



“Vivir más y vivir mejor”: Un paso más hacia los Derechos de las Personas Mayores

Foro Internacional sobre personas mayores // Relación de Autores y Trabajos Premiados
en 2017 Trabajos Modalidad Universidad // Reseñas de Trabajos de Doctorado //
Convocatoria Premio Tomás Belzunegui 2018

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Vincenzo Malafarina
Concepción Molina
Rafael Sánchez-Ostiz
Tomás Yerro

Depósito legal

NA 1839-1994

Diseño y maquetación

iLUNE

SUMARIO

EDITORIAL: Presentación de la nueva dirección 4

ORIGINALES: Los derechos de las personas mayores

“La vejez en el mundo” 5

Medicus Mundi NAM

“Declaración de Pamplona sobre los derechos de las personas mayores” 9

Camino Oslé Guerendiáin

ENTREVISTA A

Isabel María Martínez Lozano 12

Sagrario Anaut

PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI 14

MODALIDAD UNIVERSIDAD

“Importancia del cuidado de enfermería ante la soledad del anciano hospitalizado ” 16

María Echegoyen Pedroarena

“La adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida de familiares cuidadores de personas con demencia en el proceso de convivencia” 26

María Cristina Lopes Dos Santos

BREVES 34

NOTICIAS

Convocatoria de nuevos artículos para el N° 1 de 2018. La temática central girará en torno a los cuidados de las personas mayores en el domicilio 35



Editorial



Sagrario Anaut

PRESENTACIÓN DE LA NUEVA DIRECCIÓN DE “CUADERNOS GERONTOLÓGICOS”

Con el último número de “Cuadernos Gerontológicos” de 2017 se inicia una nueva etapa en la revista. Los tiempos e intereses sociales y profesionales demandan ajustes en esta publicación editada por la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología. Ajustes que suponen la recuperación de sus orígenes como revista científica, especialmente volcada en temáticas de la Comunidad Foral de Navarra y en la apertura hacia otros horizontes que se irán concretando en los próximos números.

Con ese propósito he tomado la dirección de “Cuadernos Gerontológicos”, sabiendo que mi predecesora y compañera en la SNGG, Lourdes Gorricho, ha dejado el listón muy alto y ello va a requerir de un trabajo colectivo al que cualquier miembro de la SNGG está invitado. En este tránsito, también se han producido cambios en el Comité de Redacción, aunque la continuidad es el rasgo que mejor define a este grupo de profesionales y asociados. A quienes han dado paso a nuevas incorporaciones y a quienes permanecen, muchas gracias por su labor y nuestro reconocimiento más sincero.

Los derechos de las personas mayores

La vejez en el mundo

MEDICUS MUNDI



LO QUE SUPONE ENVEJECER

La edad mayor, la vejez, es una etapa de la vida. Es deseable llegar a ella. Si se alcanza con un estado de salud razonable y con unos recursos económicos y familiares suficientes para vivir dignamente y con apreciable autonomía, la vejez puede ser un tiempo gozoso.

En esas condiciones, las personas mayores pueden descansar más tiempo, saborear con más sosiego la vida y seguir activas ofreciendo a la sociedad su ayuda y su caudal de sabiduría y experiencia.

Para las personas mayores llega, debe llegar, el tiempo de estar tranquilas, sosegadas consigo mismas, de poder cuidarse algo más y,

sin dejar de aportar algo, si pueden hacerlo, de disfrutar de un descanso merecido con la certeza de que no les van a faltar recursos y atención cuando la precisen.

Claro que la realidad no suele ser tan bonita, sobre todo para aquellas personas mayores que no tienen ni buena salud ni recursos suficientes. Cuando se ha llevado una vida de mucho trabajo, inadecuada alimentación y fuertes privaciones, se llega a la vejez, cuando se llega, con una salud muy frágil, y más en el caso de las mujeres, en particular las que han tenido muchos partos. Para una mayoría de personas en el mundo que alcanzan la edad mayor, además se llega sin disponer de pensiones de jubilación o rentas básicas de vejez.

¿Por qué envejece la población mundial?

- › Aumenta la esperanza de vida en todas las regiones del planeta, con un incremento especialmente considerable desde 1950. A pesar de las grandes desigualdades que siguen existiendo, cada vez son más las personas que tienen acceso a una vivienda digna, al agua, a la alimentación y a una buena educación. Lo mismo sucede con la atención sanitaria y, en especial, con las vacunas y los antibióticos.
- › Se reduce la fertilidad, entre otros motivos por la extensión de la planificación familiar, que ha hecho descender el porcentaje de niños y niñas a nivel mundial.

Suele suceder, muy a menudo en los países empobrecidos, que han de seguir trabajando para ganar el sustento propio o atender a sus nietos y nietas que han quedado huérfanos o solos porque alguno de sus progenitores murió, por enfermedad o accidente, tuvo que emigrar o, en algunos casos, abandonó a la familia. A todo esto se suma que hay personas mayores, necesitadas de ayuda y compañía, que viven en soledad.

¿CÓMO Y POR QUÉ ENVEJECE LA POBLACIÓN MUNDIAL?

La población mundial está envejeciendo. Eso es una alegría, porque se vive más. Eso es, asimismo, un motivo de preocupación, porque hay millones de personas mayores, especialmente mujeres, malviviendo.

Hace poco menos de 30 años, en 1990, había en el mundo 500 millones de personas mayores de 60 años. En la actualidad se calcula que 962 millones de personas pertenecen a este grupo de edad, un 13% de la población mundial, según la Organización de Naciones Unidas. Se estima que para 2050 habrá en el mundo 2.100 millones de personas con 60 años o más. Es decir, en poco más de un cuarto de siglo la población mayor se ha multiplicado prácticamente por dos y en los próximos 30 años volverá a duplicarse.

Dos tercios de las personas mayores del mundo viven en las regiones en desarrollo, donde este grupo de población aumenta incluso más rápido que en las regiones más ricas, según el Informe sobre el envejecimiento de la población de 2015 de Naciones Unidas¹.

¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing. 2015 (ST/ESA/SER.A/390).

LAS INEQUIDADES EN SALUD

La esperanza de vida media en nuestro planeta es ahora de 70 años, aunque todas las proyecciones indican que en el periodo 2045-2050 se llegará a los 83². Este indicador es precisamente uno de los que más claramente muestra las diferencias entre países. Si has nacido en España, puedes considerarte una persona con suerte, pues tendrás muchas posibilidades de llegar a los 82,8 años. Sin embargo, si naces en Bolivia, tu esperanza de vida se reducirá hasta los 70,7 años y en República Democrática del Congo no superarás los 59,8³.





La inequidad en salud puede estar presente en todas las edades de la vida, si bien tanto en la infancia como cuando envejecemos, somos más vulnerables. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁴, el 48% de las personas de edad en el mundo no recibe una pensión de jubilación. Sin embargo, para muchas de las personas que la reciben, su cobertura no es adecuada. Como consecuencia, la mayoría de las personas de edad en el mundo carece de ingresos seguros y no puede jubilarse con dignidad y sin caer en la pobreza, por lo que se ve abocada a seguir trabajando el mayor tiempo posible, en ocupaciones con frecuencia mal pagadas y en condiciones precarias.

Según el mismo Informe, las políticas de austeridad adoptadas desde 2010 por los efectos de la crisis económico-financiera mundial han supuesto una reducción de la protección social de las personas de edad. Medidas como los recortes en los servicios de salud y en otros servicios sociales, así como los relacionados con la jubilación, como el retraso de la edad para poder jubilarse, el descenso de las prestaciones económicas o el incremento de las tasas de cotización, están contribuyendo a que jubilarse de una manera digna sea hoy más difícil en el mundo que hace una década.

² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241.

³ Observatorio de la Salud Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS). <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>.

⁴ International Labour Office, Social Protection Department. Social protection for older persons: key policy trends and statistics. Geneva: ILO. 2014 (Social protection policy paper; No. 11, ISSN: 1020-9581; 1020-959X (web pdf)).

LAS PERSONAS MAYORES EN LOS PAÍSES EMPOBRECIDOS

Hoy día viven en los países empobrecidos 602 millones de personas de más de 60 años. En 2050 se espera que ese grupo supere los 1.670 millones de personas. África tendrá un crecimiento espectacular en este sentido, pasando de 64 millones a 220 en 2050.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2050 el 80% de las personas de edad vivirá en países que hoy se consideran de ingresos bajos o medianos. El envejecimiento de la población en esos países se está produciendo con mucha más rapidez que en las regiones ricas, lo que hará, según la OMS, que tengan mucho menos tiempo para prepararse para afrontar las consecuencias.

Ante este panorama se observan dos estrategias clave. La primera es la puesta en marcha de sistemas de pensiones básicas pagadas por el Estado para proteger a las personas mayores de la pobreza extrema. La segunda apuesta por un mayor refuerzo de los sistemas públicos de salud, desde el enfoque de la Atención Primaria de Salud, para garantizar los cuidados más básicos de salud.

No debemos olvidar que incluso en los países empobrecidos la mayoría de las personas de edad muere a causa de enfermedades no transmisibles, como son las cardiopatías, el cáncer y la diabetes. En este sentido, es importante poner el acento en políticas públicas que ayuden a prevenir enfermedades crónicas y fomenten la implicación de las personas de edad, pues el hecho de que podamos envejecer bien depende, y mucho, del estilo de vida y los recursos a los que se haya tenido acceso durante la vida.

Miremos por ejemplo hacia El Salvador, donde los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Población Adulta en El Salvador (ENECA – ELS) 2015 demostraron que la población está lejos de mantener un estilo de vida saludable y muy expuesta a factores de riesgo: el 40% no hace actividad física (se recomienda al menos 150 minutos semanales), el 93.8% de las personas tiene un bajo consumo de frutas y verduras, el 12.8% mantiene un elevado consumo de sal (por encima de 5 gramos al día), el 80% ingiere bebidas azucaradas y envasadas de forma regular y un 75% de mujeres consume menos de 2 litros de agua al día.

Las enfermedades no transmisibles se están convirtiendo en una carga cada vez mayor para los sistemas de salud de los países empobrecidos, que ya toman nota, como es el caso de El Salvador. En este país, **medicmundi** ha apoyado recientemente un congreso sobre enfermedades no transmisibles en el marco de la salud urbana con el foco puesto en la educación y la prevención para el cambio en estilos de vida y alimentación. Los datos demuestran la importancia de trabajar en la promoción de estilos de vida saludables entre la población para llegar a la última etapa de nuestra vida con más salud.

Otra clave para que todas las personas puedan gozar de una vejez digna reside en la capacidad de los Estados para poder garantizar asistencia a largo plazo para todas las personas. La OMS pronostica que de aquí a 2050 la cantidad de personas ancianas que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países empobrecidos. ¿Cómo afrontar el reto de atender las necesidades de estas personas que pierden la capacidad de vivir una vida independiente a causa de las limitaciones en su movilidad u otros problemas físicos o mentales? ¿Cómo construir un adecuado sistema de protección social que no deje a nadie atrás y que desde lo público pueda encargarse de proveer de estos cuidados domiciliarios o comunitarios, ofrecer ayuda para la vida cotidiana, contar con una adecuada red de residencias y fortalecer el sistema hospitalario para estancias prolongadas? Son cuestiones que no podrán eludir estos países en un futuro cercano.

Garantizar la seguridad en los ingresos, para que las personas mayores no tengan que seguir trabajando, constituye otro de los retos que plantea el futuro. Un informe de la OIT demuestra la correlación entre pobreza y sis-

temas de pensiones débiles⁵. Aunque también se señala que esta seguridad depende de otros muchos factores, como la necesidad de pagar por los cuidados de salud, por la vivienda o por los cuidados a largo plazo que antes mencionados. Por tanto, para conseguir hacer reales los derechos, la dignidad y la seguridad de ingresos de las personas mayores, es imprescindible que los países desarrollen unos sistemas de protección social fuertes.

