

1 de OCTUBRE

Día Internacional de las Personas Mayores



“Es necesario concienciar a los profesionales sobre la importancia de una formación específica en Gerodontología”



Año tras año aumenta la proporción de personas mayores de 65 años, no cabe duda de que este grupo de la población tiene unas demandas particulares para nuestro sistema sanitario, una de ellas es el cuidado de su salud bucodental. En esta entrevista hablamos con el Dr. José M^a Martínez-González, presidente de la Sociedad Española de Gerodontología.

presido lleva años haciendo importantes esfuerzos por concienciar a los profesionales sobre la importancia que tiene una formación específica.

Usted siempre ha defendido que la gerodontología debería ser una disciplina obligatoria en las facultades...

Sí, lo he defendido y espero que en los nuevos planes de estudio, se generalice y en todas las Facultades de Odontología, figure la Gerodontología como asignatura obligatoria.

Nuestra sociedad cuenta con numerosos miembros destacados en el ámbito universitario, que representan voces reconocidas durante la elaboración de planes de estudio, por lo que esperamos que, cuando este cambio se produzca, estas voces sean tenidas en cuenta.

Hay factores como la medicación farmacológica o incluso el estado general del paciente que padece otras dolencias que hay que tener en cuenta...

En cualquier tratamiento odontológico, el profesional debe tener muy en cuenta la medicación que toman los pacientes, así como las enfermedades que padecen.

El resultado de un tratamiento odontológico puede verse afectado como consecuencia de algunos tratamientos farmacológicos, y viceversa, actuaciones odontológicas pueden repercutir en la enfermedad del paciente.

¿Cuál es la principal labor de la sociedad que usted preside?

La Sociedad Española de Gerodontología, se fundó en 1990 por el Dr. Javier Caballero García, y a partir de ese momento, y con diferentes juntas directivas, ha tenido como objetivo prioritario conocer la situación de la salud oral de los adultos mayores. En 2020, realizaremos nuestro XX Congreso Nacional e Internacional, en León,

“En cualquier tratamiento odontológico, el profesional debe tener muy en cuenta la medicación que toman los pacientes, así como las enfermedades que padecen”

con la participación de diferentes ponentes que pondrán a la profesión en vanguardia sobre las diferentes investigaciones y protocolos terapéuticos que permitan minimizar los riesgos en estos pacientes y conseguir un estado de salud oral satisfactorio.

El progresivo envejecimiento de la población, así como el aumento en la esperanza de vida conllevan un incremento del número de pacientes mayores que demanden tratamientos odontológicos. ¿Está la profesión preparada para atender esta demanda?

En el momento actual, estamos viendo dos grupos importantes dentro de la población de los adultos mayores. Aquellos que gozan de cierta independencia y que los agrupamos en pacientes no institucionalizados, y el otro, que no la tienen y por tanto son claramente dependientes, que son los pacientes institucionalizados.

“Nuestra sociedad cuenta con numerosos miembros destacados en el ámbito universitario, que representan voces reconocidas durante la elaboración de planes de estudio”

La mayoría de estos últimos se encuentran ingresados en centros sanitarios en los que la preparación en los cuidados odontológicos podría mejorar de forma importante.

Creemos que en dichos centros deberían constituirse unidades odontológicas, bien dotadas, y con personal cualificado, para ayudar a mantener unas condiciones saludables de la cavidad oral.

Entendemos que es un gasto sanitario que debería contar con el apoyo de las comunidades autónomas o del gobierno central.

¿Cuáles son las patologías más comunes entre los pacientes mayores de 65 años?

En los pacientes no institucionalizados, es común encontrar enfermedades cardiorrespiratorias como hipertensión, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedades metabólicas tipo diabetes del adulto; enfermedades óseas como la osteoporosis; y enfermedades que afecten al aparato digestivo o genitourinario.

Las enfermedades neurológicas degenerativas, propias de la edad, hacen que cuando el deterioro es importante, los pacientes son derivados a centros específicos y ahí es donde hacíamos referencia anteriormente a los pacientes institucionalizados. Desgraciadamente es un reto importante para la Medicina y la Odontología hacer que, pacientes con Parkinson, Alzheimer y otras demencias, puedan alcanzar un estado general satisfactorio.

“Existe evidencia científica que pone de manifiesto que la diabetes y otras enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas podrían retrasar su evolución con un buen estado de la salud oral”

¿La salud bucodental es un reflejo de la salud general del paciente?

