a día con fuerza e ilusión para lograrlo.

### *La simbología de jugar con el 15*

*Ahora está de moda que los magnates compren equipos de fútbol, de baloncesto o una franquicia de la NBA. En su momento algo parecido hizo José Alberto, pero con la salvedad de no ser rico ni pensar en hacer negocio. El único interés que le movió en Oviedo fue el baloncesto. “La mayor satisfacción que he tenido en este deporte fue el primer partido oficial de Liga que disputé en enero de 1996 después de trabajar mucho para conseguir un equipo en la ciudad que residía”. Por aquél entonces ya jugaba con el 15 a la espalda. Un número con mucha simbología e historia.*

*Si eras de la generación del 72 tu ídolo estaba en la portería. José Alberto recuerda que “cada vez que la Real Sociedad jugaba en Oviedo acudía al hotel Reconquista para ver a Arconada”. Entre el revuelo de los aficionados un día recibió una camiseta del equipo donostiarra con el número 15 a la espalda. “Era mucho más que una camiseta hecha a medida” que agarró con el corazón. Un dorsal para soñar jugando... y curiosidades de la vida lo hizo con ese número y durante 15 temporadas en el baloncesto. Paradojas del destino hace dos años José Alberto “esperaba en Barajas el avión que me llevase a Asturias. Aguardando, se sentó a mi lado... ¡Arconada! Estuvimos veinte minutos hablando de deporte, pero sobre todo, de mi admiración por él y de aquella camiseta con el número 15 que me regalaron”.*



# «COHOUSING» ¿UN NUEVO MODELO DE CONVIVENCIA?

## Filosofía de un estilo de vida

Texto: Rosa Lucerga



### CASA

La palabra tiene connotaciones ancestrales que la emparentan con la cueva y la familia, con el refugio y la propiedad. Cuando pensamos en nuestra casa habitualmente obviamos el hecho de que suele ser un cubículo más o menos grande excavado en un edificio más o menos enorme, rodeado de un foso habitado por coches. Ahí, en ese minicastillo individual del panal urbano desarrollamos nuestro vivir que es a veces un sinvivir. Como respuesta, como contestación descarada a esa sensación asfixiante, nació hace ya algún tiempo el «Cohousing», una propuesta habitacional y convivencial en la que hoy queremos detenernos.

«COHOUSING» ES UN TIPO DE COMUNIDAD COHESIONADA POR SU FORMA DE ENTENDER LA RELACIÓN ENTRE VIDA PRIVADA Y VIDA COMÚN. UNA COMUNIDAD FORMADA POR VIVIENDAS PRIVADAS Y UNA DOTACIÓN IMPORTANTE DE SERVICIOS COMUNES, PLANEADA Y GESTIONADA POR SUS RESIDENTES, SEGÚN EL MODELO QUE ELLOS MISMOS DECIDEN.

#### ¿QUÉ ES «COHOUSING»?

«Cohousing» es el nombre con el que internacionalmente se designa a las experiencias de vida compartida o comunidades autogestionadas de vecinos. Es una alternativa a la vivienda convencional, que hace hincapié en la colaboración y la convivencia, cada vez más extendida en los países de nuestro entorno y con un incipiente pero importante proceso de expansión en España.

En palabras de Kathryn McCamant y Charles Durrett, «Cohousing» es el nombre de un tipo de vivienda colaborativa que intenta superar la alienación producida por la compartimentación de la vivienda actual, en la que nadie conoce a sus vecinos y en la que no existe ningún sentido de la comunidad”.

Se caracteriza por la existencia de casas privadas junto amplios espacios y estancias comunes. El espacio común suele incluir una



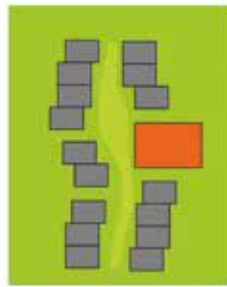
Según tipo de casa con espacios comunes centralizados



**DISPERSO**  
15 viv/ha  
una planta  
espacio plaza  
rural



Sawyer Hill Development (Estados Unidos)



**AGRUPADO**  
25 viv/ha  
una planta  
espacio calle  
rural-urbano



Bofællesskabet Jystrup Søværk (Dinamarca)



**EXTENSO**  
40 viv/ha  
dos plantas  
espacio calle-plaza  
urbano-rural



Cohousing Pomali (Austria)



**COMPACTO**  
> 60 viv/ha  
> 2 plantas  
espacio urbano  
urbano



Kollektivhuset Mölndal, Stolpkyckan (Suecia)

**eCOHOUSING**  
Arquitectura para nuevas formas de vida

¿CÓMO ES UN COHOUSING?  
un cohousing es como necesitan y deciden sus usuarios

Equipo **BLOQUE** arquitectos

casa con cocina, salón comedor y salas multiusos, biblioteca, talleres, zonas verdes, espacios para los niños, etc.