⁵ International Labour Office, Social Protection Department. Social protection for older persons: key policy trends and statistics. Geneva: ILO. 2014 (Social protection policy paper; No. 11, ISSN: 1020-9581; 1020-959X (web pdf)).

¿QUÉ HACEMOS EN **medicmundi**?

En un mundo en el que 400 millones de personas no tienen acceso a los servicios esenciales de salud y en el que 100 millones caen en la pobreza por tener que costearse los gastos sanitarios, **medicmundi** trabaja para hacer real y efectivo el derecho a la salud de las personas más vulnerables, entre las que figuran las personas de edad avanzada.

Partimos de la premisa de que la mejor manera de conseguir salud para todas las personas se basa en construir sistemas públicos de salud fuertes, que no dejen a nadie atrás. Contribuimos a la formación del personal sanitario, el verdadero corazón que hace funcionar al sistema de salud, trabajando también para mejorar sus condiciones de trabajo. Hacemos más accesible la salud mediante la mejora de infraestructuras y equipamientos, aumentando la calidad y la calidez de los servicios prestados. Tratamos de adecuar la atención sanitaria a las culturas locales. Trabajamos también para garantizar la financiación adecuada de los servicios de salud mediante el fomento de mutualidades de salud para que nadie caiga en la pobreza por tener que pagarse los gastos sanitarios. Tenemos muy presente que salud es mucho más que atención sanitaria, por lo que también apoyamos acciones encaminadas a mejorar aquellos aspectos que también influyen sobre nuestra salud, como pueden ser el agua, la alimentación, la vivienda o la pobreza, el mayor determinante de la salud en todas las edades.

Conoce más de nuestra labor en:
www.lasaludunderecho.es

Los derechos de las personas mayores

Declaración de Pamplona sobre los derechos de las personas mayores

Camino Oslé Guerendiáin

La Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología (SNGG), con motivo del XXV aniversario de su fundación (1992-2016) y consciente del aumento de la esperanza de vida de las personas y de los consiguientes retos, oportunidades y dificultades que el fenómeno del envejecimiento comporta, decide transmitir a la opinión pública una Declaración sobre los Derechos de las Personas Mayores.

El documento, basado en declaraciones oficiales de la Organización de Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, en conclusiones de congresos nacionales e internacionales de Geriátría y Gerontología y en la propia experiencia profesional de los miembros de la SNGG, pretende ser un estímulo para el conocimiento, el debate público, la toma de conciencia y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la situación de las personas en su proceso de envejecimiento.

Este documento se presentó públicamente el día 1 de octubre de 2016 para conmemorar el Día Internacional de las Personas Mayores. En esa fecha la SNGG salió a la calle a celebrarlo exponiendo y proclamando en público el documento. Se recogieron firmas de autoridades, representantes de entidades sociales y personas a título individual.

Sabemos que, para que las personas puedan afirmar que tienen derecho a la educación, la salud, una vivienda, etc., debe existir un marco normativo que lo haya reconocido y, también, un desarrollo legislativo y organizativo que nos garantice el uso de ese derecho. De

esta forma, reconocido un derecho se convierte en derecho garantizado y exigible. Pero la modalidad de Declaración de Derechos o Carta de Derechos conforma documentos de carácter político en los que se enumeran derechos y libertades que se consideran esenciales. Cuanto más alta y más representativa es la entidad u organización que lo promulga, su valor y calado son mayores. Desde los años 80, en el marco de las Naciones Unidas se vienen impulsando acciones dirigidas a promover el envejecimiento activo y las políticas de protección de las personas mayores. El hito fue la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento que tuvo lugar en Viena en 1982, y que dio lugar al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. A partir de entonces se han venido produciendo otras intervenciones, cada vez más centradas en los derechos de los mayores y las acciones que deben adoptarse para protegerlos y hacerlos efectivos. Así, en 1991 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó los Principios de las personas mayores, entre los que incorpora: la independencia y las capacidades funcionales (derecho a tener acceso a ingresos, vivienda, alimentos, medicamentos, formación, etc.); la participa-

ción en la vida social y política; los cuidados y el bienestar (atención a la salud y servicios sociales); y la dignidad y seguridad (no estar sujetos a explotación y malos tratos). El año 1992 fue declarado como Año Internacional de las personas de Edad. Una década más tarde se celebró en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), en la que se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento.

Los pasos dados hasta la fecha fueron poniendo las bases de nuevas acciones ante lo que ya era una realidad indiscutible y global: el envejecimiento de la población. Es en 2010 cuando se crea un Grupo de Trabajo de Composición Abierta, en el que pueden participar todos los Estados miembros de la ONU, con este propósito:

“aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad, examinando el marco internacional vigente en materia de derechos humanos de las personas de edad, y determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso con el estudio, si corresponde, de viabilidad de nuevos instrumentos y medidas”.

Este Grupo se ha presentado como una oportunidad para dar lugar a propuestas jurídicas en el marco internacional. Así, en el año 2012 una nueva Resolución de la Asamblea General de la ONU quiere impulsar, de modo decidido, la elaboración de un Proyecto de Convenio Internacional de la Carta de Derechos de las Personas Mayores. Una Convención que ayudará, sin duda, a proporcionar una atención completa al mayor, garantizando la implementación y seguimiento de sus derechos.

Pero para que esas altas instancias se comprometan, hace falta una labor de concienciación, un despertar de la ciudadanía y una exigencia pública, sobre todo de los colectivos a los que esa Declaración hace referencia. Ese es el interés y el objetivo de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología cuando lanza este documento que recoge dieciocho principios que se consideran básicos. Su puesta en sociedad ha buscado visibilidad, reconocimiento y aceptación social y política. Pero nace como un documento vivo, abierto a recibir aportaciones, útil como material de trabajo, de reflexión y de sensibilización, y con capacidad para responder y acompañar a ese clamor general por una Declaración Internacional de Derechos.



Se han producido ya reacciones institucionales de diverso calado. El Ayuntamiento de Pamplona, en primera instancia, elevó esta Declaración al Pleno, donde fue aprobada por unanimidad en 2016 y, en la actualidad, la utilizan para fundamentar la iniciativa de convertir a Pamplona en Ciudad Amigable de las Personas Mayores. Asimismo, se presentó formalmente en el Parlamento Foral. La Presidenta del Parlamento y representantes de los grupos políticos mostraron su apoyo y la posibilidad de llevarla a un Pleno para su aprobación.

Por su parte, nuestro presidente, Patxi Úriz, presentó la Declaración de Pamplona en la Asamblea del 2017 de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. La respuesta fue muy buena, ya que se habló de una posible publicación en la Gaceta de la SEGG y varias sociedades autonómicas solicitaron el documento para elevarlo a sus Juntas respectivas.

El pasado mes de septiembre se leyó la ya conocida como Declaración de Pamplona sobre Derechos de las Personas Mayores en el acto de clausura del Foro Internacional sobre Personas Mayores: “Vivir más y vivir mejor”, celebrado en Pamplona con la organización del Gobierno de Navarra y la Fundación HeilAge Internacional España. Puede considerarse este acto público como un paso más para llegar al objetivo de que exista una Declaración Universal de los Derechos de las Personas Mayores, con la cual las personas mayores sean reconocidas como un patrimonio humano de primer orden.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

- › Derecho a una existencia saludable y con calidad de vida, entendida con criterio holístico, capaz de integrar los elementos cognitivos, emotivos, sociales y participativos, en la que se salvaguarden siempre la identidad y la dignidad de las personas mayores.
- › Derecho a participar activamente en la vida pública, social y política, tanto a título individual como asociativo, mediante un envejecimiento activo que trate de prevenir y paliar las situaciones de vulnerabilidad y fragilidad, discapacidad y dependencia.
- › Derecho a acceder a equipamientos públicos y actividades que fomenten una socialización intergeneracional mutuamente enriquecedora.
- › Derecho a elegir libremente su estilo de vida, a disponer de su tiempo libre y a disfrutar con sus seres queridos, mediante la garantía de permanencia, cuando sea posible, en su entorno o medio habitual.
- › Derecho a una asistencia geriátrica especializada (hospitalaria y ambulatoria), multidisciplinar, integral, de calidad y centrada en la personas y no solo en las enfermedades, proporcionada por profesionales formados tanto en el campo de la Geriatria como de la Gerontología.
- › Derecho a que los profesionales que atienden a las personas mayores tengan una correcta formación en competencias geriátricas y gerontológicas en todos los planes de estudios, y que el número de estos profesionales refleje las necesidades reales de nuestra sociedad.
- › Derecho a convertirse en agentes activos de planes de voluntariado, en los que pueden aportar su valiosa experiencia personal y profesional y, al mismo tiempo, transmitir sus conocimientos, principios y valores.
- › Derecho a una plena integración social en el espacio privado y público, refractaria a prejuicios edadistas, causantes de exclusiones y discriminaciones en la esfera laboral, social, cultural y sanitaria.
- › Derecho a decidir acerca de las condiciones de modo, lugar y personas en las que desean ser atendidas cuando sus capacidades físicas y cognitivas estén limitadas, y, asimismo, a recibir cuidados paliativos cuando se precisen.
- › Derecho a redactar el documento de voluntades anticipadas, capaz de aliviar las eventuales inquietudes del presente y de asegurar un final de la existencia adecuado para los protagonistas, sus familiares y allegados, acompañados por profesionales que permitan mantener su dignidad en momentos de vulnerabilidad o deterioro cognitivo.
- › Derecho a que del envejecimiento y la vejez se transmita una imagen positiva en las construcciones sociales, de ordinario perjudiciales, fomentadas por los diferentes medios de comunicación.
- › Derecho a que en todos los cuidados y servicios se cumplan con escrupulosidad los principios bioéticos de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, con respeto estricto de su dignidad e intimidad.
- › Derecho a que se tomen decisiones de carácter económico que faciliten el acceso a los servicios de atención a la dependencia a toda persona que lo necesite, y muy en particular a las que se hallen en el umbral de la pobreza.
- › Derecho a que se desarrolle un mapa de recursos y servicios de atención a la dependencia en el ámbito rural que permita a las personas mayores no desvincularse de su entorno mediante el acercamiento de los servicios a las personas.
- › Derecho a que se implementen estrategias tendentes a incrementar la calidad asistencial de los centros y servicios de atención a personas en situación de dependencia (ayuda a domicilio, centros de día, hospitales y residencias).
- › Derecho a que se adopten medidas de cooperación multidisciplinar › arquitectónica, tecnológica, social y médica› que contribuyan a fomentar el envejecimiento en el propio domicilio mediante la integración de distintos servicios: comunidades, vecindario y agentes locales, en ventanilla única.
- › Derecho a que, para fomentar la mejora de las personas afectadas y la buena convivencia familiar y social, se difundan entre la población conocimientos sobre las enfermedades neurodegenerativas (como las demencias) y otros procesos crónicos.
- › Derecho a que las administraciones públicas y la sociedad promuevan acciones y programas dirigidos a evitar situaciones de exclusión, aislamiento y soledad.

Pamplona, 1 de octubre de 2016

Entrevista a...

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ LOZANO

Sagrario Anaut

Isabel María Martínez Lozano preside, en la actualidad, la Fundación HelpAge International España. Algunos datos de la trayectoria profesional de esta licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid y experta en políticas públicas la sitúan en la actividad política de primer nivel.

Fue Asesora Ejecutiva de la Vicepresidenta Primera del Gobierno en Asuntos Sociales e Institucionales (2004-2008) y Secretaria General de Política Social y Consumo, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y, anteriormente, Secretaria General de Igualdad del Ministerio de Igualdad. También ha sido coordinadora en la Organización de Estados Americanos para la educación, la ciencia y la cultura, Comisionada para Universidad, Juventud y Planes Especiales de Fundación ONCE y miembro de la Fundación Mujeres por África. Su implicación directa con los derechos de las personas mayores se ha hecho visible con su presidencia de la Fundación HelpAge International España y con su puesto de portavoz de la mesa estatal de los derechos de las personas mayores.

