

ARTE BIER

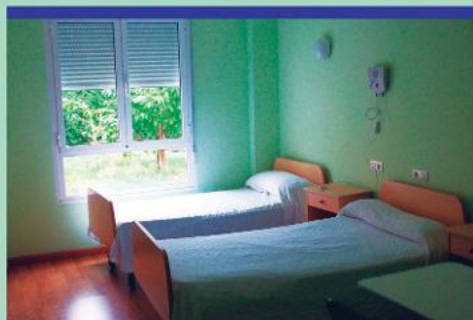
ASOCIACIÓN DE RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD DEL BIERZO

Invierno 2016 - nº 21



Revista Trimestral dedicada al mundo de la Dependencia

Centro Geriátrico Santa María



Nuestros servicios:

Atención personalizada
Servicios médicos y de enfermería
Terapia ocupacional
Fisioterapia
Podología

Más de 17 años a su servicio.

CENTRO AUTORIZADO


**Junta de
Castilla y León**
Concejalía de Familia e
igualdad de oportunidades

Residencia De La Tercera Edad

Centro Geriátrico Santa María



Servicios Sociales
de Castilla y León

REG. SANITARIO:
24-C3-0092

📍 Camino de la laguna, Nº 2
24412 Cabañas Raras (León)
✉ centroger@hotmail.com
Telf.: 987 45 33 64 / 670 51 11 53

sumario

Consejo Editorial

ARTEBIER

Asociación de Residencias de
la Tercera Edad del Bierzo

Consejo de Redacción

Camilo Merayo Feliz
Luis Díaz Rodríguez
José Manuel Rodríguez Alonso
Victoria Digón de la Fuente
Francisco Balado Insunza

Diseño y Maquetación

Oficina Gráfica Roan
C/ Burdeos, 23 Nave 9/2 - Ponferrada
Telf.: 987 426 612

Fotografía

Camilo Merayo Feliz

Impresión

Imprenta Roan S. Coop.
C/ Burdeos, 23 Nave 9/2 - Ponferrada
www.imprentaroan.com

Edita

Asociación de Residencias
de la Tercera Edad del Bierzo
Avda. de España, 14 - 2º dcha.
Ponferrada

Tirada 2.000 ejemplares
Distribución gratuita

La dirección de esta publicación no comparte
necesariamente las opiniones vertidas en la
misma por sus colaboradores

Depósito legal: LE 1621/2010

Editorial	5
Cambio climático y salud	6-7
Anciano con diabetes	8-9
Acúfenos, el ruido interior	10
Actividades en nuestros Residencias	14-15
Tratamiento Fisioterapéutico de Pacientes con rotura del ligamento cruzado anterior	16-17
Promoviendo la autonomía personal en nuestros mayores	18-19
¿Cuándo y porqué se producen los cambios de las estaciones? (primavera, verano, otoño e invierno)	20-21
El herbolario	22

*Estimados lectores: estamos interesados en recibir sus aportaciones, sugerencias, críticas, opiniones, colaboraciones..... Los recibiremos con sumo agrado porque para nosotros será de gran utilidad. Si desea publicar un artículo debe enviárnoslo en formato digital indicando su nombre, D.N.I., dirección y teléfono de contacto. La dirección de correo electrónico en la que se pueden poner en contacto con nosotros es la siguiente: **buzonartebier@gmail.com***



Disponemos de
HORNO CREMATARIO

PONFERRADA
Tfno. 24 horas:
987 42 42 30

- PONFERRADA
- BEMBIBRE
- FABERO
- TORENO
- VILLAFRANCA DEL BIERZO
- TORAL DE LOS VADOS

www.tanatoriolaencina.es



Lo que más queremos, en las mejores manos.



Cuidado y atención a domicilio para personas con cualquier tipo de dependencia y edad.

Atención doméstica y personal para un máximo restablecimiento físico y social.

Cuidado y atención a enfermos en centros sanitarios.

Acceso a servicios con precios especiales en el Hospital de la Reina (Medicina General, Podología).

Los mejores cuidados para estar en las mejores manos.

**servicio
asistencia
domiciliaria**


**hospital
de la reina**
Más información
987 409 279
676 400 313

Centro autorizado para la actividad asistencia domiciliaria Hospital de la Reina registrado en el nº 24.0844S

Con motivo de la celebración del Día Mundial contra el cáncer, el 4 de febrero, la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) ha puesto la atención en la necesidad de acompañar a 30.000 enfermos de cáncer que están solos. Para la AECC existe una nueva realidad social marcada, sobre todo, por el envejecimiento de la población, un cada vez mayor número de pacientes oncológicos y una mayor franja social en riesgo de aislamiento y soledad.

La AECC reclama la integración del voluntariado en el sistema socio sanitario nacional, así como la equidad en el acceso a servicios de voluntariado. Los especialistas recomiendan cada vez más la presencia de voluntarios como acompañamiento y apoyo al enfermo de cáncer y a su familia.

Estamos, en efecto, ante un nuevo contexto social marcado por el envejecimiento de la población, y un cada vez mayor número de pacientes oncológicos. Hoy en España hay 29.637 enfermos de cáncer, mayores de 65 años, que viven solos, y la previsión es que este número siga ascendiendo considerablemente en los próximos años. A lo que se suma, la fragmentación familiar, y una cada vez mayor franja social en riesgo de aislamiento y soledad.

Asegurar una atención integral al paciente y familiar, demandar equidad en el acceso a servicios sociales y ampliar el modelo de integración más allá de los hospitales permitiendo una mayor proximidad son retos que nuestra sociedad debe asumir con urgencia.