Normalmente, las comunidades «Cohousing» están diseñadas y gobernadas por los propios residentes y funcionan como un “vecindario intencional”, es decir, las personas son conscientes y se comprometen a vivir en una comunidad. La participación en todo lo que atañe a la gestión del espacio y de las actividades en él desarrolladas es el componente básico de este tipo de comunidades autogestionadas. Todas las personas colaboran en la medida de sus capacidades. El pro-

pio diseño físico, en el que todos participan, anima a que esto sea así y facilita el contacto social. La típica comunidad «Cohousing» está formada por unos 20 o 30 hogares familiares, distribuidos a lo largo de una calle peatonal o en torno a un patio abierto. Los residentes de un «Cohousing» llevan a cabo diferentes actividades comunes como, por ejemplo, la comida del mediodía.

Esta forma de vivienda comenzó en Dinamarca a finales de los años 60 y se extendió a Norte América a finales de los 80. Es en Estados Unidos y Canadá donde más se ha desarrollado aunque en España existen varias experiencias. Cada

«Cohousing» tiene sus normas que establecen los residentes en función de sus objetivos y de sus circunstancias.

**CASO PRÁCTICO: TRABENSOL**

Trabensol, es la contracción de trabajadores en solidaridad, una cooperativa sin ánimo de lucro formada por personas de la tercera edad (en este momento tienen una media de edad de 73 años) que desde hace más de dos años viven juntas pero independientes en la localidad madrileña de Torremocha del Jarama. “Esto es una respuesta a una necesidad” explica Jaime Moreno, habitante de Trabensol. Jaime Moreno es periodista y miembro del Consejo Estatal de Personas Mayores en representación de la Organización social de mayores, jubilados y pensionistas de Izquierda Unida. Explica que ellos veían lo

*“Todas las personas colaboran en la búsqueda, diseño, gestión y planificación de las viviendas, espacios comunes y servicios”*





*El conjunto tiene un valor artístico fundamental, subrayado cuando se empequeñecen las grandes obras arquitectónicas*

*Mezquita de Córdoba*

### *“Cohousing es el nombre con el que se designa a las experiencias de vida compartida o comunidades autogestionadas de vecinos”*

que estaban viviendo sus propios padres y sabían que pronto ellos también iban a enfrentarse a esa etapa de la vida en la que son necesarios más apoyos y más compañía.

Los cooperativistas de Trabensol ya venían de otras empresas colectivas. Cuando sus hijos eran pequeños, quisieron darles una respuesta educativa alternativa a la que había entonces en la Comunidad Madrileña y construyeron el colegio Siglo XXI que tan buena fama se ganó. Algunos de ellos habían hecho cooperativas de viviendas en Vallecas y todos tenían experiencia en trabajo social. Así que

con este bagaje y este empuje se pusieron manos a la obra.

#### **LA INDISPENSABLE ECONOMÍA**

La cooperativa es la propietaria de los pisos y los cooperativistas han pagado unos 150.000 euros para adquirirlos. No han hecho división horizontal, o sea que en realidad son usuarios del alojamiento. El valor nominal de la acción es de 145.000 euros y, si en algún momento alguien quiere marcharse, se le devolvería la mayor parte del dinero en cuanto entrara un nuevo cooperativista que pueda sustituirle. Además el dinero es retornable a los herederos. En este momento tienen ya lista de espera de per-

sonas deseosas de incorporarse a este modus vivendi tan atractivo.

En caso de incapacidad de alguno de sus miembros, la cooperativa gestionaría las ayudas de la ley de dependencia. Están haciendo un fondo de solidaridad para cubrir gastos durante la tramitación de las ayudas públicas. Han establecido además una cuota mensual por cada apartamento que oscila entre 1.000 y 1.200 euros en función de si vive una o dos personas. Esta cuota incluye: luz, agua y calefacción; servicios de limpieza y lavandería; la comida del mediodía; y los teléfonos fijos más ADSL que tienen para todos los apartamentos.