Sin duda, existe evidencia científica que pone de manifiesto que enfermedades que hemos mencionado con anterioridad, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, y enfermedades neurodegenerativas, tienen una interrelación tan estrecha que sugieren que un buen estado de la salud oral podría minimizar los aspectos clínicos e incluso, retrasar la evolución de dichas enfermedades.

¿Algún consejo para nuestros lectores?

Principalmente que cuiden de su boca y que entiendan que un mal estado de la misma puede conducir o agravar numerosas enfermedades.

También recomendarles que huyan de algunos mensajes publicitarios que solo persiguen realizar tratamientos. Es esencial ser tratado por profesionales en los que su principal planteamiento sea preventivo y no invasivo.

¿Los pacientes adultos mayores tienen unas condiciones especiales que requieren de conocimientos médicos también especiales?

En efecto, existen diferencias considerables entre los adultos y los adultos mayores que se basan fundamentalmente en una mayor presencia de enfermedades ligadas a la edad y por consiguiente tratamientos farmacológicos múltiples. Esto confiere un carácter especial a este sector poblacional, que pasa por unificar los diferentes tratamientos odontológicos con un conocimiento de las diferentes enfermedades más comunes.

¿Existe suficiente formación en las universidades de nuestro país en materia de gerodontología?

La titulación actual del Grado en Odontología, está desarrollada en diferentes campos que permiten una formación adecuada a los futuros profesionales para cubrir ampliamente las necesidades poblacionales. Sin embargo, cuando se trata de diferenciar estos campos en función de la edad, en muchas universidades, básicamente se desarrollan la Odontopediatría y la Odontología general en la que se mezclan población adulta y adulta mayor.

No son muchas las Facultades que imparten la Gerodontología como materia en su diseño curricular. Por eso, la Sociedad que



ENTREVISTA **Dra. Cristina Alonso y Dra. Olga Laosa**

Investigadoras de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe (FIB-HUG)

“Sabemos que se puede modular la manera de envejecer”

La población mundial se hace mayor y uno de los grandes retos de la sociedad actual es mejorar la manera de envejecer para mejorar la calidad de vida de las personas mayores evitando el desarrollo de la discapacidad y la dependencia, que, en ocasiones, se asocian al envejecimiento. A esto se dedican las investigadoras Cristina Alonso, médico geriatra y coordinadora adjunta del proyecto Advantage JA, y Olga Laosa, médico farmacóloga clínica y coordinadora adjunta del proyecto Diabfrail-Latam.

¿Cómo puede mejorar su trabajo el envejecimiento de la población?

El grupo de investigación en envejecimiento, el más numeroso de la FIBHUG, trabaja fundamentalmente en el campo de la fragilidad, un síndrome asociado a la edad caracterizado por la afectación de diferentes órganos y sistemas que hacen a la persona mayor muy vulnerable a desarrollar caídas, nuevas enfermedades, discapacidad, institucionalización e incluso la muerte. Identificar a las personas mayores frágiles es clave para prevenir la dependencia que en ocasiones sufren las personas mayores y que es el principal marcador de mala calidad de vida.

Con los cambios demográficos que ya se están produciendo, el porcentaje de personas mayores está aumentando y esto representa uno de los grandes desafíos sociales de este siglo. Si se sigue envejeciendo como hasta ahora, la carga de dependencia en las personas mayores va a aumentar de manera progresiva en los próximos años, por el crecimiento del número absoluto de personas mayores, y lo que se prevé, si no se cambian las cosas, es un colapso del sistema. Sabemos que se puede modular la manera de envejecer

favoreciendo el envejecimiento saludable. Una de las estrategias que han demostrado más eficacia para envejecer llevando una vida saludable, con capacidad para hacer aquello que la persona mayor desea, es la prevención y el abordaje de la fragilidad. La mayoría de nuestros proyectos persiguen este objetivo.

¿Cuál es el objetivo del proyecto Advantage JA?