SONSOLES Y. ÁLVAREZ DE TOLEDO
FARMACÉUTICA.
MÁSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.



Cambio climático y Salud

El cambio climático de la tierra es un hecho. El año 2015 fue el más cálido del globo terráqueo desde que existen estadísticas. Hubo un grado más de temperatura de media. Nos puede parecer de poca importancia, pero la realidad es que es alarmante.

El planeta viene avisando durante tiempo, y las organizaciones internacionales también. No es difícil aplacar esta tendencia. Científicamente se sabe por qué se produce, y básicamente siempre tenemos que hablar de contaminación.



La OMS ha pedido a los países de todo el mundo una acción más fuerte para combatir el cambio climático y evitar los riesgos que tiene para la salud. Asegura que con medidas fáciles de implantar en el ámbito de las políticas energéticas y del transporte se podrían salvar millones de vidas cada año.

El caso es que este cambio afecta, cómo no, al medio natural, y por tanto directamente a nuestra salud.

El calentamiento global tiene consecuencias que ponen en riesgo la salud, tales como los fenómenos meteorológicos catastróficos, que dan lugar con cada vez más frecuencia a grandes inundaciones, fuertes terremotos; la variabilidad de los climas, que afecta a los suministros de agua y alimentos alterando las épocas de las cosechas y los ciclos de las especies vegetales; los cambios de la distribución de los

N. Alejandro del Valle

ALMACÉN DE COLCHONES Y MUEBLES EN GENERAL

DISTRIBUIDOR OFICIAL

marco
Fabricando descanso desde 1917

C/ Marcelo Macías, 6
Tf. 987 41 19 82 - Fx. 987 42 36 31
24400 PONFERRADA (León)

Fábrica: Polígono Ind. Camponaraya, Sector 2 - Nave 15
Tf. 987 46 31 53 - 24410 CAMPONARAYA (León)





brotes de enfermedades infecciosas o las enfermedades emergentes relacionadas con los cambios de los ecosistemas y de sus temperaturas, vemos así como enfermedades ya desaparecidas resurgen, así como otras de nueva etimología. Existen diferentes estudios que hablan de posibilidades reales de plagas infecciosas derivadas de este calentamiento realmente alarmantes.

Las repercusiones sanitarias del cambio climático ya se están haciendo sentir: aumento del número de fallecidos por olas de calor, aumento de los desastres naturales tales como las inundaciones, y cambios de la distribución de enfermedades potencialmente mortales transmitidas por vectores, tales como el paludismo la malaria.

El cambio climático continuado tendrá profundas consecuencias negativas en algunos de los determinantes sociales y ambientales de la salud, como los alimentos, el aire y el agua.

Las zonas que disponen de una infraestructura sanitaria débil, en su mayoría situadas en los países en desarrollo, serán las menos aptas para prepararse y dar respuesta a estos problemas si no reciben ayuda. Pero también los países desarrollados están sufriendo consecuencias, donde el incremento de los casos de asma en la población es continuo, las alergias son más comunes, así como las dermatitis atópicas, debido a que los ciclos de floración vegetales están alterados, y por tanto los pólenes ambientales, y la contaminación del aire que respiramos es mayor entre otros factores.

Las poblaciones vulnerables son los pobres, los desfavorecidos y los niños, y sobre todo los que viven en países en desarrollo ya que son los que sufren un mayor impactos de los cambios relacionados con el clima y las enfermedades que esto puede ocasionar, como la malaria, la diarrea y la desnutrición, que ya mata a millones de personas cada año.

Debemos tomar individualmente pequeñas medidas para proteger el planeta. En nuestra mano está evitar en la medida de lo posible los transportes de motor, los aerosoles y reciclar de manera adecuada. Estos pequeños gestos seguramente no salvarán la tierra, pero pueden marcar la tendencia para educar en el respeto a la naturaleza a las futuras generaciones.

DISTRIBUCIONES DE GASÓLEOS



Pol. Ind. Cabañas Raras - Parcela 96 2ª Fase · 24412 CABAÑAS RARAS (León)
Telf./Fax: 987 05 77 89 · Móvil 679 489 110 · E-mail: gasocentro.ovalle@gmail.com

DR. LAURENTINO GIL VALLE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA
DOCTOR EN MEDICINA
COORD. MÉDICO DE SERV. SANITARIOS DEL BIERZO



Anciano con diabetes

Epidemiología

El incremento del número de enfermos con diabetes (DM 2) se debe principalmente al aumento de la obesidad y al envejecimiento poblacional, siendo la mayoría de los pacientes con DM2 mayores de 64 años. Según datos del *Diabet.es*, en España más de la mitad de la población con DM2 es mayor de 65 años, llegando en el colectivo de pacientes institucionalizados a cifras cercanas al 30%.