#### **EDIFICACIÓN SOSTENIBLE**

El edificio tiene una arquitectura bioclimática, por orientación y por geotermia. Todas las terrazas de los apartamentos están orienta-

## Ejemplos de «Cohousing» senior

- **Trabensol.** Se ubica en Torremocha de Jarama (Madrid) y cuenta con 54 apartamentos y muchos servicios comunes.
- **Sociedad Cooperativa Profuturo Valladolid.** Está compuesta por 127 socios y tiene apartamentos de uno (37) y dos dormitorios (90), además de múltiples servicios comunes. La gestión de los distintos servicios la llevan a cabo empresas especializadas.
- **Sociedad Cooperativa Andaluza Los Milagros.** Es un grupo pionero que en los años 70 idea y pone en marcha un proyecto bajo la máxima «Autogestiona tu futuro». Tiene 76 viviendas de 50 m<sup>2</sup> y terraza, seis habitaciones para enfermos o personas que necesitan atención continuada y múltiples espacios y servicios comunes.
- **Centro Residencial para Mayores Servimayor.** Está En Losar de la Vera (Cáceres) y es una cooperativa de consumidores y usuarios con 150 socios. Tiene 50 apartamentos de 50 m<sup>2</sup>, cuatro apartamentos para situaciones especiales y un pabellón para asistidos con 22 camas. En total viven 124 personas con diversos niveles de asistencia.
- **Centro de Convivencia Polivalente, Multiservicios y Asistencial de la Ciudad de Tres Cantos.** Modelo alternativo a las residencias de personas mayores con el que se pretende encontrar soluciones basadas en el envejecimiento activo, la intervención y la participación. En palabras de sus promotores, quieren asociar al lugar del “ser” o donde se quiere “seguir siendo” mediante el ejercicio de continuar viviendo en el más amplio sentido de la frase.
- **Cooperativa Jubilar Villa Rosita SCM.** Cohousing intergeneracional en colaboración con colegio Montessori.
- **Residencial Los Royales.** Modelo de Unidades de Convivencia en Castilla y León.
- **Apartamentos Convivir.** Residencia autopromovida y autogestionada por cooperativistas. Horcajo de Santiago, Cuenca.

das al sur y las zonas de acceso al norte.

Al final de una de las salas comunes hay un aljibe en el que recogen la lluvia para poder regar en verano. “Está todo muy pensado y hasta tenemos un huerto en altura, para que la gente no se tenga que agachar”, dice la presidenta.

En la urbanización hay 54 viviendas particulares, la mayoría ocupadas por parejas pero también hay casas compartidas por amigas o de una persona individual. Todas las casas son iguales, tienen 50m<sup>2</sup>. Disponen de un salón con cocina americana incorporada; un dormitorio doble y un baño adaptado, ambos con doble puerta para facilitar el acceso y la maniobra de una silla de ruedas si fuera necesaria. Y su terraza orientada al sur.

Hay una serie de espacios comunes como un claustro central y un jardín. Y alrededor se distribuyen los edificios, donde hay un gran comedor, un gimnasio, una lavandería y diferentes salas para realizar todo tipo de actividades, costura, bricolaje, yoga o pintura. Además tienen dos habitaciones medicalizadas con grúas previendo futuras situaciones de dependencia.







Catedral de Burgos

## VIVIR Y CONVIVIR

Según Jaime Moreno, la convivencia, está resultando muy positiva y muy creativa. Hacen juntos la comida del mediodía en el comedor común que tiene 15 mesas de 6 personas. Este tiempo, comenta Jaime, se aprovecha para charlar o tratar alguno de los mil temas que traen entre manos. Al comedor también puede pasar alguna visita (amigos o familiares) siempre que se haga la reserva con una semana de anticipación. "A nivel vital, es una experiencia muy gratificante y muy creativa porque todo lo que hemos aprendido a lo largo de nuestras vidas, lo compartimos ahora con los demás, tanto con los miembros de la Comunidad como con la gente del pueblo". Por ejemplo, organizan, en colaboración con el ayuntamiento, cine fórum en el centro cultural de Torre mocha para que venga cualquier persona y tienen en la residencia actividades (como el yoga o el chi kung) abiertas al pueblo.

Están también abiertas al pueblo la biblioteca, o las tertulias que ellos organizan sobre temas de actualidad política y social (por ejemplo el TTIP, el aborto o la última encíclica del papa).