Este proyecto es la primera Acción Conjunta en envejecimiento, co-financiado por la Comisión Europea (CE) y por los 22 estados que participan, entre ellos, España. El Ministerio de Salud ha delegado la coordinación en el SERMAS, concretamente, en el Hospital Universitario de Getafe (Dr. Rodríguez Mañas). Además, participan Andalucía, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana y País Vasco. El objetivo es impulsar el abordaje de la fragilidad en toda Europa, desarrollando recomendaciones comunes para todos los países europeos para mejorar la calidad de vida de todas las personas mayores en Europa. Se trata de establecer un marco común europeo para hacer política pública de envejecimiento y fragilidad. El

proyecto empezó en 2017 y se prevé que termine a finales de 2019.

¿Qué han conseguido hasta ahora?

Lo primero que se hizo fue una revisión de todo el conocimiento sobre fragilidad, lo que permitió identificar la evidencia científica sobre qué hacer para abordar la fragilidad. En la segunda fase, se hizo una encuesta para conocer el grado de implementación de los estándares identificados en la revisión previa, en los 22 países que participan en ADVANTAGE. Y en una tercera fase, conociendo los estándares a los que teníamos que llegar y sabiendo dónde se estaba, cada Estado Miembro redactó una hoja de ruta para los próximos cuatro años con el objetivo de impulsar el abordaje de la fragilidad. A partir de ahí se han extraído unas recomendaciones generales que pueden ser aplicadas a cualquier país o región que quiera abordar el envejecimiento. Estas recomendaciones serán presentadas en Sevilla hoy mismo, día 1 de octubre y en Bruselas el 27 de noviembre.

¿Qué harán ahora que se acaba el programa?

Aunque la financiación de este proyecto se termina en diciembre del año actual, estos tres años han servido para establecer lazos, motivar a diferentes partes implicadas en este tema y desarrollar un plan de trabajo para los próximos cuatro. Confiamos en que, tanto a nivel europeo como en España, el grupo de trabajo creado pueda seguir colaborando. La implementación de todas estas medidas es necesaria si realmente queremos mejorar el envejecimiento saludable de la población.

¿Cómo afectarán los resultados al día a día de las personas mayores?

Nuestro objetivo es lograr un cambio en cómo se aborda el envejecimiento y esto se verá a medio o largo plazo. Queremos impulsar el desarrollo de estrategias nacionales de prevención de fragilidad que promuevan el envejecimiento saludable. Esto se traducirá en mayor calidad de vida para las personas mayores, así como en una visión más positiva y mayor reconocimiento de lo que aportan a la sociedad.

¿Y cuál es la línea del proyecto Diabfrail-Latam?

Diabfrail-Latam es un estudio de investigación también financiado por la CE y coordinado por el Dr. Rodríguez Mañas y su equipo del Hospital Universitario de Getafe. Partimos de los resultados de proyectos previos, el más importante de ellos el Midfrail, un ensayo clínico que terminó en 2017. El objetivo es escalar un programa de intervención multimodal en pacientes mayores de 65 años, frágiles y diabéticos, en países de Latinoamérica y el Caribe. La primera fase es un ensayo clínico con 1.200 sujetos de cinco países latinoamericanos a los que aleatorizaremos a uno de estos dos grupos: 1) una intervención multimodal que consiste en un programa de ejercicio físico, un programa nutricional y de educación en diabetes y un ajuste de los objetivos de control de diabetes y de la tensión arterial, todo ello adaptado a la población anciana frágil, o 2) práctica clínica habitual. Si se demuestra eficacia de la intervención y tras una evaluación económica, se procederá al escalado de la intervención al resto de países latinoamericanos con la colaboración de la Organización Panamericana de Salud (PAHO).

¿Por qué hacen este estudio en Latinoamérica?

El estudio Midfrail se realizó en

países europeos y demostró que esta intervención era eficaz para mejorar el estado de fragilidad de los sujetos. Lo que pretendía la CE era escalar intervenciones que ya hubieran demostrado eficacia en otros países y en otros entornos, y nosotros propusimos ampliarla a países de Latinoamérica. Conseguimos la financiación en 2018 y comenzamos en enero de 2019. La intervención de Diabfrail Latam, si bien está basada en el estudio MID-FRAIL, ha sido adaptada a las condiciones, el entorno y demás características diferenciales de los países de Latinoamérica.

¿En qué fase están?

Ahora estamos en la fase de organización, requerimientos legales, comités de ética, desarrollo de protocolos, etc. En noviembre tenemos previsto la reunión de entrenamiento con los investigadores en Cartagena de Indias y en Santiago de Chile, con la idea de que en enero de 2020 pueda comenzar la fase de validación, que consiste en la selección de sujetos, la intervención y el seguimiento. A mediados de 2021 esperamos tener los resultados y procederemos al escalado en el resto de los países con la colaboración de la Organización Panamericana de Salud.