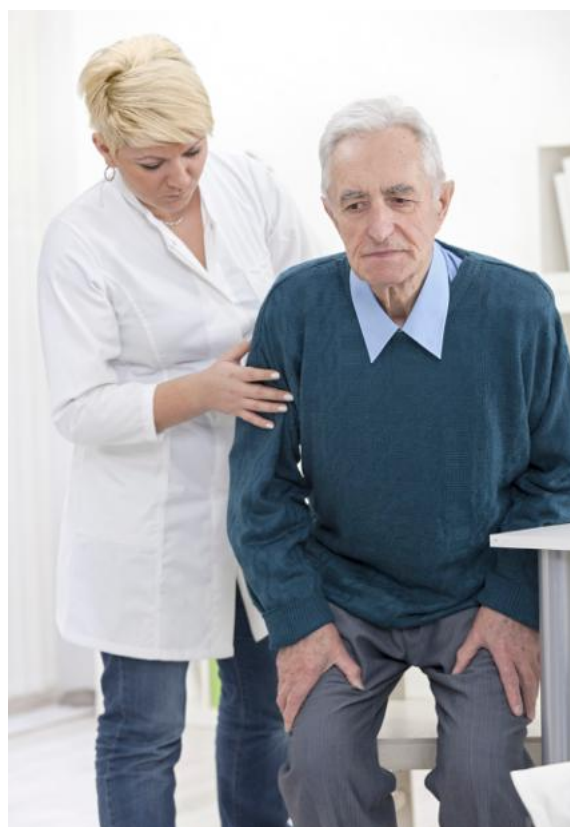
Características diferenciales de la Diabetes en los ancianos

La intolerancia a la glucosa es un proceso muy ligado al envejecimiento. Así, mientras que los valores de glucemia en ayunas se incrementan poco con los años, las cifras de glucemia después de las comidas aumentan de manera mucho más marcada. Con la edad disminuye la secreción de insulina, y aumenta la resistencia a la misma en relación al acumulo de grasa en el músculo e hígado lo que provoca una menor respuesta de la insulina a la glucosa. Otros factores que contribuyen a la resistencia insulínica en el anciano son las modificaciones en el estilo de vida (reducción de la actividad física, cambios en la dieta con una mayor ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas y pobres en hidratos de carbono complejos), y un mayor consumo de fármacos que interfieren el metabolismo.

En la práctica clínica, los ancianos con DM2 pueden presentar diabetes ya conocida y tratada antes de los 65 años, o bien desarrollar la enfermedad después de los 65 años con las características fisiopatológicas diferenciales comentadas. Se ha descrito que los que inician la enfermedad en la edad media de la vida tienen una carga de enfermedad microvascular significativa, mayor necesidad de tratamiento con insulina

y peores controles glucémicos que las personas en las que la comienzan en edades más avanzadas. En los jóvenes es la propia diabetes la que condiciona la evolución y pronóstico de la enfermedad, sin embargo en los ancianos son las características de estos los que condicionan la evolución de la diabetes, factores como el gran número de enfermedades que tienen, la gran cantidad de medicinas que toman (interacciones, incumplimiento) condicionan la evolución de la diabetes en los ancianos.

Podría pues afirmarse que mientras que en el joven y el adulto la diabetes mata, en el anciano discapacita. Este hecho hace que la detección de la presencia de síndromes geriátricos interrelacionados como las caídas, el deterioro cognitivo, la depresión o la incontinencia urinaria, sea muy importante.





Función física

En los pacientes con DM2 se ha descrito una menor actividad física y menor tolerancia al ejercicio, presentando una menor masa muscular, menor fuerza. Como consecuencia de todo ello, las personas mayores con diabetes tienen más discapacidad y mayor riesgo de presentar limitaciones tanto en la movilidad como en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Función cognitiva y estado anímico

En la última década se ha acumulado una importante número de evidencias que relacionan la diabetes con el desarrollo de demencia. De modo similar se ha descrito una asociación entre diabetes y depresión.

Hipoglucemia

Los pacientes ancianos con diabetes son especialmente vulnerables a la hipoglucemia debido a la coexistencia habitual de varios factores de riesgo: cambios en los mecanismos reguladores asociados al proceso de envejecimiento, comorbilidades como la insuficiencia renal, medicación múltiple que aumenta tanto la presencia de interacciones como de falta de adherencia al tratamiento, mayor duración de la diabetes, controles de azúcar infrecuente y falta de educación diabetológica. La hipoglucemia es más frecuente y a menudo más severa en los ancianos, y también tiene consecuencias potencialmente más graves. Entre los factores que explican su elevada frecuencia y mayor gravedad destaca el hecho de que el reconocimiento de la hipoglucemia está disminuido. Por todo ello, **evitar las hipoglucemias constituye un objetivo prioritario.**

Objetivos de control

En las personas de edad avanzada los objetivos de control metabólico deben ser individualizados, en base a las características diferenciales de cada paciente. Para ello resulta básico considerar la esperanza de vida, el tiempo de evolución de la diabetes y la expectativa de vida total y activa del paciente. Del equilibrio entre el beneficio de tratar y los riesgos del tratamiento deberá surgir la decisión de a quién, cómo y con qué tratar.



No existen estudios a largo plazo que demuestren los beneficios del control intensivo de la glucemia en pacientes de edad avanzada, pero sí sus perjuicios. Las recomendaciones del consenso español considera dos escenarios:

a) ancianos con funcional y cognitivamente bien, sin complicaciones ni comorbilidades importantes y con buena expectativa de vida, se recomienda un objetivo de HbA1c de 7-7,5%.

b) ancianos frágiles, con discapacidades, importantes complicaciones o comorbilidades y con expectativa de vida corta, los objetivos de control deben ser menos estrictos HbA1c 7,6-8,5%.

En todos los casos, una idea básica es evitar las hipoglucemias.