Como presidenta de la Fundación HelpAge International España estuvo en el Baluarte de Pamplona el pasado 29 de septiembre. La Fundación, el Gobierno de Navarra y la Obra Social La Caixa organizaron el I Foro Internacional sobre Personas Mayores bajo el lema: "Vivir más y vivir mejor". Entre los temas tratados, destacaron los derechos de la ciudadanía, la participación social y política de las personas mayores y la adopción de una Convención de Naciones Unidas por los derechos

de las personas mayores. En este marco parecía oportuno conocer más la Fundación que preside y sus valoraciones sobre el proceso del envejecimiento mundial.

¿Podría resumir las principales actividades de la Fundación HelpAge International?

La Fundación HelpAge International España apoya, desde hace 30 años, a las personas mayores para que reclamen sus derechos, se enfrenten a la discriminación y superen la pobreza, para así poder vivir de manera segura, digna, activa y saludable. Lo hace en todos los continentes y apostando tanto por pequeños proyectos de base o intervenciones de urgencia (por ejemplo, en el Líbano, Pakistán y Siria) como por acciones en foros internacionales para visibilizar las diferentes situaciones en las que se encuentran las personas mayores.

Como indica, esta Fundación desarrolla acciones distintas atendiendo a cada contexto. ¿Cuáles son las principales en España?

Podrían destacarse cuatro. La primera es incidir en las políticas sociales desarrolladas por las administraciones públicas. Asimismo, se



buscan fondos públicos y privados para los múltiples proyectos que se tienen por todo el mundo. No cabe duda que la situación en España no es perfecta, por lo que también realizamos acciones para visibilizar la situación de las personas mayores y los déficits de atención existentes. Por último, trabajamos realizando estudios e investigaciones que hacemos públicas.

¿Cuál podría ser la valoración general que hace de la situación de las personas mayores en España?

Los datos en materia de salud y seguridad son muy buenos. No ocurre lo mismo en cuanto a educación y empleo. Sobre esta última cuestión habría que hacer ciertos ajustes partiendo de que el derecho a una pensión es una cuestión y el derecho a la jubilación es otra. En España, como en otros países, habría que flexibilizar la edad de jubilación, pero sin perder la opción de percibir una pensión.

Quizá los mayores déficits se encuentran en las importantes desigualdades territoriales en cuanto al acceso a prestaciones de ayuda y atención, y consecuentemente de calidad de vida y esperanza de vida. Por ejemplo, Castilla-León, Navarra y País Vasco han sido pioneras en el diseño e implementación de me-

didias, así como en el nivel de desarrollo de la LAAD (“Ley de Dependencia”). También existen importantes desigualdades en las cuantías de las pensiones, agudizadas al comparar entre hombres y mujeres.

No cabe duda que estas son llamadas de atención importantes para las CC.AA. y para el Estado. ¿Hacia dónde caminar? ¿Qué hacer para mejorar?

Algunas acciones se están presentando en este Foro. Por ejemplo, el que se desarrolle una Convención de la ONU sobre los derechos de las personas mayores supondría impulsar políticas y acciones que hoy encuentran importantes obstáculos. Junto a esta acción estratégica general, hay otras actuaciones en materia de generación de contextos que eviten la vulnerabilidad. En este sentido, sería importante trabajar por una sociedad intergeneracional y por políticas mucho más integrales. De igual manera, convendría elaborar un nuevo concepto de “modo de vida” que mire de otra forma los cuidados de las personas mayores. Porque cuidar no es una desgracia. Tenemos la responsabilidad de desarrollar redes de cuidados y de apoyos para las situaciones de vulnerabilidad.



Premios

Tomás Belzunegui

El 14 de diciembre de 2017 se procedió a la entrega de los Premios Tomás Belzunegui en todas sus modalidades en el edificio Condestable de Pamplona. Al acto acudieron representantes de la política local, medios de comunicación, entidades sociales que trabajan con personas mayores, de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, así como los premiados, en total unas cien personas, que dieron color y calor al acto, resultando este familiar, emotivo y con la solemnidad precisa del momento.

Tras la entrega de los premios, tuvo lugar el reconocimiento institucional al Club de Lectura Fácil de Pamplona y un sentido homenaje a la madrina de los Premios, Dña. Soledad Otano, viuda del Dr. Belzunegui Sarasa. Finalmente, tras posar para la foto de rigor, premiados y asistentes, se proyectó el vídeo ganador.



Cristina Lopes Dos Santos, premio doctorado

Relación de trabajos premiados, sus autores y modalidad en la que concursaron:

TÍTULO	MODALIDAD	AUTORÍA	RESOLUCIÓN
Carteles, viernes y otras formas de cambiar la vida	ABIERTO	Ione Gómez Elduayen	PRIMER PREMIO
Tiempo	ABIERTO	Juany Villaplana Merino	ACCESIT
Camposanto https://vimeo.com/21259507 contraseña Camposanto2017	AUDIOVISUAL	Pablo Adiego Almudévar	PRIMER PREMIO
Reportaje: Carmen Sagone, la estudiante sin límite. Diario de Noticias, 10 de octubre 2017	PERIODISMO	Unai Yoldi	PRIMER PREMIO
Entrevista: Vicente Madoz. Diario de Navarra. La Semana, 8 de enero de 2017	PERIODISMO	Iñigo Salvoch Hualde	ACCESIT
El tío Manuel	SENIOR	José Luis Abad Peña	PRIMER PREMIO
La adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida de familiares cuidadores de personas con demencia...	UNIVERSIDAD DOCTORADO	Cristina Lopes Dos Santos	PREMIO DOCTORADO
Importancia del cuidado de enfermería ante la soledad del anciano hospitalizado	UNIVERSIDAD FIN DE GRADO	María Echegoyen Pedroarena	PREMIO FIN DE GRADO
Reconocimiento a una Entidad Social de Navarra por su trabajo en el ámbito intergeneracional promoviendo una imagen positiva del envejecimiento activo		Club de Lectura Fácil de Pamplona	Junta de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología

Primer premio “Tomás Belzunegui” 2017

Modalidad Universidad. Fin de Grado

Importancia del cuidado de enfermería ante la soledad del anciano hospitalizado

The importance of nursing care under the solitude of the elderly hospitalized patients

Trabajo fin de Grado dirigido por Amparo Zaragoza Salcedo y presentado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra

María Echegoyen Pedroarena

El envejecimiento de la población, el cambio de estructura familiar y valores han dado lugar a que nos encontremos con más ancianos solos, abandonados en residencias y sin acompañamiento en la hospitalización. Este fenómeno supone un reto para enfermería, que debe saber responder a este problema de soledad en el anciano.

The aging of the population, the change in family structure and values is causing to find out more elderly people alone, abandoned in nursing homes and unaccompanied during the hospitalization. This phenomenon is a challenge for nursing that must know how to respond to this problem of loneliness in the elderly.

Material y métodos: Basándonos en un caso clínico real de una mujer de 92 años sin ningún apoyo familiar que ingresa en una planta de cardiología para el tratamiento de edemas, se procede a una revisión bibliográfica para conocer y describir el concepto de la soledad en pacientes ancianos e identificar los elementos primordiales en el cuidado de enfermería para abordar este problema en la hospitalización. Se realiza una búsqueda de la literatura en las bases de datos: Pubmed, CINAHL y PsycInfo.

Material and methods: Based on a real clinical case of a 92-year-old woman admitted to the cardiology hospital, the aim of this literature review is to know and describe the concept of loneliness in elderly patients and to identify the key elements in nursing care to address this problem in hospitalization. A search of the literature in the databases is done: Pubmed, CINAHL and PsycInfo.



Desarrollo y análisis del caso: Se han identificado en la literatura cuatro aspectos claves en relación al cuidado de enfermería del anciano hospitalizado con un diagnóstico de soledad: definición del concepto; la soledad como experiencia agravante de la salud en los ancianos; enfermería y la soledad del anciano: identificación e intervenciones; necesidad de más investigaciones y formación de los profesionales.

Conclusión: Se evidencia la importancia de integrar en el proceso de cuidado de enfermería la identificación e intervención del fenómeno de la soledad en el anciano, basándose en un cuidado centrado en la relación.

Palabras clave: soledad, ancianos, hospitalización, relación enfermera-paciente.

Development: Four key aspects have been identified in the literature in relation to the nursing care of the elderly with diagnosis of loneliness hospitalized. Definition of concept; Loneliness as an aggravating experience of health in the elderly; Nursing and the loneliness of the elderly: identification and interventions; Need for more research and training of professionals.

Conclusions: This work evidences the importance of integrating in the nursing care process the identification and intervention of the phenomenon of loneliness in the elderly, based on a nursing-patient relationship.

Keywords: Loneliness, elderly, hospitalization, nurse-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología asegura que el alto índice de envejecimiento de la población española es un logro histórico, ya que el envejecimiento de un país es consecuencia de su progreso (SEGG, 2006).

Debido al proceso normal de envejecimiento, las capacidades tanto físicas como psicológicas de estas personas disminuyen y las necesidades de salud aumentan en esta etapa de la vida que puede ser tan positiva como cualquier otra (SEGG, 2006). En ningún caso, esta situación debe presentarse como una carga o problema, aunque lo está siendo el hecho del aumento de la esperanza de vida junto con una disminución importante de la natalidad. Este cambio de tendencias ha provocado la tendencia hacia la inversión de la pirámide de la población, donde cada vez son más los ancianos que viven y necesitan atención.

Hasta ahora, la familia ha sido el principal soporte de las personas ancianas, siendo ésta el principal responsable del cuidado. Sin embargo, por esta inversión de la pirámide poblacional, la estructura familiar ha sufrido un cambio de "verticalización", por lo que nos encontramos con familias con pocos hijos y con más generaciones de la misma familia viviendo a la vez. Este estiramiento de la estructura con más generaciones vivas provoca que incluso los cuidadores de los más mayores dependientes sean a su vez personas de más edad: envejece la sociedad, envejece la estructura familiar, envejecen los ya mayores y envejece la fuerza del cuidado tradicional (Puyol y Abellán, 2006). Además, el cambio de valores dentro de la familia que en los últimos tiempos se ha dado, afecta también al modo de mirar y apreciar a las personas mayores y a la riqueza que aportan, y en muchos casos se enfatizan las limitaciones y la carga que éstos suponen. Todo esto ha hecho que, en muchos casos, entre las prioridades no figure el cuidado de estas personas.

La vejez es una etapa de la vida a la que toda persona se dirige y en la cual el fenómeno de la soledad se hace más presente debido al síndrome del "nido vacío", la muerte del cónyuge, las relaciones familiares pobres y la

falta de actividades placenteras (Rodríguez, 2009). Así pues, en la atención de enfermería, cada vez encontramos a más personas mayores con carencias en el aspecto social y familiar, lo que se traduce en un sentimiento de soledad. Personas que viven solas y que son desatendidas por sus familiares, o que sencillamente no tienen familia; ancianos que necesitan una atención continua y un acompañamiento familiar que no tienen; personas que ingresan en un hospital y carecen de cuidador principal; y mayores institucionalizados que son abandonados en las residencias. Estos son los perfiles que se detectan.

La soledad es un fenómeno que se ha estudiado desde diferentes perspectivas como la sociológica o la antropológica. Sin embargo, son muchos los autores que afirman que en el ámbito de la enfermería las investigaciones y los estudios al respecto son muy escasos (Hand y col., 2014; Kirkevold y col., 2012; Theeke y Mallow, 2013; Routasalo y col., 2008; Cohen-Mansfield, 2013), como también lo es la bibliografía que versa sobre la experiencia personal de la soledad en el anciano.

La enfermera es la persona que puede apreciar todos estos fenómenos en primera línea, que no solo llevan al diagnóstico “riesgo de soledad”, sino a una verdadera experiencia de soledad que deriva en la desesperanza, desilusión y falta de ganas de vivir. Ante esta carencia de atención y acompañamiento, el propósito de este trabajo consiste en conocer el fenómeno de la soledad y la importancia del papel de enfermería para reconocer y paliar esta experiencia, desde una atención humana y holística..