¿Qué cambiará con su estudio en la vida de nuestros mayores?

Los resultados del Midfrail han demostrado que la intervención, que dura 16 semanas, mejora el estado de fragilidad de los sujetos de una manera clínicamente muy significativa, y además esta mejoría se mantiene durante al menos el año que hicimos seguimiento. Creemos que el estudio Diabfrail, va a conseguir resultados similares, disminuyendo la evolución de la fragilidad hacia la discapacidad en sujetos ancianos diabéticos. La diabetes afecta aproximadamente al 20% de los mayores de 65 años y es un factor de riesgo muy importante de discapacidad y muerte. Si conseguimos evitar esa evolución a la discapacidad, estamos construyendo mucho para los pacientes y también para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.



iisgetafe.es/la-fundacion
www.advantageja.eu
diabfrail-latam.eu

ENTREVISTA Priti Sadhwani Fundadora y CEO de Neurovida
Miriam Carretero Cofundadora responsable de Neurovida Paseo de la Habana

“La calidad humana es la base de nuestro trabajo”

En un mundo en el que todo ha cambiado en los últimos años, los centros de día parecían estancados en el pasado hasta que hace cuatro años nació Neurovida. Su apuesta por la calidad del servicio y, sobre todo, por la calidad humana en la atención que presta constituye su gran diferenciación.

¿Con qué visión nació Neurovida?

Somos profesionales que llevamos más de diez años en el sector y pensábamos que había que abordar un cambio de concepto, una revolución de los centros de día y de rehabilitación. Gracias a nuestra experiencia, conocíamos las necesidades reales, tanto en el campo de las enfermedades neurodegenerativas como en el del daño cerebral adquirido, y quisimos crear un espacio al que pudieran acudir personas susceptibles de demandar este tipo de recursos, más adaptado a sus necesidades reales. Así surgió nuestro multiespacio de terapia y convivencia, que es como nos gusta llamarlo, porque para nosotros el concepto de centro de día está desfasado. Nuestros centros no son un aparcadero ni un sitio para que la gente se entretenga, sino un espacio por y para ellos. De hecho, seguimos innovando cada día con las sugerencias de los participantes.

¿Se refiere a los usuarios?

Conceptos como usuario, paciente o cliente convierten a las personas en números, y nosotros no trabajamos con patologías, trabajamos con personas. De hecho, nuestros grupos no están diferenciados por enfermedades, no se les pone la etiqueta de alzheimer ni la de daño cerebral sino la de personas que participan en las terapias. Por eso hablamos de participantes, que son además quienes toman las decisiones en todo momento, acompañados de sus familias. No se trata, por cierto, sólo de personas mayores, porque al oír palabras como alzheimer casi todo el mundo refleja la imagen de una persona anciana, y nosotros tratamos casos de todas las edades, desde niños hasta personas con cien años. Y nuestra forma de trabajo siempre va a ser la misma, porque no queremos diferenciar a los mayores de los jóvenes cuando tienen la misma

patología. Queremos mantener esa parte de conciencia social para que seamos iguales y tratados igualmente.

¿Cómo se van diseñando las actividades?

Todo el proyecto de Neurovida parte de la misma base, y nuestros espacios se van adecuando con una personalización real según las necesidades de las personas que van entrando. También atendemos a personas que no tienen ningún tipo de enfermedad, que van cumpliendo años y quieren prevenir. Nos basamos mucho en la historia de vida de la persona, no hacemos terapias en serie sino que preguntamos a cada participante por sus intereses y sus necesidades para marcar una serie de objetivos, porque nos parece una pérdida de tiempo para ellos y para nosotros hacer algo que no les gusta. Así la motivación es mucho mayor.



Miriam Carretero y Priti Sadhwani

¿Son siempre actividades individuales?

Tenemos una ruta terapéutica en la que todos los grupos, todos los días, trabajan a nivel cognitivo, físico, funcional, emocional y social. Los terapeutas intentan homogeneizar un poco la terapia en las necesidades parecidas que puedan tener los participantes, y luego intentamos individualizar la atención. Además, hay personas que requieren un tratamiento individualizado. Además de estas terapias de estimulación cognitiva, también

trabajamos la estimulación más emocional, con música terapia y arte terapia, que muchas veces es lo que nos permite acercarnos a la persona para trabajar su parte física y cognitiva. Hay que darles la oportunidad de hablar, desahogarse, y no limitarnos a darles su sesión de fisioterapia.