Es también importante el control global de los factores de riesgo vascular, dado que el tratamiento antihipertensivo y del colesterol proporciona más beneficios cardiovasculares a corto plazo que el control de la hiperglucemia. Respecto a las cifras de presión arterial, controles de 140/80 mmHg podrían recomendarse en ancianos robustos, mientras que en la mayoría de los pacientes frágiles serían aceptables controles menos estrictos (150/90 mmHg, incluso 160/90 mmHg). En relación con el colesterol, aunque se ha recomendado que cualquier persona diabética mayor de 40 años y con al menos algún factor añadido de riesgo cardiovascular debe recibir tratamiento con estatinas, hay que tener en cuenta que es muy escasa la información del uso de estatinas en sujetos mayores de 80 años, por lo será necesario individualizar su indicación.

Acúfenos - el ruido interior

Empecemos por lo básico ¿Qué son los Acúfenos?

El acúfeno es la percepción de un ruido en el interior que genera el organismo en ausencia de un sonido exterior.

Imagina oír un zumbido constante durante las 24 horas del día. Esto es lo que sufren aquellas personas aquejadas de acúfenos o tinnitus. Estas personas son las únicas que pueden oír este ruido, que no descansa y que no proviene de ninguna fuente externa y que puede alterar notablemente su calidad de vida.

El 50% de la población ha sufrido en algún momento de su vida un acúfeno, por ejemplo a la salida de un concierto, y de ellos el 10% por ciento tienen un ruido persistente durante las 24 horas del día.



Acudir al especialista

Si el ruido dura más de tres meses hay que acudir con urgencia al otorrinolaringólogo. Se considera que tras seis meses el acúfeno se vuelve crónico y que ha dado lugar a circuito cerebrales que lo mantienen en el tiempo.

Determinar la intensidad del acúfeno es complicado y para ello se emplea cuestionarios específicos y pruebas de resonancia magnética mediante las que se

localizan las áreas de actividad cerebral implicadas y su repercusión en el paciente.

¿Por qué aparecen?

La mayoría de los acúfenos son producidos por una lesión del oído, por ruido ambiental intenso o por un ruido súbito como una explosión. Es por ello que resulta muy común entre cazadores, entre los que frecuentan discotecas o usan auriculares con demasiado volumen.

Aunque también pueden aparecer acúfenos en las personas tratadas con quimioterapia antidepresivos; en los que sufren de cervicales, mandíbula y dentadura; y en los que tienen trastornos vasculares, hipertensión o estrés.

Tratamiento

El tratamiento depende del nivel de la molestia y de la repercusión en la vida del paciente. La terapia más eficaz demostrada es el implante coclear, que hace que los acúfenos desaparezcan. También se usan medicamentos para neutralizar la hiperactivación cerebral que ocasiona el acúfeno.

Cuando el origen del acúfeno no puede eliminarse se emplea el sonido como tratamiento. Esto consiste en proporcionarle un ruido al paciente de mayor intensidad que el acúfeno, que escucha a través de audífonos, que evita la percepción del acúfeno a lo largo del día y que consigue que la actividad cerebral asociada al ruido se frene llegada la noche.

En la terapia intervienen terapias cognitivo-conductuales que ayudan al paciente a habituarse al ruido y a dejar de estar pendiente de él.

Equipo Técnico Connecta



Estudiamos su caso de forma personalizada.

Nuestro objetivo... Su bienestar.

Venga a visitarnos



Camino del Río, s/n - 24420 FABERO
Teléfono 987 55 13 75
info@fundacionayalde.com
www.fundacionayalde.com





centro residencial SAN NICOLAS



Nuestro Centro Residencial dispone de:

- Atención sanitaria individualizada.
 - Dietas personalizadas.
 - Fisioterapia y rehabilitación.
- Animación y actividades de entretenimiento.
 - Terapias y ejercicio físico y mental.
- Gestión farmacológica personalizada.
 - Servicios de odontología.
- Atención gerocultora 24 horas.
- Acompañamiento hospitalario.
 - Actividades lúdicas.
- Servicios de Peluquería y Podología.
 - Lavandería.
 - Cocina propia.



Salas comunes, espaciosa y acogedoras, hacen que la convivencia sea agradable y la estancia confortable.

Certificación UNE 158101 en el Centro Residencial San Nicolás

La certificación en la norma UNE 158101 asegura que el centro cumple los requisitos que garantizar la prestación del servicio, promoviendo la excelencia, y basándose en los principios de:

- Ética
- Participación
- Individualidad
- Especialización
- Competencia y autonomía
- Integralidad
- Independencia y bienestar

Esta certificación asegura, que, en nuestro centro, tenemos, entre nuestros objetivos, ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades de los usuarios en un ambiente confortable y buscamos proporcionar una convivencia armoniosa entre los usuarios, respetando la intimidad y privacidad individuales.

La certificación en la norma UNE 158101 certifica que nuestro centro ha establecido un modelo de gestión basado en la gestión por procesos y en el compromiso del centro con la mejora continua. Así mismo, certifica que se asegura el control y la gestión de todas las actividades necesarias para la prestación del servicio.

La norma UNE 158101 está basada en la Ley de Dependencia para la atención de personas mayores en situación de dependencia, por lo que recoge los requisitos mínimos de esta legislación. Por lo tanto, nos ayuda a cumplir la legislación vigente, al ser una norma que detalla y define en profundidad la prestación del servicio y con un enfoque muy dirigido a los servicios de promoción de la autonomía del personal y de atención y cuidado.



Actividades en nuestras Residencias

Los meses de invierno, como todos sabéis, suelen ser más tristes y aburridos que la primavera o el verano, no obstante en nuestros centros asociados siempre procuramos que reine la alegría, el buen humor, y tanto nuestros residentes como sus familiares se encuentren siempre rodeados del mejor ambiente.

Aquí os dejamos algunas muestras de las actividades que se han venido desarrollando en nuestras residencias en el último trimestre.