*“Es una experiencia muy gratificante y muy creativa porque todo lo que hemos aprendido a lo largo de nuestras vidas, lo compartimos ahora con los demás”*

i

## Filosofía y diseño del «Cohousing»

*La filosofía del «Cohousing» está inspirada en principios de cooperación, participación, espíritu vecinal e independencia. No se trata únicamente de agruparse para abaratar costos sino que pretenden evitar el aislamiento y el sentimiento de soledad tan común en las modernas ciudades; compartir conocimientos y experiencias vitales; sentirse miembro de una comunidad implicándose en la toma de decisiones y en las actividades de la misma; y, en definitiva, mejorar su calidad de vida y su salud física y mental.*

*El diseño físico de un «Cohousing» debe lógicamente responder a su filosofía. Tendrá que facilitar y favorecer la vida en comunidad a la vez que garantizar la intimidad de sus miembros. Para eso, dispondrá de espacios comunes en los que se desenvuelva buena parte de la vida de la comunidad. Incluyen normalmente una cocina y un comedor comunes, almacén, lavandería, biblioteca, sala de reuniones, sala multiusos, gimnasio, piscina, etc. Y todos suelen disponer de un área de jardines, una plaza central o un porche grande. Las casas particulares disponen, como mínimo, de baño, cocina, dormitorio y sala de estar.*

*Dos criterios generales de su construcción son consumo energético reducido, y respeto por el entorno.*



### Autismo, detección en fase temprana

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que aparece antes de los tres años de edad y que afecta a las áreas de comunicación social y a la flexibilidad de la conducta y el pensamiento, presentando patrones de conducta restringidos y repetitivos. Con una detección temprana se conseguiría mucho para las propias familias, ya que sabrían antes a lo que se tienen que enfrentar. Sé que ahora en el Congreso se está pidiendo esta detección temprana por los distintos grupos parlamentarios y me parece muy interesante y de gran ayuda, ojalá prospere.

**Marian López, Madrid**



*Pueden dirigir sus cartas a la redacción de la revista Autonomía Personal, por correo a:*

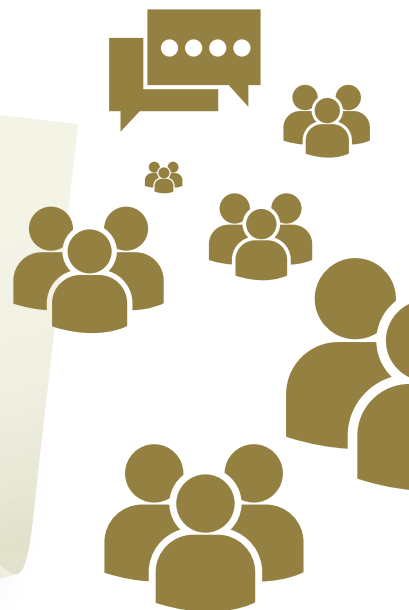
*Ginzo de Limia, 58. 28029 Madrid;*

*por correo electrónico:*

*cfarinas@imserso.es o*

*por fax: 91 703 39 33.*

*La redacción de la revista se reserva el derecho de extractar o reducir los textos.*



# Agenda

### Por un metro sin barreras en Madrid

Barreras siguen existiendo en el metro, hay estaciones que no hay más que escaleras por todas partes, con lo que es imposible para una persona en silla de ruedas utilizar este medio de transporte público. Sé que el diseño arquitectónico se debe hacer desde el principio, pero si no se hizo en su debido momento, cuando lo construyeron, porque no se pensaba entonces en las personas con movilidad reducida y otras personas con problemas, ¿tan difícil es hacerlo ahora? Creo que no costaría tanto trabajo, ni dinero para lo que se gasta en otras cosas.

**Marta Sanés, Madrid**

### Una casa domótica, mi gran sueño

La entrada a los museos no solo debería ser accesible físicamente, es decir, con rampas de acceso, servicios adaptados, etc...Pero que me decís del coste de la entrada, esa es prohibitiva y aunque podamos entrar físicamente hay otras barreras económicas que a veces nos lo impiden.

La cultura, opino que no debería ser un artículo de lujo, sino un bien de todos, y para todos que la podamos disfrutar. ¿Por qué es tan caro ir a un museo?

Creo que esto debería de cambiar, y que un bien como este esté al alcance de todos y no de unos pocos.

Gracias por su publicación  
Un saludo

**Cristina Méndez,  
Madrid**



### PREMIOS PERIODISMO Y SALUD MENTAL

La Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Agifes) convoca los Premios Periodismo y Salud Mental 2017, dirigidos a medios de comunicación que tengan difusión en el ámbito guipuzcoano. El objetivo es premiar los trabajos periodísticos, publicados en 2017, que realicen un tratamiento responsable de los problemas de salud mental.