Ya tienen tres centros, ¿cuál es su plan de expansión?

Neurovida ha ido creciendo por las personas que han ido confiando en nosotros, y nuestro planteamiento es seguir creciendo de acuerdo a las necesidades que vamos encontrando. No vamos a franquiciar, siempre va a ser nuestro proyecto y lo vamos a gestionar directamente, porque para nosotros el factor humano es muy importante para seguir dando no sólo la calidad de servicio que exigen las certificaciones sino una calidad humana, que es la vocación de los trabajadores, la cercanía con las familias y la transparencia, que es la base de nuestro trabajo.

¿Cómo se puede acceder a sus servicios?

No trabajamos con sociedades porque bajan demasiado el pago por el volumen que traen, y eso comprometería la calidad que damos. Sí tenemos acuerdos con la Comunidad de Madrid y con el ayuntamiento para dar plazas con el cheque servicio de la ley de la dependencia. Queremos llegar al máximo número de personas, y organizamos el transporte para ir adonde nos pidan.

Neurovida, la importancia de las personas



Nicolás Sánchez
Fisioterapeuta de Neurovida

La esencia de Neurovida es acompañar, escuchar, emocionar y rehabilitar. Intentamos ver a la persona en su conjunto para entender sus motivaciones y necesidades. Nuestras terapias neurológicas se enriquecen con la convivencia en un espacio cálido. Para que los logros alcanzados en la neurorehabilitación se trasladen al entorno familiar solemos trabajar también en lugares cotidianos. Es por ello que podrías ver a un profesional de Neurovida guiando en un museo, acompañando a la compra o en un café.



Paola García
Neuropsicóloga de Neurovida

En el Multiespacio Hermosilla estamos altamente especializados en grados leves y moderados de enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cuerpos de Lewy, entre otras, así como en rehabilitación en ictus, y traumatismos craneoencefálicos. En Neurovida las terapias neurológicas tradicionales se complementan con actividades como la terapia asistida con animales, piscina terapéutica, software de estimulación cognitiva y neurorehabilitación mediante robótica. Apostamos por un enfoque humanista donde cada persona es única.



Laura Atarés
Terapeuta ocupacional de Neurovida

Avenidas es un Multiespacio creado con ilusión por y para las personas, con un equipo humano especializado y comprometido con la innovación. Adaptamos las terapias neurológicas (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología, musicoterapia, arteterapia) a las necesidades terapéuticas y sociales de las personas con deterioro cognitivo, enfermedades neurodegenerativas o daño cerebral adquirido y sus familias. Empleando entornos adaptados y las nuevas tecnologías como la realidad virtual.

El colchón más prestigioso de europa, ahora disponible en 120 tiendas.

Emma es una empresa tecnológica alemana que ha revolucionado el tradicional mercado de venta de colchones, y ha irrumpido en el mercado español pisando fuerte, ya que ha ganado durante dos años consecutivos (2018 y 2019) el test al mejor colchón, realizado por la organización de consumidores más importante del país. Además, ha recibido numerosos premios y reconocimientos en más de 7 países de Europa. Dispone de un departamento propio de I+D en el que innovan constantemente realizando estudios sobre todas las patologías que sufre la población para elaborar un colchón acorde a las necesidades de la gente mayor y poder ofrecer la mejor calidad y confort.

Emma con las personas mayores

El dolor articular es una de las causas más comunes en la población anciana. Las personas mayores son las que más sufren estas patologías dolorosas que en muchos casos no tienen una rápida solución y que traen consigo en la mayoría de las ocasiones elevados costes, no solo económicos sino personales o sociales que reducen la calidad de vida de las personas que las padecen.