Magosto en El Humeral - Cacabelos



Reyes en San Nicolás - Fabero





Formación de trabajadores de Residencias asociadas a *ARTEBIER*



Carnaval en San Nicolás - Fabero



BLAS TORRALBA RISUEÑO
DIPLOMADO EN FISIOTERAPIA Y ENFERMERÍA
DIRECTOR CENTRO POLIVALENTE CLINICA FISOBLAS
TELÉFONO 605599533



Tratamiento Fisioterápico en Pacientes con rotura del ligamento cruzado anterior

La ligamentoplastia del LCA se puede llevar a cabo con una parte del tendón de la pata de ganso, mas exáctamente con el tendón del semimembranoso, o en su defecto con parte del tendón rotuliano, ésta última parece que tiene unos resultados mas mediocres a la hora de la movilidad articular de la rodilla tras la intervención.

La rotura completa del ligamento y la del fascículo posterolateral tiene una indicación quirúrgica ya que provoca, en los movimientos de flexión de rodilla, una subluxación anterior de la tibia, pinzando el cuerno posterior del menisco interno e irritando el cartilago articular. La cronicidad del proceso provoca la degeneracion articular y favorece la aparición de gonartrosis.

En la actualidad existe tendencia a utilizar el tendón rotuliano como plastia con una pastilla ósea en cada extremo. La unión hueso-hueso de los taquillos óseos asegura una sólida fijación.

El autoinjerto tendinoso hueso-tendón-hueso permite una movilización precoz, con extensión articular pasiva completa desde los primeros días, flexión progresiva y carga parcial inmediata.

Existen varias fases en el tratamiento de

éstos pacientes y son las siguientes:

● Fase I (1ª semana): Entrevista y valoración inicial.

- 1.- Movilizaciones pasivas de rótula. Se realizan de forma muy suave de manera longitudinal, transversal y oblicuamente.
- 2.- Tratamiento antiálgico. Crioterapia que a la vez nos ayuda a reducir la inflamación y por supuesto a disminuir el dolor.
- 3.- Tonificación muscular. Ejercicios isométricos muy suaves y TENS para potenciar la musculatura tanto flexora como extensora de rodilla.
- 4.- Ejercicios de propiocepción en cadena cinética abierta. Ejercicios sencillos sin nada de carga.

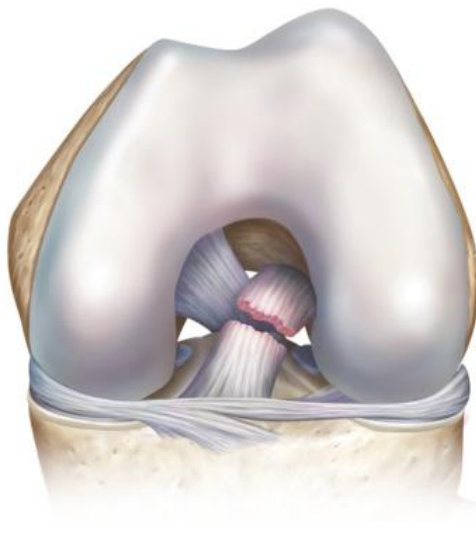
carga.

- 5.- Balance articular permitido: Pasivo 0°/90° Activo 0°/70°

● Fase II (2ª-3ª semana):

- 1.- Movilizaciones pasivas de rótula.
- 2.- Tratamiento antiálgico.
- 3.- Tonificación muscular.
- 4.- Ejercicios de propiocepción en cadena cinética cerrada en carga parcial.
- 5.- Balance articular permitido: Pasivo 0°/115° Activo 0°/90°

● Fase III (4ª-6ª semana):





- 1.- Tratamiento antiálgico.
- 2.- Tonificación muscular.
- 3.- Ejercicios de propiocepción en cadena cinética cerrada en carga parcial.
- 4.- Balance articular permitido: Pasivo 0°/135° Activo 0°/120°
- 5.- Comienzo de carga total.

● **Fase IV (7ª-12ª semana):**

- 1.- Tonificación muscular.
- 2.- Trabajo propioceptivo en cadena cinética cerrada con apoyo bipodal y monopodal.

● **Fase V (13ª-14ª semana):**

- 1.- Tonificación muscular.
- 2.- Trabajo propioceptivo en cadena cinética cerrada con apoyo bipodal y monopodal, en planos inestables, salto, salto con una sola pierna, etc.



- 3.- Vuelta progresiva a la actividad deportiva.

El tratamiento y evolución ha de ser llevado a cabo por la unidad de Fisioterapia, junto con el medico rehabilitador y en su defecto con el traumatólogo.

Es importante respetar los tiempos, ya que una evolución precoz y acortamiento de los mismo puede llevar a complicar el proceso de regeneración y tener consecuencias desfavorables importantes.