**Fecha límite para la inscripción:**

15 abril 2018

**Inscripción:** <http://www.agifes.org/>

**Información:** [info@agifes.org](mailto:info@agifes.org)





## CONVOCADO EL VII PREMIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE «PERSONES» CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La Fundación AMPANS premia los trabajos de ejecución de experiencias innovadoras, así como el desarrollo y la aplicación de investigaciones sobre necesidades e intervenciones dirigidas a la atención de personas con discapacidad intelectual.

**Dirección de entrega de los trabajos:** FUNDACIÓN AMPANS, Apartado de Correos 4 10 – 08240. Manresa (Barcelona).  
**Fecha límite** 31 de diciembre de 2017 a les 14 horas.

**Inscripción:** [www.ampans.cat](http://www.ampans.cat)  
**Información:** 68 272393  
Fax 968249721  
[congresosmurcia@viajeseci.es](mailto:congresosmurcia@viajeseci.es)

## XI SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN METODOLÓGICA EN INVESTIGACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD: DAÑO CEREBRAL Y CALIDAD DE VIDA

El objetivo es analizar las perspectivas actuales de investigación en el ámbito del daño cerebral, las nuevas modalidades y metodologías de investigación en el daño cerebral y el impacto del daño cerebral en distintas áreas del desarrollo, funcionamiento independiente y bienestar personal. Organizado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Fedace y Ceadac, se celebrará en la Facultad de Psicología en Salamanca.

**Fecha de celebración:** 22/02/2018

**Lugar:** Facultad de Psicología. Avda. de la Merced, 109-131 37005 Salamanca. Tel.: 923 29 44 00 Ext. 3327 o 4726

**Información:** [mariafernandez@usal.es](mailto:mariafernandez@usal.es) // [tns@usal.es](mailto:tns@usal.es)



## X JORNADAS CIENTÍFICAS INTERNACIONALES SOBRE INVESTIGACIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD “ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN Y SERVICIOS SOCIALES, EDUCATIVOS Y DE SALUD”

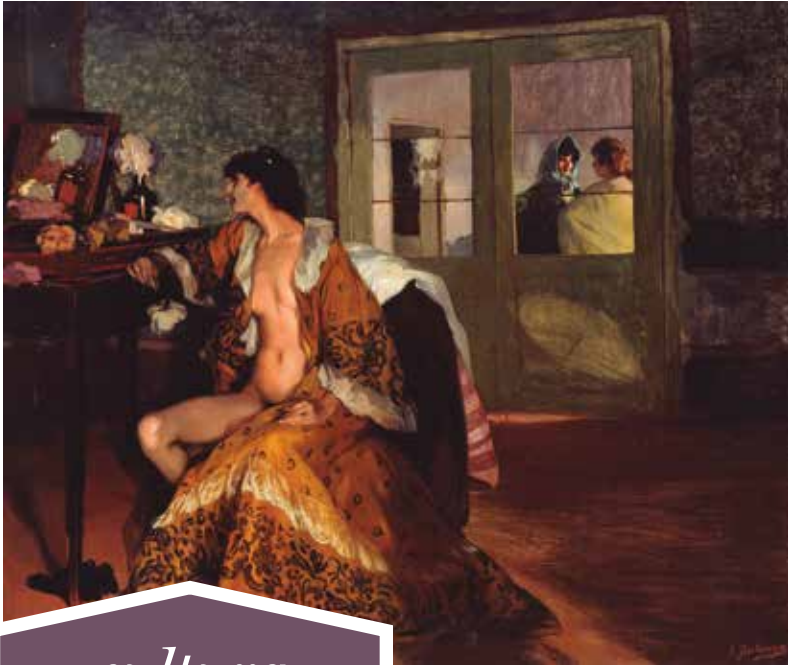
Organizadas por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), tienen como objetivo proporcionar un foro de encuentro y discusión de carácter pluridisciplinar y abierto a los profesionales que trabajan e investigan en el campo de la educación, servicios sociales y salud, así como proponer líneas de investigación futura, que permitan acercar el mundo científico y el profesional, con vistas a la innovación y transformación de las prácticas habituales.

**Secretaría de las Jornadas:** Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Facultad de Psicología. Avenida de la Merced 109-131 ■ 37005 Salamanca ■ Tel.: 923 294726 ■ [jornadasdiscapacidad@usal.es](mailto:jornadasdiscapacidad@usal.es)

**Fecha de celebración:** 14/03/2018 al 16/03/2018

**Lugar:** Hospedería Fonseca. INICO





*cultura*



EXPOSICIÓN EN LA FUNDACIÓN MAPFRE

## Ignacio Zuloaga en el París de la Belle Époque

LA EXPOSICIÓN SE PODRÁ ADMIRAR EN LA FUNDACIÓN MAPFRE HASTA EL 7 DE ENERO DE 2017. LAS OBRAS EXPUESTAS COMBINAN UN PROFUNDO SENTIDO DE LA TRADICIÓN CON UNA VISIÓN PLENAMENTE MODERNA, ESPECIALMENTE LIGADA AL PARÍS DE LA BELLE ÉPOQUE.