Es importante diferenciar dos términos que en ocasiones se confunden: artritis y artrosis. La artritis consiste en una inflamación de la membrana sinovial que recubre nuestras articulaciones. Entre los síntomas de la artritis en personas mayores encontramos dificultades para mover alguna articulación, un posible hinchazón

o dolores continuos. Puede aparecer debido a factores genéticos, infecciones, un traumatismo o diversas enfermedades, pero también a causa de otros factores que afectan negativamente como el tabaco y el sobrepeso. La artrosis, por su parte, es una patología no inflamatoria que consiste en el desgaste de las articulaciones debido al envejecimiento y al desgaste de los cartílagos o a causa de una enfermedad degenerativa. Comparte consecuencias con la artritis, y el dolor que ocasionan puede verse aliviado con el uso de corticoides o antiinflamatorios.

Conseguir un descanso reparador trae muchos beneficios para el organismo, entre ellos, el hecho de que optimiza la memoria, reduce tensiones, alivia los dolores de cabeza y produce

un estado de relajación y bienestar generalizado que se traduce en una mayor estabilidad emocional. Además, un estudio demuestra que las personas que duermen de 7 a 8 horas diarias son más felices y viven más tiempo. Un mal sueño propicia que comamos más, y por tanto aumentamos la probabilidad de sufrir alguna de las patologías en las articulaciones.

Para la empresa Emma, es una prioridad lograr que sus clientes concilien el sueño y consigan un descanso reparador, y por ello han lanzado al mercado el Emma Original, el colchón estrella de la compañía. Este colchón es transpirable y, por tanto, adecuado para personas mayores ya que combina materiales de alta calidad adaptándose a cualquier cuerpo. Posee puntos elásticos grabados en la espuma para darle el ajuste ideal al cuerpo, lo cual hace que la columna permanezca recta y al mismo tiempo brinda el soporte y la comodidad necesaria. La espuma patentada por la empresa tecnológica alemana, la espuma Airgocell®, cuenta con una estructura que alivia todo el cuerpo y garantiza que esté fresco mientras se



**Don't worry.
Sleep happy.**

duerme, gracias a su altísima transpirabilidad. Es el colchón perfecto para recargar las pilas después del día. El colchón viene en una caja envasado al vacío, lo que facilita enormemente su manejo, y puede mantenerse sin abrir hasta 13 meses sin que pierda sus propiedades.

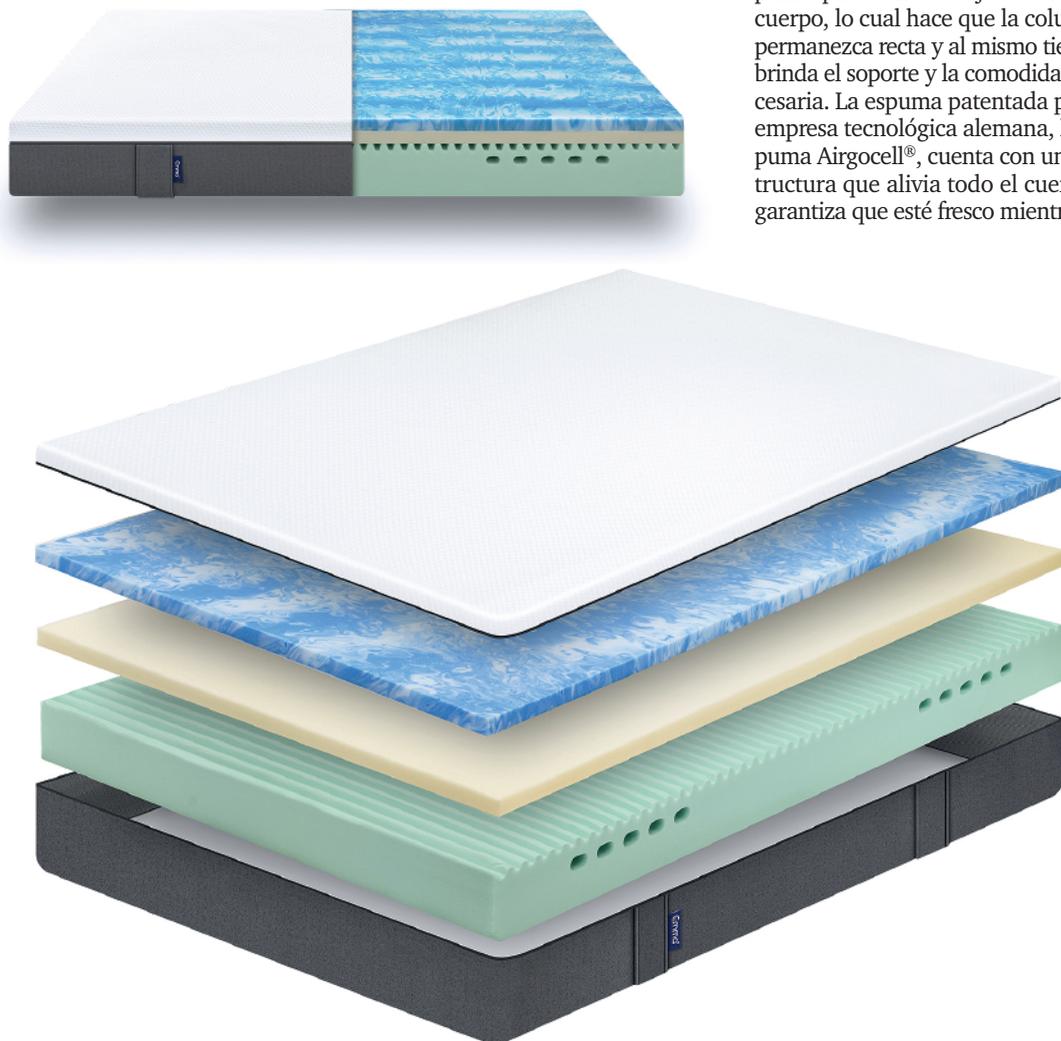
En Emma también disponen de una funda de colchón adicional impermeable perfecta para las incontinencias o pérdidas de orina nocturnas. La estructura de sus fibras es aireada y asegura que la humedad se elimine perfectamente. Esto, en combinación con una innovadora técnica 3D, garantiza una buena ventilación de este protector de colchón. Además, es 100% probiótico, ya que se fabrica con materiales que contienen microorganismos que ayudan a prevenir totalmente las reacciones alérgicas. Su gama de productos no solo se centra en los colchones, sino que va más allá y han creado una almohada totalmente personalizable y ajustable