IMPRENTA Roan
Diseño grafico, web e imprenta

Cartelería
Tarjetas de visita
Papelería Corporativa
Material de Oficina
Vestuario Laboral
Vinilos
y mucho más...

p.i.b. c/ burdeos, 23 nave 9-2 . ponferrada
tlfno y fax | 987 426 612
www.imprentaroan.com

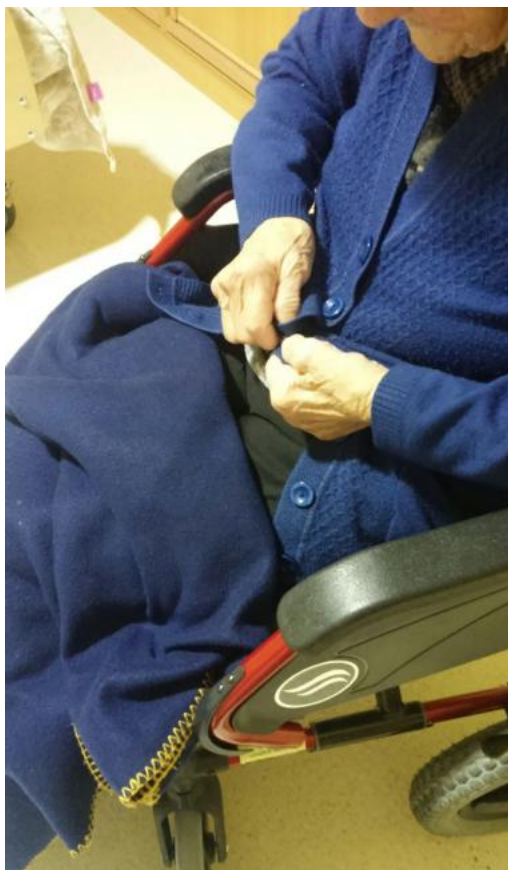
FISIOTERAPIA
Clinica de fisioterapia
TORENO
Teléfono: 605 599 533

M. CARMEN CAMPOS MONTEAGUDO
TERAPEUTA OCUPACIONAL



Promoviendo la autonomía personal en nuestros mayores

El incremento en la esperanza de vida y, en algunos países, la baja tasa de natalidad está originando un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores, que tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población.



Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2008), de las que aproximadamente un 25% son octogenarias. En este sentido y según las proyecciones realizadas por el INE, *"En España, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años"* en el año 2050 las personas

mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor.

Para prevenir la dependencia de nuestros mayores y proporcionar la máxima calidad de vida es de vital importancia que el sentimiento de utilidad se prolongue. En este aspecto cobra relevancia la figura del terapeuta ocupacional, ya que ligada a la geriatría desde sus inicios, debe analizar, evaluar, graduar y adaptar las actividades de la vida diaria (AVD).

Realizar este procedimiento se convierte, portanto, en una herramienta esencial para la mejora de la salud y lograr el bienestar. Concienciados y comprometidos por este fundamental principio, el grupo de residencias ArteBier, con la colaboración del departamento de terapia ocupacional, han implantado un novedoso programa en la fundación AYALDE, desde el centro residencial "SAN NICOLÁS" situado en la localidad de Fabero (León) que tiene como objetivo potenciar la autonomía personal de los usuarios, realizando un entrenamiento individualizado, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

¿Qué son las actividades de la vida diaria (AVD)?

Las actividades de la vida diaria son aquellas que las personas hacen de manera cotidiana.

Existen diferentes clasificaciones de las AVD; una de las más sencillas es la de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional), la cual divide en áreas estas



avd's, entre las que destacaremos:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).** Son las que tienen que ver con el ámbito más personal, de cuidado del cuerpo y de la calidad de vida de uno mismo (ducha, aseo, alimentación, vestido, etc).
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).** Son las que tienen que ver con la interacción con el medio (mantenimiento del hogar, desplazarse por la comunidad, cuidar de los demás, cuidar niños, usar las nuevas tecnologías, etc.). Generalmente son actividades complejas y opcionales, es decir, se pueden delegar en otras personas.

¿Cómo trabaja el terapeuta ocupacional?

El terapeuta ocupacional parte de la valoración de las capacidades físicas, mentales y sociales de la persona mayor para ver con qué actividades de la vida diaria debe trabajar.

Una vez detectadas las necesidades, trabaja con la persona de manera individual, adaptándose a sus capacidades, con el objetivo de **prevenir la pérdida, mantener, o mejorar la autonomía funcional.**

Algunos ejemplos de las tareas que se llevan a cabo desde este programa innovador son:

Realizar un entrenamiento de acciones que tienen que ver con la higiene y el cuidado de la propia imagen como

ducharse, peinarse, vestirse, etc.

Proponer ejercicios de economía articular para evitar la sobrecarga de las articulaciones.

Entrenar la realización de transferencias, es decir, cómo sentarse o levantarse de la silla, la cama...

Conseguir un buen control de la postura a la hora de la realización de actividades.

Además, el terapeuta ocupacional también se encarga de **promover la estimulación cognitiva de la persona mayor** con la que trabaja para mejorar la atención, la memoria y las habilidades sociales.



CARBONES Y GASOLEOS



JOSEPIN, S.A.

*Antracitas de 1ª Calidad
Gasóleos garantizados por Repsol*

OFICINA: Telf./ Fax 987 551 495
Móviles: 659 564 341 - 625 467 585 - 625 467 586
24420 FABERO (León)

Servicios Sanitarios del Bierzo

*a su servicio un amplio
equipo sanitario multidisciplinar*

*Medicos · Enfermeros
Fisioterapeutas · Terapeutas Ocupacionales*

con amplia experiencia en el sector geriátrico

630 941 261

POR ROGELIO MELÉNDEZ TERCERO
GEÓLOGO Y MIEMBRO DE DIVERSAS
ASOCIACIONES DEDICADAS A LA DIVULGACIÓN
DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

¿Cuándo y por qué se producen los cambios de las estaciones?. (primavera, verano, otoño e invierno)

Mis padres como muchos otros cuya juventud y niñez discurrió en los duros años de la posguerra civil española; no tuvieron muchas oportunidades de ir a la escuela. Ni siquiera a la escuela del pueblo (Castropodame); pero trabajaron mucho, muchísimo para que yo si pudiese estudiar. Es sin duda una historia repetida en muchos de nuestros pueblos. Si hace unas décadas con saber leer, escribir y las 4 operaciones matemáticas mas simples (suma, resta, multiplicación y división); era ya saber lo suficiente; hoy por fortuna en prácticamente todos los pueblos hay personas que han cursado estudios universitarios. En mi caso los de Ciencias Geológicas, en los años finales de la década de los 70 del siglo pasado. Además me gusta no olvidar lo que se y ampliar mis conocimientos, lo que me lleva a menudo a mantener ciertas discrepancias con mis padres en lo que atañe al conocimiento científico y racional de nuestro mundo.