*Zuloaga combina un profundo sentido de la tradición con una visión plenamente moderna*

La sala Recoletos acoge la historia de este pintor desde sus primeros años en la capital francesa, el contexto de París que le recibe, sus grandes amistades -como Émile Bernard y Auguste Rodin- el Zuloaga retratista, su faceta de coleccionista y su regreso a las raíces españolas. La experiencia del eibarrés resulta fundamental a la hora de entender su obra, pues su pintura, a medio camino entre la cultura francesa y la española, excede con mucho los límites que la historiografía tradicional del arte ha establecido, ligándola convencionalmente a la generación del 98 y a la España negra.

La relación con Rodin nace de la profunda admiración que el pintor español siente por la obra del escultor: ambos artistas intercambian obras y exponen de forma conjunta en diferentes ciudades europeas, además de viajar juntos por España en 1905.

### ADMIRACIÓN POR LOS PINTORES ESPAÑOLES

La admiración de Zuloaga por la tradición pictórica española no se limita a su producción artística, sino que también se alimenta su faceta de coleccionista. Reúne una importante colección de obras, entre las que destacan las de los

pintores españoles a los que más admira: el Greco, Zurbarán y Goya. Es destacable la relevancia que la experiencia parisina tiene en el regreso de Zuloaga a sus propias raíces. La búsqueda de la autenticidad hace que muchos artistas del momento, como Gauguin y Bernard, abandonen la capital francesa en busca de un mundo puro, sin contaminar por la civilización industrial. Zuloaga, sin embargo, realiza un viaje a la inversa, y a raíz de sus años parisinos vuelve a encontrar sus raíces españolas, ofreciéndonos una visión en la que se funden realismo y simbolismo, tradición y modernidad.



# El hotel RuralSuite de Navarra, Premio Nacional de Hostelería

RURALSUITE, HA SIDO GALARDONADO CON EL PREMIO NACIONAL DE HOSTELERÍA QUE OTORGA LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE HOSTELERÍA (FEHR), POR SER UNA EMPRESA HOSTELERA COMPROMETIDA CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Los prestigiosos Premios FEHR reconocen la labor de los establecimientos, empresas e instituciones que han destacado en aspectos como la innovación, la responsabilidad social, el apoyo a la cultura, la sostenibilidad, o el compromiso con las personas con discapacidad, considerados ejemplos que engrandecen nuestro mundo de la hostelería.

RuralSuite es un hotel con 7 años de existencia, situado en Cascante, a 5 minutos de la ciudad de Tudela y a 15 de las Bardenas Reales de Navarra y del parque Sendaviva.

Fue creado con la idea de ofrecer una oferta de turismo accesible para todos, comprometido con la sostenibilidad y el medio ambiente, y una excelente propuesta gastronómica.



COMPROMETIDO CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



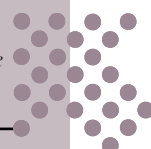
## Hotel accesible

El restaurante y la cafetería, así como las zonas comunes y apartamentos, son completamente accesibles para personas en silla de ruedas, contando con todo el espacio necesario para para realizar la transferencia y un giro cómodo de 360°. El restaurante cuenta también con menús adaptados para las personas con intolerancia. El pavimento cumple con la norma UNE y cuenta con señalética braille, timbre con señal lumínica para personas con discapacidad auditiva. Las cocinas de los apartamentos están adaptadas al cien por cien. El momento de la reserva también es accesible gracias a la web y al motor de reservas

de Native Hotels, web accesible a millones de personas que por motivos físicos o sensoriales no tienen posibilidad de acceder a otros sitios web convencionales.

Así mismo, la estancia en RuralSuite se complementa con la oferta de actividades (a través de la empresa Activa Experience) accesibles para todas las personas, independientemente de sus capacidades físicas y sensoriales.