en altura y dureza. ¡Ya no hay excusas para conseguir el descanso perfecto!

Emma, cada día más cerca de ti

Emma cuenta con una red de más de 120 tiendas físicas repartidas por toda España (península e islas) donde se pueden ver y comprar todos los productos. Pueden presumir de trabajar con distribuidores como Grupo Topoplano (Barcelona), Colchones Aznar (Aragón), Colchón Expres (Madrid) y Descanshop (Balears). Actualmente están en fase de expansión y esperan tener para final de año presencia en todas las ciudades del territorio español. Otro factor diferencial con respecto a otras empresas es que mantienen los precios y condiciones de la página web, aunque se adquieran los productos en la tienda.

Emma®



**100 noches de prueba
sin compromiso**

En Emma son conscientes de que se necesita probar un colchón durante un período de tiempo, y como están tan seguros de su calidad, ofrecen la posibilidad de probarlo durante 100 noches sin compromiso.

Para cualquier duda o consulta, pueden contactar con Emma a través del e-mail: servicio@emma-colchon.es o su número gratuito de atención al cliente **919 016 816**

“El sénior cohousing responde a necesidades tanto funcionales como emocionales”

Entre quedarse en casa, acudir a un centro de día o irse a vivir a una residencia, los mayores tenían pocas opciones hasta ahora. El Proyecto Vitápolis de Romero Vallejo Arquitectos propone el sénior cohousing, edificios de viviendas con servicios comunes adaptados a las necesidades de las personas mayores, que pueden vivir independientes en su propia casa.

¿Cuál es la trayectoria de Romero Vallejo Arquitectos?

Romero Vallejo es el estudio de arquitectura que fundé con Sara Romero en 2001. Siempre hemos tenido un especial interés por la apariencia de los edificios, por los acabados y por controlar los costes. Hemos desarrollado muchos proyectos residenciales y siempre hemos tenido un interés especial tanto en la configuración del programa del edificio como en el diseño de las zonas comunes, que hoy en día se dejan de lado, muchas veces por el coste del suelo, pero para nosotros son espacios que dan mucha calidad de vida a la comunidad. Nuestra actividad profesional nos ha llevado a convertirnos en un estudio multidisciplinar en el que también hay diseñadores, ingenieros, abogados y economistas.

¿Qué aportan esos perfiles?