Estas controversias suelen aparecer muchas veces cuando se aproxima la entrada de una cualquier de las estaciones y aparecen porque machaconamente me suelen insistir en que la primavera entra el 21 de marzo, el verano el 21 de junio, el otoño el 21 de septiembre y el invierno el 21 de diciembre. Si les pregunto el porque siempre me contestan que fue mi abuelo el que así se lo enseñó a ellos. Tengo la impresión de que consideran que así ha de ser siempre, año tras año; algo con lo que yo no estoy en absoluto de acuerdo, si bien si estoy de acuerdo en que “a efectos prácticos”, las fechas (los 4 días 21), son correctas, como también siempre a efectos “prácticos” los días anteriores o posteriores a los señalados. Es decir en vez de indicar a secas que las

entradas de las estaciones se producen en esos 4 días citados, habría que matizarlo diciendo que “en torno a” o si se quiere “aproximadamente”,... los días señalados.

El Plano del Ecuador

La entrada de las estaciones tiene lugar año tras año en aquellos 4 instantes en los que el Sol o si se quiere una línea que une el centro del Sol con el centro de La Tierra, forma con el plano del Ecuador unos ángulos concretos,..... muy concretos. Este es un plano que corta a la Tierra en dos mitades, de forma perpendicular a su eje de giro y que figura representado perfectamente en aquellas esferas terrestres que solía haber en todas las escuelas. Hay dos instantes en que este ángulo es justamente de 0° y entonces decimos que entra la primavera o el otoño. El valor de 0° es lógicamente un valor mínimo; pero hay otros dos instantes todos los años en los que el valor es máximo. Este valor máximo es de $23,5^\circ$ (aproximadamente). Cuando esto ocurre se dice que entra el invierno o el verano. El verano en el hemisferio Norte (parte de La Tierra donde se halla toda Europa y otros muchos países) entra cuando estos $23,5^\circ$ se forman “por la parte de arriba” del plano del Ecuador, es decir cuando los





rayos solares discurren entre el Ecuador y el Polo Norte. El invierno en el Hemisferio Sur entra en el instante en que los rayos del Sol forman un ángulo máximo con el plano del Ecuador pero "por la parte de abajo".

Todo lo dicho se comprende quizá mucho mejor si miramos las figuras adjuntas, que corresponden al Parque Solar Didáctico de Bembibre, (cuando estaba recién construido y bien cuidado) y mucho mejor aún si nos situamos sobre el terreno en el mismo. Si en ese Parque hacemos pasar un plano por la única línea recta que hay en el mismo y por el punto P (objeto que da la sombra); tenemos un plano ecuatorial. Como en el invierno y otoño los rayos del Sol dan en el mismo "por la parte de abajo"; las trazas de las sombras son cóncavas hacia el Norte siempre. En el invierno y primavera por el contrario se curvan hacia el Sur siempre. La posición de los 4 puntos cardinales está nítidamente reflejada en el Parque. Aclaro que como es evidente el punto que da la sombra se sitúa al Sur del cuadrante (el espacio destinado a ser cubierto con flores).

Esos instantes singulares en los que el ángulo que los rayos del Sol forman con el plano ecuatorial ocurren año tras año en distintas horas e incluso en distintas fechas por múltiples razones. La mas conocida es que el número de días del año no es de exactamente 365; por ello la finalización oficial del año, (que es siempre a los 365 ó 366 días justos) no coincide con la real y este desajuste se manifiesta entre otras circunstancias en esta. En el año 2.015, la primavera entró el 20 de marzo, el verano el 21 de junio, el otoño el 23 de septiembre y el invierno el 22 de diciembre. Sin embargo a lo largo de este siglo XXI, nos encontraremos en algún año con que la primavera entra el 19 de

marzo y en el pasado siglo XX, el otoño llegó a entrar en algún año el 24 de septiembre.

Por lo general damos por finalizado el año CASI, 6 horas, antes de que este realmente haya terminado y por ello (y otras circunstancias) ocurren estos cambios en las fechas de entrada de las estaciones. Remarco lo del "CASI", porque es un tiempo que en un año apenas tiene importancia (son menos de 12 minutos); pero a lo largo de varios siglos ellos supone una cuantía importante. Dicho de otro modo como no terminamos oficialmente el año cuando corresponde, las posiciones singulares del Sol respecto a La Tierra no se pueden producir año tras año ni en las mismas horas, ni en las mismas fechas. Hay otros factores que hay que tener en cuenta, pero entrar en ellos quizá sea "liar la madeja demasiado".

Una imagen vale mas que mil palabras

Yo aunque soy geólogo de profesión, desde hace mas de 20 años me he dedicado a estudiar a fondo diversas cuestiones relacionadas con la medida del tiempo y entre estas el mecanismo de entrada de las estaciones. Fruto de estos años ha sido por ejemplo el diseño y la construcción de sendos parques solares didácticos en Castropodame y Bembibre. Este último es en mi opinión el mas completo y también el mas bello,.....si estuviese bien cuidado. Las fotos que adjunto son del mismo.