PRESENTACIÓN DEL CASO

Eleonor* es una mujer mayor de 92 años, que ingresó en la Unidad de Cardiología de la Clínica Universitaria de Navarra para estudio y tratamiento de edemas en extremidades inferiores. Tiene hipertensión y presenta episodios presincoales súbitos. Es por sus antecedentes cardiológicos por lo que ingresa en esta unidad.

Hace dos meses perdió a su marido. Se sentía sola, y eso es lo que nos transmitía cada vez que entrábamos a su habitación. Repetía que

estaba aburrida y muy triste, sin ganas de vivir. Estos sentimientos hacían que la paciente se negara a salir de la habitación, a pesar de que a diario insistíamos en que era lo más conveniente para la recuperación de sus edemas. No tenía familia cercana que cumpliera el papel de cuidador principal, solo un hermano que pasaba alguna tarde con ella. En las diferentes conversaciones mantenidas con ella, me contó que vivía sola en el piso en el que había convivido con su marido.

Tenía una sobrina que se encargaba de acompañarla a algunas citas médicas y de echar una mano en cuestiones administrativas y más complejas que la paciente no era capaz de realizar por sí misma. En ningún momento mencionó la existencia de amigas o ilusión por ningún tipo de actividad o pasatiempos, ni siquiera le entretenía ver la televisión. A Eleonora no le gustaba depender de nadie y con orgullo se resistía a pedir ayuda, a pesar de que sus sentimientos de desesperanza y soledad mostraban la gran necesidad que tenía de ayuda y acompañamiento.

Como enfermeras se nos presenta un caso en el que nuestra atención humana e integral debe estar muy presente para abordar un problema principal: la soledad de esta paciente. Sin embargo, durante los diez días de ingreso, la atención se centró en lograr la mejoría de su estado basal, para que pudiera irse a casa lo antes posible. La escasez de intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes que sufren la experiencia de soledad hizo que este problema pasase a un segundo plano en el que no se tuvieron en cuenta los sentimientos de la persona, que son tan influyentes en todo el estado de salud.

*Nombre Ficticio

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivos:

- Conocer y describir el concepto de la soledad en pacientes ancianos.
- Identificar los elementos primordiales en el cuidado de enfermería para abordar el problema de la soledad en la persona de edad avanzada y hospitalizada.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

BOLEANOS	OR	OR	OR	OR
	Loneliness	Concept	Nurse	Revision
	Aloneness	analysis		
	Lonely			
		AND	AND	AND

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia de búsqueda:

Con el objetivo de localizar artículos relevantes para el tema de estudio, se llevó una búsqueda online en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinhal y PsycInfo. Se seleccionaron estas bases de datos por ser las más relevantes en el ámbito sanitario.

Se realizó una primera búsqueda focalizada en el fenómeno de soledad, para profundizar en el significado de este concepto. Se centró, sobre todo, en revisiones bibliográficas y análisis de concepto. Los términos de búsqueda aparecen recogidos en la tabla 1. Como resultado, los artículos encontrados fueron n=33 y los artículos seleccionados n=4.

En la segunda búsqueda bibliográfica, centrada en el segundo objetivo del trabajo, las palabras clave que se combinaron están recogidas en la tabla 2. Como resultado, los artículos encontrados fueron n=111 y los artículos seleccionados n=8. La combinación que se realizó con estas palabras se hizo con los boleanos “AND” Y “OR”, tal y como se muestran en las tablas. La búsqueda se limitó a artículos en lengua castellana o inglesa publicados en los últimos diez años.

La combinación que se realizó con estas palabras se hizo con los boleanos “AND” Y “OR”, tal y como se muestran en las tablas. La búsqueda se limitó a artículos que estuvieran en castellano o en inglés y que estuvieran publicados en los últimos diez años.

Criterios de inclusión:

- Artículos focalizados en el fenómeno de la soledad en personas mayores institucionalizadas, de la comunidad y hospitalizadas.
- Artículos de opinión, revisiones bibliográficas, estudios cualitativos, experimentales, etc.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no se centren en el fenómeno de la soledad.
- Artículos que no tengan en cuenta el papel de los profesionales de la salud en el proceso de soledad del anciano.
- Artículos con acceso limitado.

Tabla 2: Estrategia de búsqueda

BOLEANOS	OR	OR	OR	OR
	Loneliness	Ancient people	Nursing	Hospital
	Aloneness	Elderly	Interventions	Hospitalization
	Lonely	aged		(no results)

Fuente: Elaboración propia.

Selección de los estudios:

En la primera búsqueda se obtuvieron 33 artículos, de los cuales se seleccionaron 4 tras la lectura de títulos y resúmenes. Una vez realizada la segunda búsqueda bibliográfica con la adecuada combinación de términos, se obtuvieron un total de 111 artículos. Tras la lectura de los títulos y resúmenes se seleccionaron 15 artículos, de los cuales se eliminaron 7 al no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente, se obtuvieron 8 artículos que junto a los 4 artículos de la primera búsqueda resultaron en 12 estudios que han sido la base para el desarrollo de este trabajo.

DESARROLLO Y ANÁLISIS DEL CASO

En el presente apartado se describen, en primer lugar y de forma breve, las características principales de los artículos seleccionados. Posteriormente, se presentan los resultados más significativos obtenidos del análisis de los mismos, comparándolos con el caso clínico. Estos resultados se estructuran en cuatro temas: definición del concepto de soledad; la soledad como agravante de la salud de los ancianos; enfermería y la soledad del anciano; identificación e intervenciones; necesidad de más investigación y formación de los profesionales.

La tabla 3 presenta las siguientes características de los estudios seleccionados. Cabe mencionar que no se ha encontrado ningún estudio que aborde este fenómeno en pacientes ancianos hospitalizados. La mayoría de ellos se refieren a ancianos en la comunidad o institucionalizados en residencia, a pesar de que la esencia de las investigaciones puede trasladarse a cualquier ámbito en el que la enfermería ejerza su función.

1. Definición del concepto de Soledad

La soledad ha sido definida por numerosos autores y es por ello por lo que son muchas las acepciones que tiene. Autores como Bekhet y col. (2008), Routasalo y col. (2008) y Winningham y Pike (2007) coinciden en que se trata de una experiencia subjetiva, universal y única para cada individuo, originada por la escasez de contactos sociales y relacionada con sentimientos de pérdida y ausencia de soporte social. La soledad puede ser definida

como una experiencia subjetiva en la cual la persona siente “disconfort” e inhabilidad psicológica para mejorar la calidad y la cantidad de sus relaciones. Se trata de una falta y/o pérdida de relaciones que puede contribuir a un aumento de problemas de salud, sobre todo en ancianos (EISadr y col., 2009).

En la taxonomía de diagnósticos de Enfermería NANDA, existe el diagnóstico ‘riesgo de soledad’, que se define como persona vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud. Un concepto muy relacionado con la soledad es el ‘aislamiento social’, cuyo diagnóstico también está integrado en la taxonomía NANDA y se define como la soledad experimentada por el individuo y otros, siendo ésta percibida como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante.

Hay autores como Hand y col. (2014) que identifican ambos fenómenos y los tratan por igual, mientras que otros los consideran dos fenómenos diferentes: el aislamiento social como un fenómeno objetivo relacionado con el contacto con los demás y la soledad como un fenómeno con dimensión tanto social como emocional y, por lo tanto, subjetivo (Routasalo y col., 2008; Cohen-Mansfield, 2013). En este sentido, llama la atención la ausencia del diagnóstico NANDA ‘soledad’. Autores como EISadr y col. (2009) proponen que el diagnóstico de soledad sustituya al de ‘aislamiento social’ en la taxonomía internacional NANDA, ya que es un concepto que abarca más dimensiones de la persona, siendo este el problema principal a tratar.

2. La soledad como experiencia agravante de la salud en los ancianos

Se trata de un fenómeno cuya incidencia aumenta en un porcentaje significativo en la edad anciana, población más vulnerable a experimentar la soledad debido a las pérdidas tanto de habilidades como de seres queridos que se dan en esta etapa de la vida (Kirkevold y col., 2012). Theeke y Mallow (2013) o Liu y col. (2014) consideran la soledad como un fenómeno único relacionado con diversos problemas de salud como la depresión, las enfermedades crónicas y las enfermedades mentales. Estos mismos autores consideran,

Tabla 3: Resumen de artículos seleccionados

AUTORES	TÍTULO	AÑO	REVISTA	PAÍS	TIPO DE ARTÍCULO	PROPÓSITO
Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., y Nakhla, W. E	Loneliness: A Concept Analysis	2008	Nursing Forum	EEUU	Análisis de concepto	Explicar el concepto de soledad a través del análisis de su definición conceptual y sus usos, definiendo atributos, conceptos relacionados y referencias empíricas.
Cohen-Mansfield, J., y Perach, R.	Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review.	2015	American Journal of Health Promotion	Israel	Revisión de la literatura	Examinar la utilidad de intervenciones para la soledad en personas ancianas, basándose en una revisión bibliográfica.
El Sadr, C. B., Noureddine, S., y Kelley, J.	Concept Analysis of Loneliness With Implications for Nursing Diagnosis.	2009	International journal of nursing terminologies and classifications	EEUU	Análisis de concepto	Explorar el concepto de soledad en base a dos análisis de conceptos anteriores, además de mencionar la discusión entre los diagnósticos de enfermería riesgo de soledad y aislamiento social.
Hand, C., McColl, M. A., Birtwhistle, R., Kotecha, J. A., Batchelor, D., y Barber, K. H	Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services.	2014	Canadian Family Physician	Canadá	Estudio transversal	Estudiar el aislamiento social (r/c las redes sociales, la soledad, la satisfacción con la participación social, y la frecuencia de participación social) en relación a la necesidad de servicios de salud y servicios sociales.
Karhe, L., y Kaunonen, M.	Patient Experiences of Loneliness An Evolutionary Concept Analysis.	2015	Advances in nursing science	Finlandia	Análisis de concepto	Clarificar el concepto de soledad en el paciente basándose en una revisión de la literatura.
Kirkevoid, M., Moyle, W., Wilkinson, C., Meyer, J., y Hauge, S.	Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: the influence of losses.	2012	Journal of advanced nursing	Norway, Australia, United Kingdom	Cualitativo interpretativo	Explorar las experiencias de las personas mayores en cuanto a soledad y pérdidas se refiere.
Liu, L., Gou, Z., y Zuo, J.	Social support mediates loneliness and depression in elderly people.	2014	Journal of health psychology	China	Estudio correlacional	Investigar el efecto de la soledad y el soporte social en la depresión de personas mayores.
Rosedale, M.	Loneliness : An Exploration of Meaning.	2007	Journal of the American Psychiatric Nurses Association	EEUU	Exploración del significado	Explorar el significado del concepto de soledad en la literatura y la conceptualización de la soledad.
Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., y Pitkala, K. H.	Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial.	2009	Journal of advanced nursing	Finlandia	Control intervención	Explorar los efectos de una intervención psicosocial de enfermería en personas ancianas con sentimientos de soledad, actividad social y bienestar psicosocial. Basándose en estudios de intervención anteriores, comprobar como la rehabilitación psicosocial en grupo puede aliviar la soledad y aumentar el bienestar psicosocial.
Theeke, L. A., y Mallow, J.	Loneliness and Quality of Life in Chronically Ill Rural Older Adults.	2013	National Institutes of Health	West Virginia, USA	Estudio piloto	Conocer mejor la prevalencia de la soledad en ancianos que viven en una zona rural con enfermedades crónicas que afectan a su calidad de vida. Describir la soledad, diagnóstico de enfermedades crónicas, prescripción de medicación, calidad de vida; relacionar estos conceptos entre ellos.
Tsai, H. H., Tsai, Y. F., Wang, H. H., Chang, Y. C., y Chu, H. H.	Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents.	2010	Aging and Mental Health	Taiwán	Estudio cuasi-experimental	Evaluar la efectividad de la intervención basada en videoconferencias para mejorar el soporte social, la soledad y los estados depresivos en centros residenciales para ancianos.
Winningham, R. G., y Pike, N. L.	A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness.	2007	Aging and mental health	Oregon, USA	Control intervención	Estudiar el efecto de intervenciones grupales centradas en estimular la mente y la memoria centrándose en el soporte social para reducir el sentimiento de soledad en personas mayores institucionalizadas.

además, que la soledad es un predictor de un declive funcional, y se relaciona con un aumento de la mortalidad.