En nuestra trayectoria nos hemos encontrado muchos problemas de construcción, económicos, legales... y muchas veces la propiedad se encontraba perdida y los teníamos que afrontar nosotros. Con los años, eso nos ha llevado a desarrollar una gestión integral de la obra, y cuando eres capaz de dar una respuesta a todas estas necesidades, el cliente optimiza su tiempo y nosotros podemos controlar mucho mejor todo el proyecto: costes, diseño, acabados, etc.

¿Cuándo decidieron abrir una línea de negocio enfocada a los mayores?

Hace diez años se puso en contacto con nosotros un colectivo que conocía nuestra trayectoria y quería hacer un proyecto singular, que consistía en viviendas que tenían que tener unos servicios comunes. Uno de nuestros primeros proyectos había sido algo similar, un cohousing para jó-



Proyecto Vitápolis Toledo.

venes, donde de hecho vivimos. Enseguida entendimos lo que nos pedían porque lo experimentábamos todos los días. Este colectivo era un grupo de amigos que querían irse a vivir juntos a un entorno que cubriera las necesidades de esa etapa de la vida en la que estaban entrando. De acuerdo con nuestra visión multidisciplinar, decidimos crear Vitápolis, que es un proyecto de gestión integral de colectivos, porque entendimos que no solamente había que resolver problemas legales y técnicos, sino que había un componente socioasistencial muy importante que nosotros, en los proyectos de arquitectura más convencionales, no estábamos acostumbrados a satisfacer.

¿Son viviendas específicas para mayores?

Son viviendas con zonas comunes donde se incorporan unos servicios socioasistenciales a la carta para los socios, no necesariamente gente mayor. Buscamos que tengan un carácter más intergeneracional, que no respondan a sectores cerrados de la sociedad. Por ejemplo, el proyecto que estamos acabando de construir está pensado para mayores de 50 años y personas con un grado de discapacidad superior al 33%.

¿Cómo ha evolucionado el concepto en estos diez años?

En España en la actualidad hay muchas iniciativas pero creo que muy pocas terminan de concretarse porque no hay un marco legal específico, tampoco hay unos profesionales que se dediquen de forma específica



a asesorar a los colectivos, y les van surgiendo muchos problemas por el camino, ya sean financieros, de encaje legal... Cuando se ponen en contacto con nosotros, les guiamos en todo el proceso y les ayudamos a llegar al número de socios necesario para que sea rentable. Dependiendo de los costes que quieran asumir, tanto en la vivienda como en la comunidad, el número de socios va a condicionar los costes asociados. Para intentar que la cuota sea lo más justa posible, estos proyectos deben tener un mínimo de 35 o 40 apartamentos, para que las cuotas a largo plazo se puedan mantener lo más bajas y estables posibles.

¿Cómo respeta el diseño la conjunción de independencia y atención?

A la misma altura que las necesidades funcionales, a las que puedes responder con baños accesibles, puertas anchas y espacios sin barreras arquitectónicas, están las necesidades emocionales. La gente joven



Vivienda con imagen contemporánea, plenamente accesible.



Piscina en cubierta. Espacios atractivos para socios y familiares.

restaurante y cafetería, biblioteca, zonas deportivas, piscina... Es muy importante que estos servicios tengan reflejo desde un principio en el proyecto, incluido su coste.

¿Qué lo diferencia de una residencia?

Son dos modelos completamente antagónicos. En el cohousing las personas viven en su casa, pueden entrar y salir cuando les apetezca y no hay horarios de visitas. La vivienda está adaptada, con una serie de dispositivos de emergencia para que puedan avisar si hay alguna incidencia, y están en un entorno donde la vida en comunidad hace que haya un contacto. Luego tienen una serie de servicios externos que se ofrecen a los socios que los demandan. Son servicios hechos a su medida y aprobados por ellos, unos básicos para todos y otros configurables. Y hay un sentimiento de seguir siendo independientes, de no convertirse en una carga para los hijos, y estar en un entorno estimulante. Una residencia se basa únicamente en dar respuesta a los problemas funcionales, y los problemas emocionales, que son fundamentales, no están resueltos.

¿Hay espacios también para hacer actividades?

El objetivo de las actividades que pueden realizar en estos espacios es prevenir enfermedades y mantenerse activos física y mentalmente. La filosofía consiste en que aparte de ser independientes, mantengan su calidad de vida el mayor tiempo posible. Hay gimnasio, salas de talleres, zona de

romero & vallejo



www.romerovallejo.com
www.vitapolis.es