**i** Reconocimientos recibidos: Premio Nacional de Hostelería, el Premio Mundial Turismo Responsable 2015 entregado en la World Travel Market de Londres.





deporte



### OBJETIVOS

Entre los objetivos del convenio marco, que tendrá una duración inicial de cuatro años, destacan el desarrollo de programas de atención en el ámbito deportivo, con especial incidencia en la realización de actuaciones innovadoras. También se contempla la elaboración y difusión de estadísticas, estudios, investigaciones, informes, bases de datos y mapas de recursos sobre personas con discapacidad física, parálisis cerebral y daño cerebral adquirido. Promocionar y desarrollar actividades de formación continua, formación especializada y de postgrado en el ámbito deportivo adaptado e impulsar iniciativas son otros de los objetivos a conseguir. Otros cometidos son impulsar y apoyar iniciativas que mejoren la imagen y la promoción deportiva de personas con las discapacidades de referencia en los medios de comunicación social y en las sociedades española, europea y mundial.

## Compromiso para promocionar la autonomía personal en el ámbito del deporte adaptado

EL IMSERSO, LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (FEDDF) Y LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (FEDPC) HAN FIRMADO UN CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA DESARROLLAR PROYECTOS Y DIRIGIDOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA, PARÁLISIS CEREBRAL Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.

El convenio fue firmado el 30 de octubre por Carmen Balfagón, directora general del Imsero; J. Alberto Álvarez, presidente de la FEDDF y Julián Rebollo, presidente de la FEDPC. El Imsero dispone de centros de atención especializada, que tendrán una gran importancia en el desarrollo de este convenio, como son los Centros de Referencia Estatal (CRE), los Centros de Recuperación de Personas con

Discapacidad Física (CRMF) y los Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF). La finalidad de la FEDDF es el fomento del deporte y que sus competencias se extienden al ámbito estatal e internacional. Por su parte, la FEDPC tiene como objetivo fomentar de la práctica del deporte en este colectivo.

En la imagen, J. Alberto Álvarez, Carmen Balfagón y Julián Rebollo en la firma del convenio entre el Imsero, la FEDDF y la FEDPC







Gerard Descarrega, con su guía Marcos Expósito

## Nueve deportistas paralímpicos recibirán las Becas Fundación Iberdrola España para cursar sus estudios universitarios

NUEVE DEPORTISTAS PARALÍMPICOS QUE ESTÁN CURSANDO ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SE BENEFICIARÁN EN EL CURSO 2017—2018 DE LAS BECAS FUNDACIÓN IBERDROLA ESPAÑA, TAL Y COMO ACORDÓ LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA ENTIDAD Y EL COMITÉ PARALÍMPICO ESPAÑOL.

Las Becas Fundación Iberdrola España van dirigidas a deportistas beneficiarios del Plan ADOP que estén cursando estudios universitarios, con el fin de facilitar su capacitación profesional de cara a la integración laboral, una vez finalizada su vida deportiva. Estas ayudas consisten en una bolsa de estudios de 490 euros mensuales durante el periodo lectivo (10 mensualidades por año natural) para los es-

tudios que los deportistas acogidos al programa estén realizando. La concesión de estas becas por parte de la Fundación Iberdrola España se suma al respaldo de la compañía al deporte paralímpico, ya que es patrocinadora del Equipo Paralímpico Español a través del Plan ADOP desde su creación en el año 2005. En concreto, cinco deportistas recibirán la beca completa, mientras que otros cuatro compartirán la cuantía.



María Delgado Nadal

### BENEFICIARIOS

- **Lia Beel Quintana.** Atletas de Valladolid con discapacidad visual y diploma paralímpico en los Juegos de Río 2016.
- **Héctor Cabrera Liácer.** Atleta valenciano con discapacidad visual y medallista en el Mundial de 2017.
- **Gerard Descarrega Puigdevall.** Atleta tarraconense con discapacidad visual, campeón paralímpico en Río 2016 y del mundo en 2017.
- **Óscar Salguero.** Nadador barcelonés con discapacidad física y campeón paralímpico en Río 2016.
- **Alberto Seoane Alcaraz.** Palista gallego con discapacidad física y medallista de bronce en el Europeo de Tenis de mesa de 2017.
- **María Delgado Nadal.** Nadadora zaragozana con discapacidad visual y doble medallista de bronce en Río 2016.
- **Isabel Yinghua Hernández Santos.** Nadadora pacense con discapacidad física y diploma paralímpico en los Juegos de Río 2016.
- **Martín Parejo Maza.** Atleta barcelonés con discapacidad visual.
- **Jairo Ruiz López.** Triatleta almeriense con discapacidad física y medallista en los Juegos de 2016 y en el Mundial de 2017.



# ANXO QUEIRUGA VILA

PRESIDENTE DE COCEMFE



## En pro de la integración social

La Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) es una ONG fundada en 1980 que aglutina y coordina esfuerzos y actividades de las entidades que trabajan a favor de las personas con discapacidad física y orgánica para defender sus derechos y mejorar su calidad de vida.