Precisamente la depresión es el problema que más se vincula con la soledad, y está acompañada por sentimientos de hostilidad, estrés, pesimismo y baja autoestima. Además, la evidencia asegura que las mujeres son más vulnerables a ello (Liu y col., 2014).

En el caso clínico presentado eran estos sentimientos los que estuvieron presentes durante los diez días que duró su ingreso, indicadores de su bajo estado de ánimo y su experiencia de soledad. El reciente fallecimiento de su marido era uno de los principales factores que dio lugar a este fenómeno, causante de un malestar tanto físico como psicológico y derivando en un peor manejo de la salud. Como aseguran Theeke y Mallow (2013), el aumento de la experiencia de soledad lleva a una disminución significativa de la calidad de vida, lo cual concuerda con el caso.

3. Enfermería y la soledad del anciano: identificación e intervenciones

El fenómeno de la soledad tiene implicaciones para enfermería: son las enfermeras quienes deben identificar a aquellos pacientes que necesiten ayuda en el manejo de ésta, siendo guías y dando soporte (Kirkevold y col., 2012). La correcta y eficaz identificación de este fenómeno debe ser primordial por parte de enfermería, formando parte de su rutina de cuidado (Theeke y Mallow, 2013). Esto es así dado que las enfermeras son el agente de salud más cercano al paciente: ellas cuidan, desde la relación personal y terapéutica, a cada persona como ser único (Tsai y col., 2010; Karhe y Kaunonen, 2015). Es por ello por lo que deberían estar capacitadas para identificar y tratar este fenómeno, otorgándole la verdadera relevancia que tiene.

Uno de los mayores problemas que surge a la hora de su identificación es la estigmatización de este fenómeno. Varios estudios (Hand y col., 2014; Routasalo y col., 2008) han demostrado que la soledad es un concepto que está estigmatizado y aquellos pacientes en los que no se ha intervenido precozmente ni se les ha mostrado apoyo por parte de los profesionales de salud, se niegan a admitir este sentimiento. Aceptar esta situación no es fácil para la per-

sona que lo sufre: genera miedo y vergüenza. El poder llegar a reconocer la experiencia de soledad del paciente dependerá de cómo la enfermera sepa abordar el tema, del contexto que cree y de la confianza que sepa generar en el anciano (Kirkevold y col., 2012).

Por otro lado, no hay evidencia que hable y proponga intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes ancianos hospitalizados que sufran el fenómeno de la soledad, a pesar de que existe el diagnóstico NANDA "riesgo de soledad". Basándonos en artículos y estudios que hablen de este fenómeno en otros ámbitos de la enfermería, podemos identificar una serie de intervenciones que podrían ser adaptadas y aplicadas en ancianos hospitalizados. En estos casos, la duración del ingreso no es muy larga, pero la relación enfermera-paciente es intensa, de ahí la importancia de detectar este problema y comenzar a intervenir para que, gracias a la continuidad asistencial, las intervenciones se sigan dando tanto a nivel de la comunidad como en instituciones y centros residenciales.

Tal y como asevera la evidencia, enfermería debe integrar en su cuidado la identificación y planificación de intervenciones para tratar la soledad, pues es un predictor de la depresión en personas mayores, de problemas físicos y de una mayor mortalidad (Liu y col., 2016).

Karhe y Kaunonen (2015), en su análisis del concepto de soledad, identifican cómo los pacientes esperan que las intervenciones de enfermería para aliviar la soledad estén dirigidas a integrar a la familia en el proceso de cuidado. En su ausencia, esperan establecer un contacto humano con las enfermeras que ayude al manejo de esa situación. Los sentimientos de abandono, de no ser escuchados, ni atendidos, están directamente relacionados con la soledad producida por actitudes tanto de la familia como de los profesionales de la salud.

Estos mismos autores advierten de lo perjudicial que puede llegar a ser para el paciente el trato deshumanizado centrado en la técnica únicamente, que convierte a la persona en mero objeto. Este tipo de atención de enfermería incrementa los sentimientos de soledad. Sin embargo, señalan también los factores que alivian la soledad, como son la disposición de ayuda, un adecuado trato y la sensación de que los profesionales de la salud, enfermería

en concreto, conocen el entorno y la historia del paciente y están preparados para escuchar y responder a las necesidades de estos (Karhe y Kaunonen, 2015).

Además de la importancia de identificar el fenómeno de la soledad en el anciano, la evidencia habla de diferentes intervenciones que pueden aplicarse desde enfermería, a pesar de que en la actualidad no podamos verlas en la práctica y la investigación de estas sea escasa. Algunos autores afirman que es necesario desarrollar intervenciones individualizadas para aliviar la soledad, teniendo en cuenta que cada experiencia es única y personal (Kirkevold y col., 2012). Otros autores aseguran que las intervenciones de grupo son más efectivas, pues son estas las que dan pie a establecer nuevas relaciones sociales y sentirse parte de un colectivo en el que cada uno cumple un papel (Cohen-Mansfield, 2013).

Hand y col. (2014) afirman que una de las actuaciones más importantes por parte de enfermería ante pacientes con sentimientos de soledad es la de informar. Los ancianos necesitan recibir información sobre recursos de la comunidad y también disponer de grupos y actividades sociales en los que establezcan nuevas relaciones y se sientan necesitados por los demás.

Esta información y educación irán dirigidas a aportar recursos e instrumentos que prevengan un estado avanzado de soledad que acarree otros problemas de salud. Mediante el desarrollo de buenos programas de salud se podrá ayudar al anciano al manejo de esta experiencia tan perjudicial y tan frecuente. Varios estudios, como alguno de los citados, aseguran que son intervenciones comunes y efectivas que suponen un soporte importante a la hora de tratar este fenómeno (Tsai y col., 2010; Hand y col., 2014).

En la paciente del caso, fue fácil identificar esa soledad por parte del equipo de enfermería, pues era ella quien abiertamente expresaba sus sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza cada vez que se entraba a su habitación. La raíz de este fenómeno fue la reciente pérdida de su marido y la merma de facultades físicas. Esta situación provocaba que la paciente se viera cada vez más dependiente y sola. Tal y como confirma la evidencia, los lazos familiares eran para ella el mayor

soporte, de ahí la importancia que la paciente daba a las visitas de su hermano.

Sin embargo, todo el proceso de enfermería se centró en el motivo principal de su ingreso, siendo la soledad un aspecto secundario. Lo más destacable en nuestra actuación fue la atención focalizada en la persona, de carácter humano y basada en la relación enfermera-paciente, actitudes que ya en sí mismas son terapéuticas.

4. Necesidad de más investigaciones y formación de los profesionales

Uno de los aspectos más importantes y más mencionados en toda la bibliografía encontrada es la necesidad de investigar sobre el concepto de soledad y de desarrollar más intervenciones de enfermería efectivas, integradas en el proceso de cuidado (Hand y col., 2014). La investigación debe estar dirigida a desarrollar un cuidado de enfermería basado en el trato individualizado, asumiendo el fenómeno de la soledad como experiencia única y personal (Kirkevold y col., 2012).

Theeke y Mallow (2013) afirman que es necesario desarrollar más investigaciones para diseñar y testar intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento de la soledad en el anciano. A su juicio, una de las prioridades de enfermería debería ser el asesoramiento y la educación en relación con la soledad, incorporando este trato a su dinámica de cuidado.

La limitada investigación y evidencia que existe en relación a este fenómeno es reflejo de la poca importancia que se le concede a la condición de soledad (Routasalo y col., 2008). Para poder paliar este problema, desde enfermería se han de desarrollar intervenciones innovadoras aplicables al ámbito clínico, y escalas e instrumentos de valoración de la soledad (Theeke y Mallow, 2013; Cohen-Mansfield, 2013).

Para que las intervenciones sean efectivas y la prevalencia de sentimiento de soledad en los ancianos disminuya, será imprescindible la formación de los profesionales de enfermería en este aspecto (Routasalo y col., 2008). Es necesaria la presencia de personal bien preparado, que sepa centrarse en la relación enfermera-paciente para adquirir una visión

holística del entorno, detectar el problema y actuar conforme a la evidencia científica, sabiendo aplicar en cada momento escalas de valoración e intervenciones que mejoren la situación del paciente, ya sea en hospitalizaciones agudas o en la comunidad.

Con la paciente del caso que se ha presentado, la identificación de sus sentimientos de soledad se produjo por la comunicación y relación de confianza que se estableció con ella. La ausencia de instrumentos de valoración de la soledad y la escasa importancia que se le atribuye a esta experiencia contribuyeron a que todo el proceso de enfermería

se centrara en su motivo de ingreso. Un abordaje más holístico de la persona, apoyado en evidencia, que nos de instrumentos para tratar la soledad, habría sido más eficaz a la hora de tratar a esta paciente.

La aplicación de dicho tratamiento habría supuesto la detección de un problema que podría haber sido tratado a largo plazo desde atención primaria una vez se le diera el alta; y además habría cambiado el enfoque del cuidado de enfermería durante la hospitalización, pudiendo paliar este sentimiento desde el primer día de ingreso, lo que también habría mejorado su estado físico y emocional.

CONCLUSIONES

Mediante este trabajo se ha podido comprobar cómo la evidencia ha demostrado que la soledad es un factor de riesgo de enfermedades físicas y mentales en el anciano, experiencia única que es sufrida por un porcentaje creciente de personas. La correcta identificación de este problema y su adecuado tratamiento mejorarán la calidad de vida del paciente, previniendo futuras enfermedades.

Se trata de un problema de gran envergadura que debe ser abarcado en todo el proceso de enfermería, basándose en una continuidad asistencial que dé pie a intervenir ante la soledad tanto en hospitalizaciones como fuera de ellas. Enfermería debe concienciarse de la magnitud de esta experiencia negativa e integrar un cuidado basado en la relación enfermera-paciente que ayude a identificar el sufrimiento causado por la soledad y, consecuentemente, a intervenir.

La principal limitación del presente trabajo es la escasa evidencia que hay sobre la soledad en el paciente hospitalizado, lo que ha obligado a trabajar bibliografía que aborde la soledad en otros ámbitos de la enfermería. Es la enfermera quien debe ser el soporte y la persona de referencia durante la hospitalización, en la comunidad y en los centros residenciales, sobre todo en personas que carecen de cuidador principal y que están solas.

El modo en el que enfermería cuida a la persona puede ser en sí mismo terapéutico para aliviar ese sentimiento de soledad. La figura de este profesional de la salud es la que, basándose en ciertas actitudes que consideren a la persona como ser único, debe acompañar durante todo el proceso tratando de forma efectiva la soledad. La escucha, la disponibilidad, el conocimiento del paciente y su entorno, las miradas, el contacto físico y una relación de confianza son elementos imprescindibles en el cuidado de enfermería, cuya integración en el modo de trabajar enfermero puede llegar a producir alivio y mejoría en el estado de soledad de los pacientes.

El presente trabajo muestra la necesidad de mucha más investigación para desarrollar nuevos instrumentos y modelos de intervención efectivos que traten este fenómeno tan recurrente en nuestros hospitales, residencias y centros de salud, donde el dolor de la persona no está causado por su motivo de ingreso, sino por un sentimiento de tristeza más profundo que, sin un adecuado trato y cuidado por parte de enfermería, no podrá aliviarse.

BIBLIOGRAFÍA

- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A. y Nakhla, W. E. (2008). Loneliness: a concept analysis. In *Nursing Forum*, 43 (4), 207-213.
- Cohen-Mansfield, J. y Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29 (3), 109-125.
- ElSadr, C. B., Nouredine, S. y Kelley, J. (2009). Concept analysis of loneliness with implications for nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 25-33.
- Hand, C., McColl, M. A., Birtwhistle, R., Kotecha, J. A., Batchelor, D. y Barber, K. H. (2014). Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Canadian Family Physician*, 60 (6), 322-329.
- Herdman, T. y Heather, H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Karhe, L. y Kaunonen, M. (2015). Patient experiences of loneliness: An evolutionary concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 38 (4), 21-34.
- Kirkevold, M., Moyle, W., Wilkinson, C., Meyer, J. y Hauge, S. (2013). Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: the influence of losses. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (2), 394-403.
- Liu, L., Gou, Z. y Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of health psychology*, 21 (5), 750-758.
- Puyol, R. y Abellán, A. (2006). *Envejecimiento y dependencia una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20 (4), 159-166.
- Rosedale, M. (2007). Loneliness: An exploration of meaning. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(4), 201-209.
- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H. y Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 297-305.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2006). *Decálogo de las personas mayores*. Recuperado de https://www.segg.es/download.asp?file.../decalogo_personas_mayor
- Theeke, L. A. y Mallow, J. (2013). Loneliness and Quality of Life in Chronically Ill Rural Older Adults: Findings from a pilot study. *The American journal of nursing*, 113 (9), 28.
- Tsai, H. H., Tsai, Y. F., Wang, H. H., Chang, Y. C. y Chu, H. H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging and Mental Health*, 14 (8), 947-954.
- Winningham, R. G. y Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*, 11(6), 716-721.

Primer premio “Tomás Belzunegui” 2017

Modalidad Universidad. DOCTORADO

La adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida de familiares cuidadores de personas con demencia en el proceso de convivencia

The psychosocial adaptation to the disease and quality of life of family Caregivers for people with dementia in the coexistence process. A proposal for social health intervention from psychosocial adaptation and quality of life

María Cristina Lopes Dos Santos

Doctora en Trabajo Social y Profesora Asociada de la Universidad Pública de Navarra, Campus Arrosadía. cristina.lopes@unavarra.es

RESUMEN

La presente tesis doctoral aborda la adaptación psicosocial y calidad de vida de las personas cuidadoras de familiares con demencia en el proceso de convivencia, analizando esta realidad desde una perspectiva convivencial y la afectación que padecen en una relación de cuidado a largo plazo. Para ello se utiliza una metodología basada en la integración del análisis cuantitativo y el análisis cualitativo (mixed-methods) con el objetivo de obtener los datos más precisos para la comprensión de esta situación convivencial.

A través del análisis de estos resultados, se propone una propuesta de intervención socioeducativa para abordar la cuestión planteada desde una perspectiva integral de acción que permita mejorar la adaptación psicosocial y calidad de vida de la unidad de convivencia que conforman las personas cuidadoras de familiares con demencia y las propias personas enfermas.

ABSTRACT

This doctoral thesis approaches the psychosocial adaptation and quality of life of the caregivers of family members with dementia in the process of coexistence, analyzing this reality from a coexistence perspective and the affectation that they suffer in a relationship of long-term care. For this, a methodology based on the integration of quantitative analysis and qualitative analysis (mixed-methods) is used in order to obtain the most accurate data for the understanding this coexistence situation.

Through the analysis of these results, a socio-educational intervention proposal is proposed to approach the question raised from an integral perspective of action that allows to improve the psychosocial adaptation and quality of life of the coexistence unit that make up the caregivers and people with dementia.

Palabras Clave: URI (Unidad Referencial Intrafamiliar), adaptación psicosocial, calidad de vida, convivencia domiciliaria, enfermedad neurodegenerativa.

Keywords: IRU (Intrafamily Referential Unit), psychosocial adaptation, quality of life, domiciliary coexistence, neurodegenerative disease.

INTRODUCCIÓN

El aumento exponencial de la demencia como una patología universal ha suscitado un creciente interés tanto en el ámbito científico como sociosanitario. La OMS aboga por considerar esta realidad como una prioridad a escala mundial (OMS, 2013) estimando, en su análisis, una prevalencia de 35,6 millones de personas afectadas en el mundo en 2010. Volumen que se duplicará para 2030 y se triplicará para 2050.

Esta circunstancia ha conllevado una creciente proliferación de estudios relacionados con la adaptación a enfermedades crónicas (Thorne y Paterson, 2000; Stanton et al., 2007 y Ridder et al., 2008), el estrés y descontrol personal y familiar (Kralik, 2002), la dificultad de convivencia en la progresión de la enfermedad (Zaragoza et al., 2014 y Ambrosio et al., 2015), así como la afectación de familiares cuidadores (Kang, Li y Nolan, 2011). Siendo las investigaciones del ámbito bio-sanitario las más abundantes como el reciente estudio de la enfermedad neurodegenerativa de Parkinson a cargo de Portillo et al. (2012) del programa ReNACE. En referencia a estudios relacionados con la atención a las personas con demencia y sus cuidadores, destacan aquellos que tratan sobre la asistencia en domicilio (Artaso et al., 2003), la adaptación al entorno (Bofill, 2004; Losada et al., 2015), la atención y cuidado de personas cuidadoras (Etxebarria, 2005; Esteban y Mesa, 2008; Martín-Carrasco et al., 2014; Vázquez et al., 2012), la calidad de vida de las personas con demencia (Lucas et al., 2011; López y Crespo, 2007, López et al., 2009) o el cuidado de la demencia en domicilio (Janicki et al., 2005). Son de especial interés los planteamientos de Brooker (2013) que elabora un modelo de atención centrado en la persona con demencia, y de Bruna (2012) que incide en el

rol de la persona cuidadora de aquella que presenta demencia.

Sin embargo, todos estos elementos que aportan múltiples e interesantes visiones del progreso de la demencia y su impacto en la persona y el entorno, no abordan un elemento crucial, como es el de entender la realidad de la persona cuidadora y la persona cuidada como un compendio indivisible que afronta de manera conjunta esta circunstancia. No sólo es preciso adaptarse a una enfermedad cambiante y neurodegenerativa que incapacita cada vez más a la persona que la padece, sino que también la persona cuidadora se encuentra abocada a un esfuerzo vivencial de múltiples incertidumbres ante los duelos concatenados que se van sucediendo (Lopes, 2017). Lo que supone un constante estrés e impacto emocional que genera una sobrecarga en el afrontamiento del cuidado de las personas con demencia (González y Gómez-Ramos, 2006; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Aldana y Guarino, 2012; Paineplán y Kühne, 2012; Martos et al., 2015). Todo ello afecta, por lo tanto, a la URI (Unidad Referencial Intrafamiliar) (Anaut y Méndez, 2011), como unidad indivisible de interacción bilateral en el abordaje del sostenimiento familiar.

La crisis de los cuidados detectada en los últimos años se ha visto incrementada por la demanda de atención y cuidados de larga duración. Esto lo cual, precisa de respuestas adecuadas a los nuevos contextos intrafamiliares y sociocomunitarios, fortaleciendo a la familia, principal proveedora de cuidados¹, para sus sostenibilidad en esta tarea (Canga, 2013).

Desde este contexto, el presente artículo recoge el estudio y análisis de la adaptación psicosocial y calidad de vida que afectan a las personas familiares cuidadoras en el proceso de convivencia de personas con demencia, incidiendo en la interacción indivisible de la URI como referencia de intervención.

¹ En la Comunidad Foral de Navarra, se estima que al menos un 62% de las personas con demencia son atendidas en sus domicilios (Lopes, 2017).

MATERIAL Y MÉTODO

En el trabajo de investigación realizado (Lopes, 2017) se optó por una metodología combinada de técnicas cuantitativas y cualitativas (Mixed-methods) (Porcino y Verhoef, 2010; Sánchez, 2015). Se utilizaron los cuestionarios PAIS-SR (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) en su versión validada al castellano (Adaptación Psicosocial a la Enfermedad) y QOL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease) en su versión validada al castellano (Calidad de Vida en Alzheimer), realizándose asimismo entrevistas semiestructuradas y recogiendo diversas variables sociodemográficas: personales (sexo, edad, enfermedad), interrelacionales (años de cuidado de la enfermedad, relación familiar, estructura de hogar), sociales (situación laboral, zona residencia) y de infraestructura (vivienda).

La muestra final estuvo compuesta por 75 familiares cuidadores convivientes de personas con demencia en domicilio, un número validado por los criterios de Peduzzi et al. (1996)², distribuidos en 29 municipios de la Comunidad Foral de Navarra (figura 1), habiendo representación de espacios urbanos, rurales y semi-rurales de toda la geografía navarra.

El acceso a las personas participantes se realizó, mayoritariamente, a través de los Servicios Sociales de Base y de los Centros de Salud de Navarra, siguiendo el procedimiento que se visualiza en la figura 2.

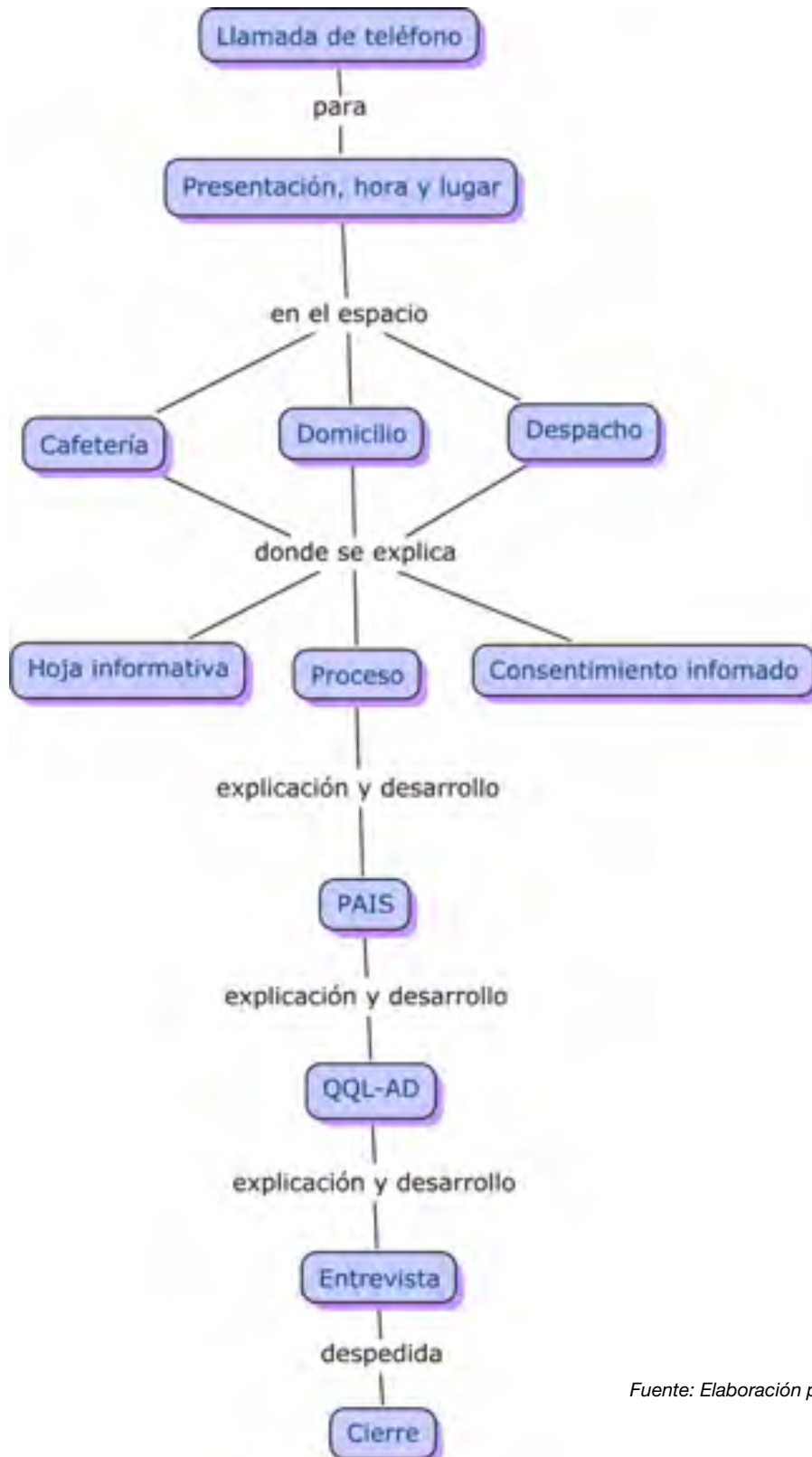
² Peduzzi et al. (1996), por el cual es viable considerar una muestra de 5 sujetos por cada variable de estudio, siendo este caso 15 las variables estudiadas, por lo que la muestra es de 75 individuos.

Figura 1: Mapa de Navarra con las localidad de realización del estudio de campo



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2: Flujograma de procedimiento de recogida de datos



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

El análisis de estos datos presentó un perfil específico: mujeres (77,33%), mayoritariamente hijas de las personas cuidadoras (69,33%) y con una media de edad de 58,2 años. El 72% de ellas estaban casadas, llevaban una media de 6 años de cuidados, trabajaban un 41,34%, siendo las demás amas de casa o jubiladas.

Además, las herramientas y la metodología empleada permitieron delimitar factores de incidencia en el proceso de convivencia de la URI, centrados en elementos relacionados con la salud, las relaciones familiares, el estado psicológico, las relaciones sociales y las relaciones de convivencia. Elementos estructurales de ámbito sociosanitario íntimamente ligados a la percepción de aislamiento, soledad, afectación emocional y sobrecarga de la persona cuidadora. En la tabla 1 se detallan dichos factores determinantes en la percepción de la persona cuidadora del proceso de convivencia de la URI.

Así como variables sociodemográficas de incidencia, tal y como se observan en la tabla 2.

En el ámbito cualitativo las entrevistas reforzaron, concretamente, la importancia de las relaciones familiares (sólo el 13,3% manifiestan apoyos familiares) y de convivencia para el cuidado, marcadas por los cambios continuos y la dependencia bilateral en la URI, como elementos clave de una mejor o peor adaptación psicosocial a la demencia. Asimismo, las relaciones sociales se han visto reducidas al no disponer de tiempo libre, lo que ha redundado en apatía y desmotivación por cuestiones ajenas al propio cuidado. Igualmente, el malestar psicológico marcado por sentimientos de resignación, miedo, enfado, rabia e impotencia, está supeditado a un cuidado indefinido y sin esperanzas de mejora ni de curación.

Por lo tanto, la percepción vital de las personas cuidadoras está marcada por los duelos concatenados, el cambio constante, la interrupción de sus propios procesos vitales, y la

Tabla 1: Factores determinantes en la percepción de la persona familiar cuidadora en el proceso de convivencia de la URI

	Salud	Relaciones familiares	Malestar Psicológico	Relaciones sociales	Relaciones convivenciales
Persona cuidadora	Escasa atención y cuidado de la salud personal	Escisión de relación o alejamiento de familiares no convivientes	Lástima, resignación, miedo, enfado, rabia e impotencia	Falta de libertad y paréntesis vital	Dificultad, continuo cambio y readaptación

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2: Variables sociodemográficas de incidencia en el proceso de convivencia de la URI

	Ingresos	Hogar	Enfermedad de la persona cuidadora	Empleo	Residencia	Vivienda
Influencia positiva en el proceso de convivencia	Salario elevado	Persona cuidadora con pareja	Sin enfermedad	Trabajo a tiempo completo	Zona urbana	Sin barreras

Fuente: Elaboración propia.

tipología de la enfermedad incurable y degenerativa, en suma, elementos que dificultan significativamente la adaptación psicosocial a la enfermedad y la calidad de vida tanto de la persona cuidadora como de la persona cuidada por esa dependencia bilateral de la que son objeto ambas. Esta realidad implica que se precisen implementar intervenciones ajustadas a esta diversidad y complejidad, cuestión que sólo es viable en un contexto integral de atención en cada situación concreta. Ello requiere trabajar desde el acompañamiento a las familias cuidadoras y, en especial, a la URI, desde una visión holística, multidisciplinar y continuada, que permita la adaptación contextual y la intervención específica en el entorno, en el proceso de convivencia sostenible.

Esta cuestión conlleva la creación de Equipos Multidisciplinares de Intervención Intrafamiliar que permitan trabajar desde una perspectiva sistémica sobre la situación intrafamiliar creada y su contexto sociocomunitario, apoyando el proceso de la persona enferma y del familiar cuidador, afrontando cada elemento de distorsión y afectación negativa, y orientando el proceso de la convivencia hacia la sostenibilidad y bienestar conjuntos.

DISCUSIÓN

En el proceso de convivencia de familiares cuidadores de personas con demencia, la adaptación psicosocial y calidad de vida está marcada por una dependencia bilateral (en la URI) que se mantiene durante toda la evolución de la patología y que precisa un abordaje específico (Zaragoza et al., 2014).

Las personas cuidadoras manifiestan sentimientos relacionados con el malestar psicológico, la ausencia o reducción significativa de las relaciones sociales, la escisión o alejamiento de las relaciones con familiares no convivientes, una readaptación continua y estresante a la convivencia con la demencia y los cambios que esta produce, y una escasa atención a su propia salud en aras del cuidado.

El perfil de la mujer cuidadora, si bien a grandes rasgos, es similar al de otros estudios (Laparra, 2001; IMSERSO, 2005; García, Lozano y Marcos, 2011), difiere en la marcada tendencia a la incorporación al mercado laboral, lo que reduce su tiempo de cuidado a la par que ha mostrado ser un elemento positivo en la adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida de la persona cuidadora.

En relación a las variables sociodemográficas de incidencia, tanto la zona de residencia (Peeters et al., 2010) como el apoyo familiar, el nivel de ingresos (Flores y Arcos, 2014), y las barreras arquitectónicas (Rosende y Santos, 2014), influyen positiva o negativamente en la calidad de vida y adaptación psicosocial.

Por lo tanto, nos encontramos ante una situación en la que confluyen diversos elementos sociodemográficos y factores personales y sociofamiliares que inciden en la adaptación psicosocial y calidad de vida de las personas conformantes de la URI, especialmente en relación a la persona cuidadora.

Abordar este proceso requiere apoyos y acompañamiento, puesto que los elementos detectados implican múltiples sistemas en torno a la persona cuidadora, en continuo cambio y desarrollo, que interactúan entre sí y que afectan todo el proceso de convivencia. Es por ello que la creación de equipos multidisciplinarios de intervención intrafamiliar, podrán abordar cada factor desde su propio contexto, orientando y asesorando a cada persona y URI, promoviendo sus potencialidades y la interacción familiar y sociocomunitaria, en aras de un mayor bienestar y sostenibilidad de todos los miembros, reduciendo costes al mantener la unidad familiar en su contexto, favoreciendo el desarrollo de la URI como elemento base del cuidado y prolongando la estabilidad intrafamiliar a la par que ofrece a la persona cuidadora recursos orientados a su promoción personal y auto cuidado en el proceso de convivencia con la persona familiar cuidada.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Suma Psicológica Ust*, 9 (1), 5-14.
- Ambrosio, L., Portillo, M.C., Rodríguez-Blázquez, C., et al. (2015). Estudio piloto sobre la escala de convivencia con un proceso crónico en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 61, 10, 447-453.
- Anaut, S. y Méndez, J. (2011). El Entorno familiar ante la provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 1 (1), 37-47.
- Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. (2003). Asistencia en centro de día o domicilio: diferencias en pacientes con demencia y sus cuidadores. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 19, 1, 36-41.
- Bofill, Y. (2004). La adaptación del entorno del paciente con demencia y alteraciones conductuales. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 20, 2, 100-102.
- Brooker, D. (2013). Atención centrada en la persona con demencia: Mejorando los recursos. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Bruna, O., Ros, E., Cucurella, E., et al. (2012). El rol de cuidador en l'atenció a persones amb demencia. *Aloma*, 30, 1, 128-136.
- Canga, A. (2013). Hacia una «familia cuidadora sostenible». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 383-386.
- Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31, 1, 19-27.
- Esteban, A.B. y Mesa, M.P. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 3, 146-153.
- Etxebarria, I. (2005). Atención e intervención con cuidadores de enfermos con demencia. *Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 22, 4, 168-174.
- Fernández de Larrinoa, P. P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23, 3, 388-393.
- Flores, G.M. y Arcos, M.E. (2014). Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia. *Revista de Psicología*, 1, 1, 40-48.
- García, M., Lozano, M. y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107.
- González, F.M. y Gómez, M.J. (2006). El impacto de la demencia del anciano sobre su cuidador y factores de la carga asociada al hecho de cuidar. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 22, 1, 25-26.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Madrid: IMSERSO.
- Janicki, M.P., Dalton, A.J., McCallion, P., et al. (2005). Group home care for adults with intellectual disabilities and Alzheimer's disease. *Dementia*, 4, 3, 361-385.
- Kang, X., Li, Z. y Nolan, M.T. (2011). 'Informal caregivers' experiences of caring for patients with chronic heart failure: systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26, 5, 386-94.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 146-154.
- Laparra, M. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15, 408-505.

- Lopes, M.C. (2017). Tesis doctoral: La adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida de familiares cuidadores en personas con demencia en el proceso de convivencia. Una propuesta de intervención sociosanitaria. Universidad Pública de Navarra.
- López, J., y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familias mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- López, M. J., Orueta, R., Gómez, S. et al. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2, 332-334.
- Losada, A., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V. y Nogales, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26,1, 41-48.
- Lucas, R., March, J., y Peró, M.I. (2011). Calidad de vida global en personas con demencia. *Revista de Neurología*, 52, 3, 139-146.
- Martín, M., Ballesteros, J., Domínguez, A., Muñoz, P. y González, E. (2014) Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 6, 300-314.
- Martos, A., Cardila, F., Barragán, A.B., Pérez, M.C., Molero y M., Gázquez, J.J. (2015). Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia. *European Journal O European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5, 2, 281-292.
- OMS (2013). Demencia, una prioridad de Salud Pública. Washington, DC: OPS.
- Paineplán, B. y Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST*, 9, 1, 5-14.
- Peduzzi, P., Cocnato, J., Kemper, E. et al. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 1373-1379.
- Peeters, J., Van Beek, A., Meerveld, J. et al. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. *BCM Nursing*, 9, 9.
- Porcino, A.J. y Verhoef, M.J. (2010). The Use of Mixed Methods for Therapeutic Massage Research. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 3, 15-25.
- Portillo, M.C., Senosiain, J.M., Arantzamendi, M. et al. (2012). Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. *Revista Científica Sociedad Española de Enfermería y Neurología*, 35, 2, 32-39.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijter, R. y Middel-dorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The lancet*, 372, 246-255.
- Rosende, I. y Santos, S. (2014). ¿Influyen las barreras arquitectónicas en la ayuda personal recibida en los desplazamientos de la persona dependiente?. *Rehabilitación*, 48, 1, 32-38.
- Stanton, A. L., Reverson, T. A., y Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Thorne S.E. , Paterson B.L. (2000). Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annual review of nursing research*, 18, 3-25.
- Zaragoza, S., Senosain, J.M., Riverol, M. et al. (2014). Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37, 1, 69-80.

#Breves



El 29 de septiembre tuvo lugar en Pamplona el Foro Internacional sobre personas mayores: “Vivir más y vivir mejor”. La fundación HelpAge International España, en colaboración con el Gobierno de Navarra, planteaba en este marco un espacio para concienciar y sensibilizar a la sociedad y a los medios de comunicación sobre los derechos de las personas mayores. Las ponencias hicieron hincapié en la discriminación por edad, los derechos del colectivo y el buen trato en la vejez. Se contó con la participación de Alexandre Kalache (OMS), Federico Mayor Zaragoza (Fundación Cultura y Paz), Nena Georgantzi (Age Platform), Ellen Graham (Global Alliance for the Rights of Older People), Saturnino Álvarez (UDP-Unión Democrática de Pensionistas), Sacramento Pinazo (Sociedad Valenciana de Geriatria y Gerontología y Vicepresidenta de SEGG), José Manuel Ribera (Académico de la Real Academia Nacional de Medicina) y Pilar Rodríguez (Fundación PILARES para la Autonomía Personal).



Cruz Roja y la SNGG organizaron las jornadas: La persona adulta mayor ante el reto del envejecimiento, los días 4, 11, 18 y 25 de octubre y 8, 15 y 22 de noviembre. Las ponencias se centraron en las características sociodemográficas de las personas adultas mayores, su salud física y mental y su bienestar, la situación de dependencia y la intervención social y jurídica en los casos de dependencia.

El Grupo de Demencias de la SNGG ha organizado las VII Jornadas de actualización en demencias: Trastorno cognitivo en patología psiquiátrica, celebradas el 14 de noviembre, con la participación de los doctores Jorge Plà Vidal, Manuel Martín Carrasco y Bárbara Pérez Pena.

Los días 24 y 25 de noviembre se desarrollaron las Jornadas Internacionales SEMEG-CIBERFES: Envejecimiento activo y Fragilidad, organizadas por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra, la SEMEG y CIBERFES. Las ponencias fueron dictadas por: Mikel Izquierdo (Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra), Leocadio Rodríguez-Mañás (Director del CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable), Steve Harridge y Norman Lazarus (Centre of Human & Aerospace Physiological Sciences, Faculty of Life Sciences & Medicine, Kings College London) e Islene Araujo (OMS).

Por último, el 13 de diciembre, la UDP, el IMSERSO, el Ayuntamiento de Pamplona y Cruz Roja han organizado el XXXVII Curso sobre Malos Tratos y Abusos a personas mayores. Desde una perspectiva gerontológica, se han tratados temas como los indicadores del maltrato desde atención primaria de salud, la promoción del trato adecuado y la protección ante el maltrato desde servicios sociales, la violencia doméstica y de género en personas mayores y la detección e intervención policial.

Cuadernos Gerontológicos

Se abre la convocatoria de nuevos artículos para el nº 1 de 2018. La temática central girará en torno a los cuidados de las personas mayores en el domicilio. El tema sigue siendo muy actual, aunque se cuenta con literatura científica con diferentes enfoques disciplinares desde hace algunas décadas.

Parece oportuno conocer lo que está sucediendo en la Comunidad Foral o en otros territorios a este respecto. Quién cuida, a quién y cómo se cuida, retos y novedades en el cuidado, cómo prevenir en la acción y recepción del cuidado para evitar situaciones no deseadas, la idoneidad del domicilio, son solo algunas cuestiones que podrían tratarse en el próximo número de “Cuadernos Gerontológicos”.

Fecha límite de envío: 30 de marzo de 2018.

Normas de Publicación para autores

1. Enfoque y alcance

La revista “Cuadernos Gerontológicos” es una publicación de contenido científico, editada en formato electrónico por la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología. Su periodicidad es semestral. Su objetivo es la difusión de artículos científicos, preferentemente de carácter multidisciplinar, referidos a los campos de la Geriatria y la Gerontología. Es decir, se centra en el envejecimiento de la población y sus consecuencias, poniendo el énfasis en este proceso en la Comunidad Foral de Navarra. Es de acceso libre, siguiendo el principio de hacer disponible gratuitamente los estudios teóricos, las experiencias profesionales y los análisis de la realidad socio-sanitaria, desde diferentes puntos de vista (enfermería, medicina, trabajo social, animación social, psicología, terapia ocupacional, etc.). Todas las contribuciones enviadas a “Cua-

ternos Gerontológicos” han de ser originales y serán evaluadas antes de ser publicadas por revisión externa y anónima por pares (peer review). El conjunto de autores ha de declarar que los datos y resultados expuestos en el trabajo son originales, no han sido presentados al mismo tiempo a otra revista para su publicación y no existe plagio, distorsión o manipulación.

2. Secciones

1. Originales. Trabajos de investigación que aportan nuevos resultados en los ámbitos de interés de la Revista. Los manuscritos deberán estructurarse en los apartados: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. La extensión recomendada es de 3.000-4.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía). Deben acompañarse de un resumen de un máximo de 250 palabras estructurado en los mismos apartados que el texto y de 3 a 5 palabras clave. Se recomienda un máximo de 6 autores, no superar las 6 tablas y figuras (esquemas, gráficos o imágenes) y un número máximo de 40 referencias bibliográficas.

2. Originales breves y Notas Clínicas y Sociales. Trabajos de investigación con número reducido de casos, estudios epidemiológicos descriptivos y trabajos con objetivos y resultados muy concretos (casos clínicos y casos de intervención social). Deberán estructurarse en los apartados: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. Su extensión no superará las 1.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía), 2 figuras y/o tablas y 15 referencias bibliográficas. Se aportará un resumen estructurado (máximo de 150 palabras), además de entre 3 y 5 palabras clave. Se recomienda un máximo de 6 autores.

3. Revisiones. Puesta al día de un problema, cuestión de impacto social/sanitario o conceptualización, mediante la aportación de la necesaria bibliografía. Su extensión en ningún

caso superará las 3.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía) y 2 figuras y/o tablas.

4. Cartas al Director. Se recogerá la opinión argumentada, conforme o disconforme, de una publicación en la Revista, así como sobre un tema de actualidad. Se pretende fomentar la reflexión dialogada y la discusión entre lectores de la Revista. Deben ser claras, concisas y argumentadas, con una extensión máxima de 750 palabras y entre 10 y 15 citas bibliográficas. Excepcionalmente, las Cartas al Director pueden ser aceptadas directamente por el Comité de Redacción.

5. Breves. Espacio para informaciones diversas: congresos, jornadas, cursos, reuniones, etc., que se puedan desarrollar en la Comunidad Foral de Navarra o fuera de ella. Asimismo, puede recogerse normativa de interés que pueda tener algún impacto sobre la atención socio-sanitaria de las personas mayores.

3. Presentación de manuscritos

Los manuscritos deberán presentarse:

- Escrito en castellano en formato Word y compatibles (Rtf, Txt, etc.), a doble espacio y justificado, en letra Times New Roman, 12 pt, y con 2,5 en todos los márgenes. Todos los artículos deberán estar paginados.
- Las tablas y figuras (imágenes, esquemas y gráficos) se incluirán al final del manuscrito, indicando su ubicación en el texto. Se numerarán consecutivamente con números arábigos y por separado tablas y figuras.
- Las imágenes deberán enviarse con una resolución de 300 pp en formato JPG o TIFF.
- Las notas han de aparecer numeradas a pie de página (Times New Roman, 10 pt) con numeración arábiga y serán las imprescindibles.
- Las referencias bibliográficas serán únicamente las citadas en el texto y aparecerán completas al final del artículo, siguiendo los criterios de las normas de publicación de la APA-2010 (American Psychological Association).

Primera página:

- Título del texto en castellano e inglés.
- Nombre y dos apellidos de cada autor. Se recomienda no superar el número de 3 en aquellos de temática social y de 6 en el resto.
- Centro o entidad en la que se trabaja.
- Dirección completa del primer autor/a, responsable del manuscrito.

Segunda página:

- Título del texto en castellano e inglés.
- Resumen del trabajo (entre 150 y 250 palabras) y el listado de palabras clave (máximo 5) en castellano e inglés.

Páginas sucesivas: Su estructura y extensión seguirá lo indicado para cada sección.

Citación bibliográfica

Citas en el texto:

- Si la oración incluye el apellido del autor, solo se escribe la fecha entre paréntesis: Roldán (2006).
- Si no se incluye el apellido del autor en la oración: (Roldán, 2006).
- Si es un fragmento literal: (Christff, 1996, p. 21).
- Libro: Autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto; si son varios autores, se separan con una coma, poniendo una “y” antes del último); año (entre paréntesis) y punto; título completo del libro (en cursiva) y punto; lugar de edición y dos puntos; y editorial. Ejemplos: Bermejo, F. (2004). Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid: Díaz de Santos. Otras opciones: Apellidos e inicial del nombre. (Año).Título. Recuperado de <http://www.xxxx.xxx>; Apellidos e inicial del nombre. (Año). Título. doi: xx.xxxxxxxx
- Capítulo de libro: Autor o autores del capítulo (igual que si son libros); año (entre paréntesis) y punto; título del capítulo y

punto; nombre de los directores/ compiladores del libro (iniciales del nombre y punto, apellido y anteponiendo a esto "En"); abreviatura "Ed." o "Eds." (entre paréntesis); título del libro (cursiva); página inicial y final del capítulo (entre paréntesis y separadas por un guión, anteponiendo la abreviatura "pp."); ciudad de edición y dos puntos; y editorial. Por ejemplo: Webb, S. (2003). Technologies of Care. En E. Harlow and S. Webb (Eds.) Information and Communication Technologies in the Welfare Services (pp.101-116). London: Jessica Kingsley Publishers.

- Artículo en revista: Autor o autores (igual que si son libros); año (entre paréntesis) y punto; título del artículo y punto; nombre completo de la revista (en cursiva) y coma; volumen y/o número de la revista y coma; y página inicial y final del artículo (separadas por un guión). Por ejemplo: Canga, A. y Esandi, N. (2016). Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Atención Primaria, 48, 4, 265-269.

Proceso editorial

El envío de los textos ha de realizarse a la secretaria técnica de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología: sngeriatria@yahoo.es

La redacción de la Revista acusará recibo de los trabajos. Se realizará una primera revisión editorial de los artículos admitidos para evaluar su adecuación temática a la Revista y el cumplimiento de los requisitos recogidos en estas Normas. A continuación los manuscritos serán revisados de forma anónima por dos expertos externos (peer review) que dispondrán de un plazo de 1 mes para emitir su dictamen. Los revisores se seleccionan entre expertos en el tema, teniendo en cuenta su disponibilidad para la rápida corrección que se les requiere.

En el caso de juicios dispares entre evaluadores, el artículo será remitido a un tercero, que también dispondrá de 1 mes para enviar su respuesta. Los revisores deben valorar la calidad científica, pertinencia y novedad de la información presentada e informar si el diseño, la metodología y la discusión justifican las conclusiones presentadas, y si éstas responden a los objetivos del estudio.

Examinados los informes externos, el Consejo Editorial podrá: rechazar el artículo, aprobarlo condicionalmente a la espera de que el autor/es haya realizado las modificaciones solicitadas, o aprobarlo definitivamente para su publicación. En cualquier caso, la decisión editorial será comunicada.

Siempre que se sugieran modificaciones en los textos, los autores deberán adjuntar, junto a la nueva versión del artículo, una nota en la que se expongan las modificaciones realizadas. Los autores, a su vez, se comprometen a corregir sus trabajos en un plazo breve (1 mes), a partir del momento en que se les comunique la publicación de la versión on line, con objeto de respetar y no retrasar el proceso editorial.

En cuanto a los derechos de autor, la aceptación de un trabajo para su publicación supone que los derechos de propiedad (copyright) quedan transferidos al editor de la Revista. No obstante, la Revista no es responsable de la información remitida por los autores.

Los autores han de recoger cualquier relación que tengan y que pudiera dar lugar a conflicto de intereses en relación con el artículo publicado. Cuando se presenten trabajos con seres humanos, debe indicarse que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975 con la revisión de octubre del 2000, disponible en <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>

Una vez aceptado el trabajo, se notificará por medios electrónicos la disponibilidad de las galeras para su corrección en un plazo de una semana desde su notificación, así como el número y fecha de publicación definitiva. Se podrá emitir un certificado de autoría y edición, previa solicitud a: sngeriatria@yahoo.es



LOS TRABAJOS PREMIADOS EN LA MODALIDAD UNIVERSIDAD, DEL PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI, SE PUBLICAN GRACIAS A LA COLABORACIÓN DE



**CENTRO NAVARRO
DE LA AUDICION**

Colabora:



Obra Social "la Caixa"