En este jardín se reflejan no sólo las fechas y horas (reloj y calendario), si no también otros muchos conceptos como la ecuación del tiempo ,las amplitudes ortivas y occiduas del sol, la fluctuación anual de la declinación,..... que conocen muy bien los aficionados a la astronomía, pero que muchas personas ignoran por completo.

Fue precisamente el diseño de estos parques didácticos lo que me impulsó a estudiar (durante muchos años); todas estas cuestiones. Por ello cuando mis padres me contradicen, no me hace mucha gracia lógicamente;..... pero lo soporto con resignación no sólo porque se trate de mis padres; si no también porque además comprendo que para ellos es muy difícil entender muchas de estas cuestiones y porque si yo las entiendo es debido a que gracias a su sacrificio pude estudiar.



LUIS DÍAZ RODRÍGUEZ
GERENTE DE BIERZO SALUD

Bardana o Lampazo (*Artium lappa L.*)

Es conocida también como “hierba de los tiñosos”. Se utiliza sobre todo **la raíz** y a veces las hojas verdes.

La raíz posee materias minerales, sobre todo nitrato de potasio, que junto con su abundante contenido en inulina le confieren una **acción diurética**. También posee propiedades **bactericidas, antifúngicas, antibiótica (sobre todo frente a estafilococos), sudorífica y antidermatósica**.

También posee ácidos alcoholes que le proporcionan una **acción diurética y colerética**, lo que le hace ser una buena planta depurativa. Derivados guanídicos y flavonoides, responsables de la **acción hipoglucemiante**. Hormonas vegetales (fitohemoglutinina) que produce aglutinación de los hematíes. Trazas de aceite esencial, un poco de tanino, ácido clorogénico y esteroides.

En uso externo es antiseborreica, bactericida y antipruriginosa.

Las hojas, sobre todo las jóvenes,



contienen un principio amargo (arctiopirina) que le proporciona una **actividad antibacteriana y antifúngica (contra los hongos)**. Poseen también una lactona sesquiterpénica con **propiedades antibióticas** frente a bacterias Gram + (estafilococos, estreptococos, neumococos, etc).

Los frutos poseen un principio amargo (arctigenina) con acción antitumoral.

Se usa en afecciones de piel: forunculosis, antrax, acné, dermatosis, eccemas, micosis cutáneas (hongos). Reumatismos, gota, diabetes, enfermos prediabéticos con forunculosis de repetición, infecciones urinarias, etc. En uso externo: heridas, úlceras varicosas, pieles grasas, caída de cabello, cabellos grasos, y hasta mordeduras de víboras.

CONSULTA DE GERIATRÍA DR. JAVIER PÉREZ-JARA en la Clínica Ponferrada

PORQUE TODO PACIENTE MAYOR Y SOBRE TODO MUY MAYOR PRECISA UN GERIATRA CONSULTOR

Valoración integral de las personas mayores, pérdidas de memoria, demencia, alteraciones del sueño, agitación, mareos, caídas, síncope, incontinencia, depresión, problemas de movilidad, o dependencia, etc.

En la Clínica Ponferrada 987423732 y si precisa visita a domicilio, puede solicitarla en la misma Clínica o al 610354801.



MÁS DE
HAN
NUESTRA **LEÍDO
REVISTA**



**PUBLICITE SU
EMPRESA**

**INFÓRMESE
EN EL**

TFN.: 987 40 96 88



ASEO MOVILIDAD GRÚAS DESCANSO XXL NIÑOS VIDA DIARIA

Servicios Sociosanitarios

- . Higiene, Movilidad y Acompañamientos
- . Cuidado de personas dependientes
- . Limpieza domestica
- . Selección de personal (Interna/Externa)

Avda. del bierzo, 10 . Ponferrada Tel. 987 456 777
www.siberuniversal.es



Grúas (venta y alquiler)



Silla de bañera giratoria



Colchón antiescaras+compresor



ORTO3

ORTOPEDIA
TÉCNICA-SERVICIO-SALUD

Mariano Andrés, 5 · León · Teléfono 987 27 03 94
La Fuente, 10 · La Bañeza · Teléfono 987 65 60 47
Avenida de Asturias, 11-13 · León · Teléfono 987 22 98 45
Doctor Marañón, 12 · Ponferrada · Teléfono 987 41 97 90



Avenida España, 14 - 2º dcha.
24402 PONFERRADA (León)
Tf.: 987 40 96 88 . Fx. 987 40 50 11
fbalado@lyferasesores.es

Gestión

- * de empresas
- * de recursos humanos
- * de asociaciones



Asesoría

- * fiscal
- * contable
- * laboral
- * mercantil



Protección de Datos Personales



Formación



DISTRIBUCIONES PARA HOSTELERÍA
HIGIENE INDUSTRIAL

987 088 290
600 593 858

Batalla de Roncesvalles, 6 Ponferrada
cameliabierzo@gmail.com

Porque para oír bien.....
No se necesitan
Orejas Grandes




Instituto de Audiología Avanzada

**Aprovecha nuestra
Promoción y
Compra
tus Audífonos**

a un precio increíble!

**Avda. Perez Colino, 1 Ponferrada
Tlfno cita: 987 910 097**

Beltone Legend™

Comprometidos Contigo



Ahora con:

30%

de descuento

*Promoción válida hasta 31 de marzo del 2016