Está compuesta por 83 entidades autonómicas, provinciales y estatales que a su vez agrupan a más de 1.600 asociaciones en todo el país y representan a más de 2,5 millones de personas con discapacidad física y orgánica. Es decir, somos la entidad más representativa de la discapacidad física y orgánica del país.

*Proponemos una ambiciosa estrategia sobre accesibilidad para avanzar hacia un país para todas las personas y libre de barreras*

En estos 37 años de vida hemos impulsado grandes avances que han permitido alcanzar mayores cotas de integración y normalización. Hemos promovido que los diferentes gobiernos de la democracia hayan legislado a favor de las personas con discapacidad y esto se ha traducido en medidas que han mejorado el acceso al empleo, la educación, las prestaciones económicas, sociales y sanitarias, y la accesibilidad y la autonomía personal.

Concretamente, durante 2016, 100.000 personas con discapacidad física y orgánica se beneficiaron de forma directa de las diferentes iniciativas desarrolladas por COCEMFE y más de 590.000 personas participaron en 634 proyectos desarrollados por nuestras entidades. Juntas realizamos un trabajo coordinado y en red que enriquece tanto al movimiento asociativo como a la sociedad en general.

Pero este avance ha sido lento e insuficiente. Temas como la accesibilidad a la propia vivienda, la institucionalización en centros y residencias, el catálogo ortoprotésico, el empleo, la educación, la discapacidad en el medio rural, la

situación de las mujeres con discapacidad, la falta de medios para la investigación de las enfermedades raras, la situación de los enfermos crónicos, siguen en gran medida pendientes.

Debemos trabajar porque el modelo de atención institucionalizada no sea la única alternativa para las personas con discapacidad. Necesitamos políticas comprometidas para que las personas que no disponen de los apoyos informales para mantenerse en su entorno puedan realizar una vida lo más independiente posible.

Apostamos por la figura del asistente personal. La asistencia personal viene demostrando que es un elemento fundamental para que las personas con discapacidad y necesidad de apoyos continuados puedan diseñar su modelo de vida.

Tenemos pendiente el desarrollo de una Ley General de Empleo con medidas que regulen la cuota de reserva en las medianas empresas hasta un aumento de la proporción en las grandes, de manera que éstas en función de su número de trabajadores tengan una cuota superior al 2% actual.

No puedo pasar por alto el incumplimiento de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad, concretamente de la obligación de que el 4 de diciembre de este año 2017 sean accesibles todos los productos, bienes, entornos y servicios. Desde COCEMFE proponemos la puesta en marcha de una ambiciosa estrategia sobre accesibilidad en nuestro país, que contemple medidas eficaces para avanzar hacia un país para todas las personas y libre de barreras.

Y cómo no, la necesidad de modificar la Ley de Propiedad Horizontal, una cuestión no solo de discapacidad, sino de dignidad para todos aquellos que, por la razón que sea, tienen movilidad reducida.

Actualidad

2016/10/16

## El Congreso y Fiapas ponen bucles magnéticos a disposición de las personas sordas con prótesis

En la jornada de puertas abiertas del Congreso de los Diputados

La Comisión Española de Familias de Personas Sordas pondrá a disposición del Congreso de los Diputados bucles magnéticos individuales para facilitar a las personas sordas usuarios de prótesis auditivas, las explicaciones de los guías en la XX Jornada de Puertas Abiertas hoy y mañana.



Nº 16, octubre de 2016

AUTONOMÍA



• Editorial

• Cartas

• Firma invitada

Cada 100 personas con discapacidad intelectual severa ha trabajado alguna vez

Presentación del estudio «Todos somos Todos»

PRESENCIA DE AUTONOMÍA PERSONAL EN LAS REDES SOCIALES

Lo último sobre  
discapacidad, dependencia  
investigación y accesibilidad

Toda la información está en la red  
[www.autonomiapersonal.imsero.es](http://www.autonomiapersonal.imsero.es)



# ALMUDENA

DIAGNÓSTICO  
**TRASTORNO  
BIPOLAR**

PROYECTO  
**ABRIR  
SU PROPIA  
PELUQUERÍA**

**SI SUS SUEÑOS NO TIENEN LÍMITES,  
NO SE LOS PONGAMOS NOSOTROS**

## **La INTEGRACIÓN siempre es la mejor respuesta**

Las personas diagnosticadas y tratadas de problemas mentales, tienen la misma pasión, los mismos sueños, los mismos proyectos que cualquier persona. Creamos en ellos.

**Campaña por la inclusión social de las personas con problemas de salud mental**



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD