

cuadernos gerontológicos



PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI 2020

EDITORIAL

Juan Jerez

ORIGINALES

Manifiesto 3 septiembre.

Premios Tomás Belzunegui / Modalidad Universidad.

La solidaridad como respuesta a la soledad en las personas mayores.

Una parella saludable: intervenció assistida per gossos en pacients amb alzheimer lleu moderat.

La mujer que aprendió del coronavirus.

Mi amigo Fernando.

Modalidad relaciones intergeneracionales / Proyecto "Vetera cum novis": lo antiguo junto a lo nuevo.

NOTICIAS

- Premiadados del Premio Tomás Belzunegui 2020
- Nueva publicación

CONVOCATORIA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

CONVOCATORIA DEL PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Juana M^a Caballín
Leyre Elizari
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Concepción Molina
Isabel San Martín
M^a Luz Vicondoa

ISSN

ISSN 2659-7284

Depósito legal

NA 1839-1994

Diseño y maquetación

iLUNE.com

SUMARIO

ORIGINALES

Manifiesto 3 de septiembre Fundación Tutelar Navarra (FUTUNA)	5
Premios Tomás Belzunegui / Modalidad Universidad Soledad Lorés Casanova / Premio: Tesis doctoral	8
La solidaridad como respuesta a la soledad en las personas mayores Gloria Alicia Cavia Naya / Premio: Trabajo Fin de Máster	23
Una parella saludable: intervenció assistida per gossos en pacients amb alzheimer lleu moderat Laura Lirio Hernández / Universitat de Lleida. Premio: Trabajo Fin de Grado	
La mujer que aprendió del coronavirus José Murugarren Leoz / Modalidad Abierto Corto	41
Mi amigo Fernando Alberto Oroz Valencia / Premio en la Modalidad Senior	45
Modalidad relaciones intergeneracionales/ Proyecto “Vetera cum novis”: lo antiguo junto a lo nuevo. Eva Ibáñez Sola y Amaia Zubillaga Mina / IES Mendillorri de Pamplona	49

NOTICIAS

Premiados del Premio Tomás Belzunegui 2020	52
Nueva publicación	52

CONVOCATORIAS

Convocatoria: artículos para Cuadernos Gerontológicos	53
Convocatoria del Premio Tomás Belzunegui	54



Editorial

Como en los segundos números anuales precedentes, el presente número se dedica a los Premios Tomás Belzunegui de la SNGG, convocatoria 2020-2021.

En esta convocatoria, se lanzó una nueva modalidad: Las Actividades Intergeneracionales, para recoger aquellas actividades realizadas por asociaciones, centros educativos y residenciales, cuyo tema principal fuesen las relaciones intergeneracionales. La pandemia por Coronavirus, marcó esta convocatoria, posponiendo la del año 2020 al 2021 y haciendo que fuera el tema dominante en algunos trabajos presentados.

En contra de lo que se podía esperar, por el confinamiento y demás medidas sanitarias restrictivas, se mantuvo un buen nivel de audiencia y de participación. Se han mantenido las modalidades: Abierta, Senior y Universidad. En esta última modalidad, la universitaria, hemos logrado una excelente participación de las universidades que componen el Campus Iberus, de lo cual nos congratulamos y deseamos que siga este nivel de aceptación y participación, también en el resto de las universidades invitadas de Navarra y el País Vasco.

En la próxima convocatoria, ya abierta en estos momentos, queremos recuperar, como espacio temporal de participación, el curso escolar, mejor que el año natural, por lo que ya nos encontramos en la convocatoria 2021-2022, del Premio Tomás Belzunegui, que finalizará el próximo mes de junio. Además, en esta nueva convocatoria, queremos sintonizar con el lema de la ONU, que proclamó, el día 14 de diciembre de 2020, la Década del Envejecimiento Saludable, 2020-2030. Entendemos que el objetivo principal de este premio: promover la imagen positiva de las personas mayores en una sociedad intergeneracional, responde perfectamente a esta iniciativa de la ONU.

Juan Jerez

MANIFIESTO 3 DE SEPTIEMBRE

Un paso adelante por el derecho a decidir. Acto público en el Parlamento de Navarra.

Fundación Tutelar Navarra
FUTUNA

Ante la importancia de la entrada en vigor de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, la Asociación Española de Fundaciones Tutelares ha entendido, que una manera de realzar y visualizar este hecho, era realizar un acto público en toda España (30 fundaciones que componemos la asociación) en el día en que entra en vigor: 3 de septiembre. Esta Ley afecta a ocho leyes, centradas en las figuras de apoyo y los procedimientos para designar dichos apoyos (voluntario y judicial). Además, supone la pérdida del concepto “tutela” para las personas mayores de edad.

La Ley citada obliga a aumentar la intensidad y profundidad de los apoyos personales en la prestación adecuada del servicio. Desde FUTUNA, de acuerdo con su trayectoria de 31 años, ofrecemos una atención transparente y ajustada a las necesidades de cada persona; apoyo y colaboración en la divulgación, asesoramiento y formación sobre la nueva Ley; y la aceptación de todas las medidas de apoyo que nos soliciten desde los juzgados, siempre que la persona

que necesite los apoyos sea PCDI (persona con discapacidad intelectual) y tengamos los medios económicos necesarios.

En este contexto, desde FUTUNA, solicitamos la inclusión en la cartera de servicios sociales del “Servicio de apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica”, de forma que sea un derecho exigible, como se recoge en otras CCAA. Asimismo, solicitamos personas voluntarias, que quieran trabajar en favor de las personas con discapacidad durante un largo período de tiempo. Solicitamos, por último, una financiación adecuada y estable, ligada a cada persona a la que se le preste el servicio de apoyo que decidan los jueces, materializada a través del concierto social y no en forma de subvención graciable.

La nueva ley es exigente y nos obliga en su desarrollo, cada uno en la parte que le corresponde. Solo se conseguirá con Unidad y Esfuerzo continuado de toda la sociedad y en ese camino, FUTUNA quiere estar y participar en esta tarea difícil, pero ilusionante, para conseguir una sociedad mejor para todos sus miembros.



Ignacio Recondo. Presidente de la Asociación Española de Fundaciones Tutelares y Presidente de FUTUNA.

Manifiesto: Un paso adelante por el derecho a decidir

Hoy, 3 de septiembre, es el día en el que España da un paso adelante por los derechos de las personas con discapacidad y, por fin, podemos decir que tenemos derecho a decidir, como el resto de los ciudadanos y ciudadanas.

Por eso, desde las entidades que formamos parte de la Asociación Española de Fundaciones Tutelares, lo estamos celebrando. Y hemos salido a la calle en toda España para hacer visible el cambio.

Muchos y muchas ya podíamos decidir. Teníamos apoyos ajustados a nuestra realidad y, de la mano de FUTUNA, cumplíamos con nuestros deseos.

Pero nuestras sentencias a veces eran injustas, decían que no éramos capaces; nos sustituían y nos trataban como menores de edad para toda la vida. Teníamos que pedir autorización para casarnos, tener un alquiler o, incluso, poder irnos de vacaciones. En definitiva, nuestras sentencias nos excluían como si fuéramos ciudadanos y ciudadanas de segunda.

Eso ya no puede seguir siendo así. A partir de hoy, la Ley dice que nos tengan en cuenta, que tenemos que dirigir nuestra vida y nuestras decisiones. Hoy se da un paso adelante por el derecho a decidir de las personas con discapacidad. Hoy es parte de una Ley y tiene que ser realidad.

Pero las personas y entidades que formamos la Asociación Española de Fundaciones Tutelares sabemos que, para que todo esto sea cierto, necesitamos que muchas cosas cambien y por eso pedimos lo siguiente.

En primer lugar, que el apoyo para tomar decisiones sea un derecho en todos los lugares de España y, para eso, tiene que estar en las leyes de Servicios Sociales, porque solo así, vivamos donde vivamos, todas las personas tendremos acceso a este derecho y podremos exigirlo.

Además, necesitamos que los jueces y las juezas tengan todo lo que necesiten para hacer bien su trabajo y poder revisar las sentencias que ya existen para ajustarlas a las necesidades de cada persona, a sus preferencias y deseos. Y que, quienes nos prestan los apoyos, en este caso FUTUNA en Navarra, tengan apoyo para mantener a sus equipos profesionales y que estos puedan dedicar tiempo a conocernos para que, de verdad, se nos tenga en cuenta.

Por todo esto, pedimos a la Administración Pública de Navarra que dé un paso adelante por el derecho a decidir.

En segundo lugar, sabemos que la unión hace la fuerza y que, si vamos juntos, el camino va a ser más sencillo. Por eso, pedimos unión, que las personas que necesitamos apoyos, junto con FUTUNA, las familias, jueces y juezas, notarios y notarias, abogados y abogadas trabajemos para que todos los procesos se hagan bien, que haya formación y medios para garantizar nuestra participación y que no se pase de la tutela a otras medidas sin saber cuáles son los apoyos que necesitamos. Que el cambio de mirada lo hagamos todas y todos, porque queremos una vida digna, elegida e inclusiva. Por eso hacemos un llamamiento a toda la sociedad y pedimos que nuestras vecinas y vecinos, comerciantes del barrio, compañeras y compañeros de trabajo, de gimnasio, etc., cambien la mirada.

Hoy, 3 de septiembre, celebramos que el cambio es imparable y os pedimos que nos ayudéis para que pase del papel a la realidad.

Hoy 3 de septiembre damos un paso adelante por el derecho a decidir.



PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI

Modalidad Universidad

ESTUDIO NUTRICIONAL EN LA VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: DETECCIÓN DE VARIABLES PREDICTORAS

NUTRITIONAL STUDY IN THE FRAILTY ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: PREDICTION VARIABLES DETECTION

Soledad Lorés Casanova

Premio: Tesis doctoral

Resumen

INTRODUCCIÓN: La nutrición, el ejercicio físico y el resto de los factores biopsicosociales establecen una compleja y recíproca interrelación respecto a la capacidad funcional y la calidad de vida de los ancianos.

OBJETIVOS: Describir el estado nutricional en una muestra de ancianos independientes no institucionalizados y la relación con los condicionantes biopsicosociales, el grado de actividad física y la valoración de los factores que pueden relacionarse con la fragilidad.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal multicéntrico implementado en los centros de salud de la ciudad de Huesca en mayores de 75 años. Tamaño muestral 60 pacientes. Se analizaron variables demográficas, psicosociales, nutricionales, antropométricas y de actividad física (AF).

RESULTADOS: El nivel de AF se relacionó de forma inversa con la incapacidad para las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD) y con el riesgo nutricional obtenido en la escala Determine ($p < 0,05$). Se observó una relación inversa esta-

dísticamente significativa del grado de actividad física (MET-min/14) con la sarcopenia y el porcentaje de grasa corporal (%GC) midiendo los pliegues cutáneos, el perímetro de cintura (PC) y el diámetro abdominal sagital (DAS) ($p < 0,05$). Se mostró, por otra parte, relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el riesgo nutricional (cuestionario MNA) y la dependencia para las ABVD y AIVD, el riesgo de dependencia, la calidad de vida percibida, el estado cognitivo, la situación afectiva y el nivel de ansiedad.

CONCLUSIONES: De forma global, los factores estudiados relacionados con la fragilidad en esta muestra han mostrado una prevalencia baja de la misma. Un mejor estado nutricional se asocia con un mejor nivel funcional y de bienestar psíquico. Estos resultados refuerzan la conveniencia de la evaluación de la actividad física y del estado nutricional en las consultas, así como la necesidad de promocionar el ejercicio y la alimentación saludable.

Abstract

INTRODUCTION: Nutrition, physical exercise and the rest of the biopsychosocial factors establish a complex and reciprocal interrelation regarding the functional capacity and quality of life of the elderly.

OBJECTIVES: To describe the nutritional status in a sample of independent, non-institutionalized elderly and the relationship with the biopsychosocial conditioning factors, the degree of physical activity and the assessment of the factors that may be related to frailty.

METHODOLOGY: Descriptive, cross-sectional, multicenter study implemented in urban health centers in the city of Huesca in people over 75 years of age. Sample size 60 patients. Demographic, psychosocial, nutritional, anthropometric and physical activity (PA) variables were analyzed.

RESULTS: The level of physical exercise was inversely related to the inability for the basic and instrumental activities of daily life and with the nutritional risk obtained in the Determine scale ($p < 0.05$). A statistically significant inverse relationship of the degree of physical activity (MET-min / 14) with sarcopenia and the percentage of body fat (% BF) measuring skin folds, waist circumference and sagittal abdominal diameter (SAD) ($p < 0.05$). On the other hand, a statistically significant relationship ($p < 0.01$) was shown between nutritional risk (MNA questionnaire) and dependence for basic activities and instrumental activities of daily life, the risk of dependence, the perceived quality of life, the cognitive state, the affective situation and the level of anxiety, in such a way that a better nutritional state is associated with a better functional level and mental well-being.

CONCLUSIONS: Overall, the factors studied related to frailty in this sample have shown a low prevalence of it. Better nutritional status is associated with a better functional level and mental well-being. These results reinforce the convenience of evaluating physical activity and nutritional status in consultations, as well as the need to promote exercise and healthy eating.

INTRODUCCIÓN

La mejora de las condiciones socioeconómicas ha contribuido a una mejor calidad de vida y, como consecuencia, a mayor esperanza de vida en la población. La tasa de natalidad ha descendido en Europa produciéndose, como consecuencia, un envejecimiento poblacional (1). El sexo predominante es el femenino, ya que existe una mayor tasa de mortalidad masculina en todos los grupos etarios (2).

El objetivo principal en la atención del paciente mayor es minimizar el impacto funcional de las enfermedades y mantener su autonomía. Para ello, se realiza una valoración geriátrica integral (VGI), que permite ofrecer al paciente los cuidados más adecuados y eficientes, según sus necesidades, durante el proceso evolutivo de la enfermedad. La elaboración de una lista con los problemas detectados, un plan de actuación y tratamiento detallados optimizarán los resultados de la intervención (4).

El ejercicio, como componente de salud, pasa a ser una verdadera terapia equivalente a un fármaco en la prevención de caídas, diversas enfermedades, deterioro cognitivo, discapacidad y pérdida de autonomía. Así pues, el ejercicio físico debería prescribirse de forma progresiva e individualizada con la misma exactitud y rigor que otros tratamientos médicos (5).

Asimismo, la desnutrición debe ser detectada precozmente en el anciano, dados sus efectos sobre la morbimortalidad y funcionalidad. En la práctica clínica existen herramientas validadas para valorar al anciano, tanto en la comunidad, como en residencias y en el hospital. La heterogeneidad de cada caso exige de una intervención multidisciplinar que aborde el problema de la desnutrición desde el punto de vista médico, social y funcional (6).

De igual forma, la obesidad es un factor de riesgo independiente de la enfermedad cardiovascular y de todas las causas de mortalidad en la población general. Se relaciona con diversas enfermedades y con un incremento del riesgo de discapacidad física y cognitiva, mayor riesgo de dependencia, institucionalización y costos para la atención de la salud. Los ancianos con IMC mayor de 35 tienen más del doble de riesgo de referir pobre salud física y enfermedades

crónicas que las personas con peso normal. Sin embargo, en contraste con los adultos jóvenes, los estudios no avalan el hecho de que el sobrepeso (IMC entre 25-30 Kg/m²) sea un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular o para todas las causas de muerte entre los ancianos. De hecho, la mayor parte de los estudios muestran que un IMC en estos límites se vincula con riesgo de mortalidad más bajo en ancianos, y se reporta una asociación inversa entre el IMC y todas las causas de muerte. Todo ello es motivo de controversia y llevaría al replanteamiento de la definición de sobrepeso en el anciano y la necesidad de tratamiento en este grupo de población (7).

Un síndrome geriátrico a considerar en el proceso de envejecimiento es la sarcopenia, ya que aumenta el riesgo de discapacidad física, disminución de la calidad de vida, pérdida de independencia y muerte. La sarcopenia primaria se relaciona con la edad y la secundaria con el sedentarismo, las enfermedades y la desnutrición (8). La sarcopenia está directamente relacionada con la fragilidad y tiene implicaciones etiopatogénicas en la obesidad, la resistencia a la insulina y la inflamación. La fragilidad es un estado de vulnerabilidad asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas corporales, menor resistencia a las situaciones de estrés e induce a mayor vulnerabilidad (altas tasas de enfermedad, pérdida de función, discapacidad o dependencia, hospitalización, institucionalización, caídas y muerte) (8). La prevalencia en los ancianos que viven en la comunidad es de un 6,9% (menor que en institucionalizados) y de pre-fragilidad del 46,6% (8). La fragilidad puede solaparse con la discapacidad (alteración de ABVD y AIVD por afectación física y/o intelectual) y la morbilidad. No obstante, no todas las personas con discapacidad son frágiles (8).

La evidencia científica considera la dieta como un factor añadido, pero también clave en el abordaje de las enfermedades mentales. Todo ello indica que una nutrición deficitaria y/o desequilibrio químico puede estar contribuyendo a la aparición y/o mantenimiento de muchas de las enfermedades mentales (9). La adherencia a las dietas tradicionales, como la mediterránea, mejora el rendimiento físico medido objetivamente (10,11,12).

Se ha visto que numerosos factores intervienen en la génesis del envejecimiento y que hay diversas actuaciones que pueden retrasarlo y mejorar la capacidad funcional del paciente, pero faltan estudios recientes. El interés de este trabajo radica en que se realiza un estudio del paciente globalmente (esfera bio psico social), y se valora la realización de actividad física y la alimentación de forma objetiva, entre otros factores favorecedores de un “envejecimiento saludable”.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1. HIPÓTESIS

- El estado nutricional podría comportarse como uno de los factores predictores del desarrollo de los acontecimientos adversos que definen la fragilidad en la población geriátrica (institucionalización, dependencia y mortalidad).
- La valoración de la nutrición en el anciano en la práctica clínica diaria cada vez está más presente.

2. OBJETIVOS

- Descripción de las diferentes variables del estado nutricional de la población anciana no dependiente que reside en la comunidad en la ciudad de Huesca.
- Estudiar la asociación entre diferentes cuestionarios de medida del estado nutricional.
- Estudio de la relación del estado nutricional y actividad física con indicadores de fragilidad y otros factores en el anciano.
- Evaluar la influencia del grado de dependencia funcional según el índice de Barthel y las actividades instrumentales según Lawton y Brody en el estado nutricional de estos ancianos.

MATERIAL Y MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA ESTUDIADA

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal y observacional multicéntrico. Se han tomado los Centros de salud urbanos de Huesca no incluyendo a la provincia por la dispersión poblacional existente, evi-



tar problemas de accesibilidad y favorecer la adhesión al estudio. La selección se ha realizado mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado por edad y centro de salud entre la población mayor de 75 años, empleando como marco muestral la Base de Datos de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). El tamaño muestral final ha sido de 60 pacientes.

2. RECOGIDA DE DATOS

El estudio se encuentra en la línea de investigación de los proyectos FIS PI042546: “Detección de Ancianos de Alto Riesgo Psíquico en la comunidad. Factores predictivos para el desarrollo de Trastornos Mentales en Población Geriátrica” (PSICOTARD I) y FIS PI 13/02690: “Condicionantes de la desestabilización física y psicosocial en los mayores. Modelos predictivos de fragilidad en ancianos que residen en la comunidad” (PSICOTARD III), ambos dirigidos por el Dr. Olivera Pueyo (26).

Los pacientes, no en situación de dependencia, de forma aleatoria, voluntariamente y previo consentimiento informado por escrito, aceptaban la inclusión en el estudio. Se realizaba el encuentro en el Centro de Salud, con cita previa por su médico de Atención Primaria. La parte nutricional, antropométrica y de actividad física se ha realizado por un único profesional, por lo que la variabilidad en la recogida de los datos ha sido mínima. El proyecto obtuvo la autorización del Comité de Ética de Investigación de Aragón (CEICA).

3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a) Independencia para las ABVD (índice de Barthel > 60 puntos).
- b) Usuarios de los centros de Atención Primaria de la ciudad de Huesca.
- c) No estar institucionalizado.

Los pacientes incluidos fueron aleatoriamente seleccionados de un listado proporcionado a los médicos de Atención Primaria que quisieron participar en el estudio.

Por su parte, los criterios de exclusión fueron:

- a) Dependencia para las ABVD (índice de Barthel < 60 puntos).
- b) Institucionalización o no pertenecientes a los centros de Atención Primaria de la ciudad de Huesca.
- c) No poder acudir a la consulta a realizar la recogida de datos.
- d) No querer colaborar.
- e) No firmar consentimiento informado.

4. INSTRUMENTOS E INDICADORES DE VALORACIÓN

Se recogió información de la esfera biopsicosocial (variables de la esfera sociodemográfica, de la esfera orgánica y psicosocial),

actividad física, mediciones nutricionales específicas y circunstancias que podrían relacionarse con la fragilidad en el anciano. A estos datos se suman las variables personales básicas: nombre, apellidos, fecha de nacimiento, lugar de residencia, centro de salud y teléfono. En cuanto a las variables sociodemográficas se han recogido un total de trece (tabla 1).

Tabla 1. Variables de la esfera sociodemográficas recogidas.

SEXO
EDAD: > 75 años.
GRUPO ÉTNICO: blanco caucásico, blanco gitano, asiático, negro subsahariano, hispanoamericano.
ESCOLARIDAD: analfabeto, sabe leer y escribir, estudios primarios, bachillerato y estudios superiores.
ESTADO CIVIL: soltero, casado/pareja estable, divorciado/separado, viudo.
CONVIVENCIA: solo, con sus parejas y/o hijos, con hijos y/o otros familiares.
SUCESOS VITALES: se valoró si los pacientes habían padecido algún suceso vital estresante en el último año.
APOYO SOCIAL: (Escala de Gijón).
NIVEL DE INGRESOS: llega con dificultades a fin de mes habitualmente, algunas veces o casi nunca.
INDICE DE DEPENDENCIA PARA LAS AVD: Índice de Barthel.
GRADO DE DEPENDENCIA AIVD: Escala de Lawton y Brody.
NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO.
PRESENCIA DE RIESGO EN EL ANCIANO: Encuesta Sociosanitaria de Barber.

En cuanto a las variables de la esfera orgánica, se valoraron enfermedades que podían afectar a un aumento del Riesgo Cardiovascular (RCV) en el anciano y patologías que podían condicionar un riesgo aumentado de fragilidad en el anciano como fueron: presencia o no de diabetes (DM), hipercolesterolemia, hipertensión (HTA), cardiopatía isquémica, cardiopatía, arteriopatía periférica, insuficiencia venosa periférica, accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo craneal grave, enfermedad neurológica, enfermedad tiroidea, problemas de masticación, disfagia, EPOC, hepatopatía, enfermedad renal crónica, enfermedad digestiva, anemia, neoplasia, polifarmacia, déficit visual, déficit auditivo, consumo de alcohol, tabaquismo.

De igual forma, se pasaron diversas escalas a la muestra estudiada para el estudio del anciano en la esfera orgánica y social, la esfera psiquiátrica, nutricional y la actividad física (tabla 2). Todas las escalas tienen una amplia difusión en el ámbito de la Geriatría y en la Atención Primaria y han sido validadas y poseen fiabilidad acreditada (27).

Tabla 2. Escalas para la valoración de la esfera biopsicosocial.

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE LA ESFERA ORGÁNICA Y SOCIAL	ESCALAS PARA LA VALORACIÓN PSQUIÁTRICA	ESCALAS PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL	ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA
Barthel	MEC	MNA	VREM
Lawton y Brody	Escala Depresión Geriátrica Yesavage	CONUT	
Índice Acumulativo de Enfermedad	Subescala de Ansiedad de Golberg	Recuerdo 24 Horas	
Criterios de Fried	CAMDEX	Valoración Global Subjetiva	
Euroqol- 5d		DETERMINE	
Barber			
Escala de Gijón			

5. VARIABLES EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO

Las variables antropométricas de masa corporal total, de masa grasa y de masa muscular se encuentran en la tabla 3. Como en el caso anterior, reúnen todas las condiciones exigidas para su uso.

Tabla 3. Variables antropométricas medidas en la muestra estudiada

INDICADORES MASA CORPORAL TOTAL	INDICADORES MASA GRASA O ADIPOSIDAD	OTROS INDICADORES
Peso Actual	Dímetro Abdominal Sagital (DAS)	Perímetro Braquial (PB)
Peso Habitual	% Grasa Corporal	Perímetro Muscular Brazo (PMB)
% De Peso Perdido	Perímetro Cintura/Cadera (PC)	
IMC	Pliegue Bicipital (PBI)	
	Pliegue Tricipital (PT)	
	Pliegue Subescapular (PSE)	
	Pliegue Suprailíaco (PSI)	
	Pliegue Abdominal (PA)	

RESULTADOS

Un 48,3% de los pacientes son hombres, frente a un 51,7% de mujeres, todos de raza caucásica. La edad media de grupo estudiado fue de 81,58 años (DE 4,031) (IC 95% 80,5-82,5). Si los agrupamos por grupos etarios, de 75 a 80 años representan un 48,4% de la muestra; de 81 a 85 años, un 31,6% y de 86 a 90 años son un 20%. Un 11,7% de los pacientes son solteros, un 56,7% están casados o con pareja estable y un 31,7% son viudos. Por nivel de estudios, el 18,3% sabe leer y escribir, el 71,7% cuenta con estudios primarios, el 6,7% con estudios superiores y el 3,3% con bachillerato.

En la tabla siguiente se muestran los resultados de las variables psicosociales de la muestra estudiada. De ella se desprende que siendo todos los pacientes independientes (criterio de inclusión) la mayoría presentan una puntuación elevada > 90 en el Índice de Barthel con un grado de independencia elevado y sólo un 7% de los pacientes de la muestra presentan deterioro cognitivo.

Tabla 4. Variables psicosociales

VARIABLES PSICOSOCIALES	PUNTUACIÓN	N	%	IC95%
DEPENDENCIA ABVD (BARTHEL) (Dependiente < 60)	>90	55	91,7	85-98,3
DEPENDENCIA AIVD (LAWTON Y BRODY)	Necesita cierta ayuda (8-20 puntos)	53	88,3	80-96,7
CALIDAD DE VIDA (TERMOMÉTRICO EUROQOL)	61-80	29	48,4	35-60
AFECCIÓN FÍSICA	Moderada	29	48,3	36,7-61,7
SITUACIÓN COGNITIVA (MEC)	No deterioro (>21 puntos)	56	93,3	86,7-98,3
SÍNTOMAS DEPRESIVOS (GDS)	Normal (0-5 puntos)	52	88,1	79,7-96,6
ANSIEDAD (EADG)	No	48	80	70-90
CAMDEX	No	58	96,7	

En cuanto a patologías clínicas las más prevalentes fueron la HTA con un 70% de los pacientes, dislipemia en un 56,7%, DM en un 30% y enfermedad psiquiátrica en un 21,7%. Por tanto, un número considerable de pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

En la siguiente tabla se indica la media y la desviación estándar de hombres y mujeres entre las distintas variables de la composición corporal. De los datos extraídos destaca que existe relación estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en relación con el peso, la talla y los pliegues bicipital, tricipital y abdominal.

Tabla 5: Variables de composición corporal (CC) (Media y desviación estándar (DE)) en hombres y mujeres.

VARIABLES	HOMBRES (n=29)	DE	MUJERES (n=31)	DE	VALOR p
EDAD (años)	80,7 (75-90)	4,008	82,9 (76-90)	4,069	0,051
PESO (Kg)	75,8 (60-94)	7,97	67,4 (48,5-101)	12,79	0,004
TALLA (m)	1,64 (1,54-1,78)	6,09	1,50 (1,37- 1,64)	6,31	0,000
IMC (Kg/m ²)	28,06(22,68-33,62)	2,59	29,57(21,43-40,37)	4,82	0,145
PB (cm)	29,46(26-35)	2,15	29,83 (24-43)	2,28	0,632
PC (cm)	101,53(84,5-118)	7,9	96,68 (77-123)	12,29	0,820
PLIEGUE BICIPITAL (mm)	8(3-15)	3,1	13,5(5-27)	5,58	0,000
PLIEGUE TRICIPITAL (mm)	12,5(7-25,5)	3,66	19,5(10-32)	5,91	0,000
PLIEGUE SUBESCAPULAR (mm)	17(11-26)	3,63	19 (10-32)	5,55	0,900
PLIEGUE SUPRAILIACO (mm)	15,5(6-30)	5,3	17,5(7-30)	6,05	0,176
PLIEGUE ABDOMINAL (mm)	17,5(8-30)	5,98	22(10-33)	5,76	0,005
DAS (cm)	24,6(18-31,5)	3,29	23,74(15,5-34)	4,1	0,376

El 80,8% de las mujeres presentan RCV aumentado mientras que un 57,8% de los hombres no lo presentan, en la tabla que se enseña a continuación se valora el RCV aumentado relacionado con el PC en hombres y mujeres.

Tabla 6: Porcentaje de hombres y mujeres con Riesgo Cardiovascular aumentado en relación con su perímetro de cintura (PC).

PERÍMETRO DE CINTURA	% HOMBRES	% MUJERES
Riesgo Aumentado (>102 cm hombre; > 88 cm mujer)	42,2%	80,8%
Riesgo No Aumentado	57,8%	19,2%

El valor medio de DAS era de 24,6 cm (DE 3,28) para los hombres y de 23,74 cm (DE 4,2) para las mujeres sin diferencias significativas entre ellos. En la siguiente tabla se indica la relación entre la CC y el RCV con el DAS, de los datos destaca que hay un 77,4% de las mujeres y un 75,9% de los hombres con un RCV aumentado.

Tabla 7: Relación de la composición corporal con el riesgo cardiovascular y el DAS

RIESGO CARDIOVASCULAR	% HOMBRES	% MUJERES
SI	75,9%	77,4%
NO	24,1%	22,6%

A pesar de que en nuestro entorno la mayoría de los problemas nutricionales que afectan a la población general en la actualidad vienen determinados por exceso, también hay factores que pueden condicionar la aparición de déficits nutricionales en el anciano. En las figuras siguientes se aprecia el porcentaje de hombres y mujeres con riesgo de ingesta inadecuada de minerales y vitaminas. Las principales carencias se centran en la ingesta de calcio-Ca y Magnesio-Mg (figura 1).

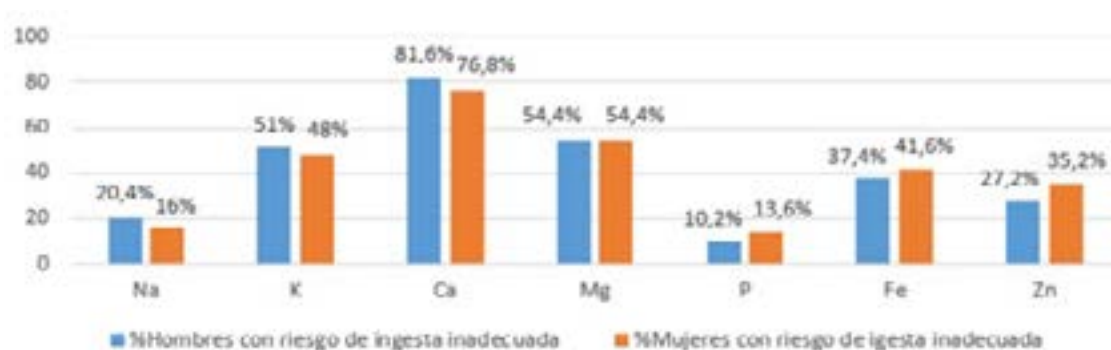


Figura 1. Porcentaje de mujeres y hombres con riesgo de ingesta inadecuada de minerales.

En cuanto a la ingesta de vitaminas, destacan una ingesta inadecuada de vitamina D y vitamina E (figura 2).

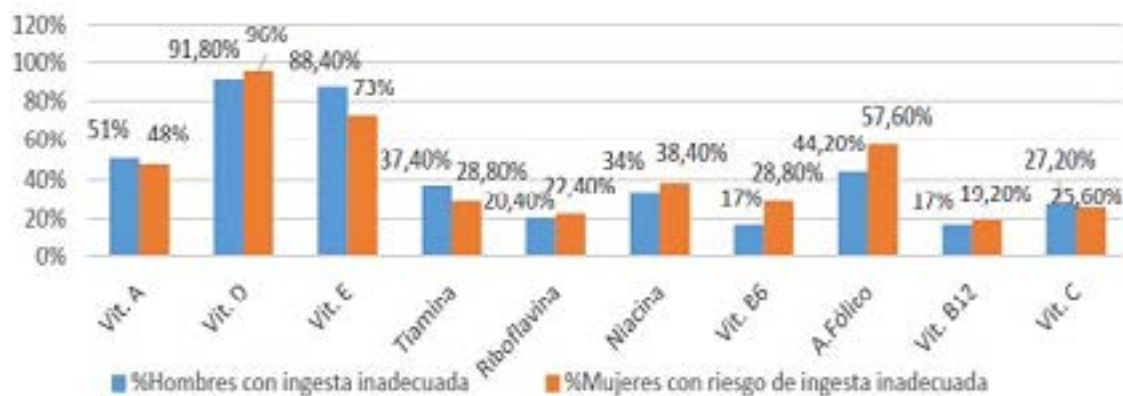


Figura 2. Porcentaje de mujeres y hombres con riesgo de ingesta inadecuada de vitaminas.

Un dato a tener en cuenta es la clasificación de los sujetos en activos o no activos en función de los equivalentes metabólicos (METS) que realizan al día (más de 300 METS son activos y menos son no activos). El 55,2% de los hombres son activos, mientras que sólo el 41,9% de las mujeres lo son. Los más activos presentan mejores índices de adiposidad corporal.

Si se valora la asociación de la AF con la composición corporal (CC), se aprecian correlaciones como las recogidas en la tabla 8.

Tabla 8: Asociación AF y CC

	IMC	Clasif IMC	PC	DAS	Pliegue biceps	Pliegue tríceps	Pliegue subcapular	PB	% grasa	R cintura
METS/día	-	-	-0,04	-0,035	-	-	-	-	-	-
Clasificación AF	-0,016	-0,024	-0,048	-0,042	-	-	-	-	-	-
Clasificación (Clasif) activos/no activos	-0,001	-0,001	-0,006	-0,027	-0,006	-0,002	-0,014	-0,007	-0,015	-0,008

Se ha estudiado la relación del ejercicio físico con la situación funcional, el riesgo nutricional y variables de la esfera psíquica y funcional. En la tabla 9 se manifiestan los hallazgos más significativos.

Tabla 9: Relación del ejercicio físico con la situación funcional, el riesgo nutricional y la sarcopenia

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	BETA (pendiente recta regresión)	METS- min/14 días	Significación
Dependencia ABVD (Barthel)	Beta= 127,5*	-	0,03
Dependencia AIVD (Lawton y Brody)	Beta= -252,4*	-	0,001
Sarcopenia (Índice de Fried)	-	No sarcopenia 5,078 Pre sarcopenia 4,359 Sarcopenia 3,157	<0,05***
Riesgo de desnutrición (Determine)	-	Moderado (3-5 puntos) 5,286 Alto (>6 puntos) 3,624	<0,05**

* B= parámetro Beta de Regresión Lineal Simple (pendiente de la recta de regresión; **t de Student;*** ANOVA

Sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa del ejercicio físico con el riesgo de dependencia sociosanitaria (Barber), ni con calidad de vida (Euroqol), ni MEC, ni síntomas depresivos GDS, ansiedad (EADG) ni con MNA.

Un 56,6% (IC 95%: 43,2-69,4) de los casos estudiados presentaron debilidad muscular según criterios de Fried. De ellos, un 13,3% presentaba sarcopenia (≥ 3 puntos) y un 43,3% pre-sarcopenia (1-2 puntos), sin que sean los resultados estadísticamente significativos.

Valorando la asociación entre los distintos cuestionarios de medida del estado nutricional (test de screening nutricional), se ha detectado un 61,7% de concordancia global entre ellos, siendo el índice de Kappa K=0,19 (0,016-0,39), p< 0,05.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos principales de este estudio fue la descripción de las diferentes variables de la esfera biopsicosocial, del estado nutricional y la asociación entre diferentes variables del estado nutricional y su relación con la actividad física, con indicadores de fragilidad y otros factores en el anciano. En este caso, a diferencia de otros estudios (13,14), se han considerado un conjunto amplio de variables de las diferentes esferas biopsicosociales. Los resultados revelan que en la mayoría de los casos se cumplen los criterios predictores de envejecimiento saludable reconocidos en la literatura científica: no padecer enfermedades físicas ni mentales, tener un buen soporte familiar y social, disponer de tiempo libre y realizar actividad física (15).

En lo que respecta a la CC de los adultos mayores, se encontraron diferencias significativas en el peso de ambos sexos (p<0,01), con una media de 75,8 Kg para los hombres y 67,4 Kg para las mujeres. Al igual que en otros trabajos, en este estudio, el sobrepeso fue más frecuente entre los hombres (58,7%) que en las mujeres (43,1%). Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue mucho mayor en las mujeres (40,9%) que en los hombres (26,6%) (15,16). Del mismo modo, también en varios pliegues cutáneos, el espesor medio fue mayor para las mujeres. El El porcentaje de masa magra (MM) fue de 72,77% para los hombres y de 62,6% para las mujeres (p<0,01). Los hombres tienen mayor PMB y mayor porcentaje de MM; en cambio, las mujeres tienen mayor porcentaje de masa grasa (MG).

Las relaciones Peso/Talla se han utilizado tradicionalmente como indicadores antropométricos únicos del estado nutricional del adulto, pero no aclaran de qué componente estructural (magro

o graso), se da determinada relación. Este hecho es de gran importancia en la determinación de la obesidad y del riesgo de morbimortalidad (16). Por ello, el DAS se ha convertido en un indicador de obesidad central y puede ayudar en la predicción del RCV (17). El presente estudio mostró un RCV mayor en las mujeres que en los hombres, medido con el DAS y con el PC, siendo valores para ambos sexos más altos si lo medimos con el DAS, sobre todo en los hombres.

Un programa de entrenamiento bien planificado permite a la persona mayor desarrollar su máximo potencial físico e incrementar su salud física y mental, lo que atenúa y retarda las consecuencias negativas de la edad (17). La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, desde el programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS), da indicaciones de AF para las personas mayores: actividad aeróbica de intensidad moderada mínimo 30 minutos, 5 veces a la semana, o actividad aeróbica intensa mínimo 20 minutos, 3 veces a la semana o combinación de ambas (18). Nuestros resultados ponen en evidencia, al igual que otros estudios, que la actividad física tiene un impacto favorable sobre la composición corporal y, por ende, sobre el riesgo cardiovascular (15) y una relación inversa significativa con la incapacidad funcional, la sarcopenia y el riesgo de desnutrición (19).

La incapacidad funcional se acelera en el envejecimiento por la inactividad física. Caminar parece mejorar el aspecto psicológico de la calidad de vida relacionada con la salud (20). Por todo ello, resulta especialmente importante concienciar a las personas mayores de la conveniencia de mantener un estilo de vida activo (21). Todo apunta a que, en el anciano frágil, el ejercicio físico debería prescribirse de forma progresiva, con un plan individualizado y con la misma exactitud que otros tratamientos médicos (5).

Los factores psicosociales son de vital importancia en la alimentación del anciano. La media de ingesta energética fue de 1785 Kcal/día para los hombres y de 1752 Kcal/día para las mujeres, valores algo más bajos que los ideales en función del peso medio. (2100Kcal/día). Las diferencias estadísticamente significativas para la ingesta, se encontraron en el % AGS, con 10,79% para los hombres y

12,62% para las mujeres ($p < 0,05$). Por su parte, la ingesta de etanol ha sido de 13,35 gramos para los hombres y 3,39 gramos para las mujeres ($p < 0,05$). Las mujeres ingieren un mayor % AGS, en cambio, los hombres ingieren mayor cantidad de alcohol. El mayor riesgo de ingesta inadecuada de minerales y vitaminas en nuestros sujetos se encontró en el Calcio (81,6%), el Magnesio (56,1%), la Vitamina D (96,9%) y la Vitamina E (83,3%). Si se compara la ingesta de minerales y vitaminas entre hombres y mujeres, se observa que hay más riesgo de ingesta inadecuada en los hombres, excepto de Vitamina D que es mayor en las mujeres.

En este estudio, se realizó el MNA, la VGS, el test de Determine y el CONUT con el fin de establecer una correcta valoración nutricional con unos valores de nutrición correcta en la mayoría de la muestra con los test de MNA (85%) y la VGS (85%). No se ha detectado desnutrición con el CONUT y se obtuvo una valoración con riesgo leve o moderado (95%) con el Determine. Estos hallazgos se pueden justificar por tratarse de una muestra con alto nivel de independencia y un nivel socioeconómico y cultural medio-alto. Estos valores son mejores respecto a los obtenidos en otros estudios de pacientes institucionalizados y en programas de atención domiciliaria (22) en los que las cifras de ancianos malnutridos son de en torno al 25%.

El ejercicio físico se relacionó de forma inversa con la incapacidad para las ABVD y AIVD y con el riesgo nutricional obtenido en la escala Determine ($p < 0,05$). Además, en el estudio, no se encontró relación estadísticamente significativa entre los METS con los test GDS; EADG, MEC ni con la Escala sociofamiliar de Gijón.

Entre las fortalezas del estudio, cabría destacar que los investigadores colaboradores fueron médicos de familia con práctica clínica habitual. La valoración antropométrica y nutricional se realizó a todos los pacientes por el mismo profesional no existiendo el sesgo inter-observador. La muestra fue seleccionada mediante muestreo aleatorio y, aunque el tamaño muestral es pequeño y se podría considerar como una debilidad, es representativa de la población y suficiente para alcanzar los objetivos planteados.

El personal sanitario, especialmente en el ám-

bito de la Atención Primaria, estaría en disposición de fomentar la actividad física en el anciano no solo como medida preventiva o terapéutica de determinados procesos crónicos, como la diabetes o la cardiopatía isquémica, sino también con el objeto de evitar la fragilidad, mejorar el estado de salud en los ancianos sanos, frágiles y con pluripatología y así aumentar la calidad de vida (23).

Se ha observado igualmente en este estudio, la relación significativa del estado nutricional con la situación funcional, la calidad de vida auto-percibida, el riesgo de fragilidad, la capacidad cognitiva y el estado afectivo emocional del anciano al igual que en algunos otros estudios (21). Sería, por tanto, interesante la evaluación de la actividad física y el estado nutricional en las consultas geriátricas y de Atención Primaria incorporando test de screening breves, similares a los utilizados en nuestro estudio, y calculadoras específicas para la cuantificación de la actividad física en los aplicativos de la historia clínica informática. Propuesta en la que se coincide con Casas Herrero y colaboradores (24). Ello permitiría la detección de las personas sedentarias y la implementación de programas de promoción de la actividad física en mayores acorde a sus condiciones (24) y programas orientados a la consecución de un envejecimiento activo. Todo ello resulta imprescindible para conservar la independencia y mejorar la calidad de vida en este grupo de población.

CONCLUSIONES

1. La media de ingesta energética tanto para los hombres como para las mujeres fueron valores algo más bajos que los recomendados en función del peso medio. Los déficits más significativos fueron en: calcio (81,6%), el magnesio (56,1%), la vitamina D (96,9%) y la vitamina E (83,3%). La calidad de la dieta, valorada por su densidad de nutrientes, fue significativamente mejor en las mujeres que en los hombres.
2. Se mostró una relación estadísticamente significativa entre el riesgo nutricional (cuestionario MNA) y la dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el riesgo de dependencia, la calidad de vida percibida, el estado cognitivo, la situación afectiva y el nivel de ansiedad, de tal forma que un mejor estado nutricional se asocia con un mejor nivel funcional y de bienestar psíquico.
3. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de METS al día que realizan los hombres y las mujeres.
4. La "actividad física" evaluada mediante los METS/día o en función de la clasificación de activos o no, se correlaciona negativamente, es decir, a más actividad, menor valor de los siguientes parámetros: IMC, PC, DAS, sarcopenia, el pliegue bicipital, el tricípital, el subescapular, el PB, el % de grasa y el riesgo asociado al PC.
5. El nivel de ejercicio físico se relacionó de forma inversa con la incapacidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y con el riesgo nutricional obtenido en la escala Determine.
6. A pesar de que la población estudiada no tiene limitaciones en las esferas orgánica, funcional, psíquica y social, un porcentaje importante no realiza suficiente actividad física.
7. Estos resultados refuerzan la conveniencia de la evaluación de la actividad física y del estado nutricional en las consultas, así como la necesidad de promocionar el ejercicio y la alimentación saludable para mejorar la calidad de vida.
8. De forma global, los factores estudiados relacionados con la fragilidad en esta muestra han mostrado una prevalencia baja de la misma, tal y como han indicado la prevalencia de: sarcopenia, incapacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales (Escala de Lawton y Brody), el riesgo de desnutrición mediante los test de screening y la inactividad física.
9. La malnutrición entre la población anciana está generalizada y es muy variable en función de los parámetros utilizados, los problemas de salud asociados o el ámbito de la población. En futuros estu-

dios sería conveniente el uso de cribados nutricionales de forma sistemática en centros asistenciales, residencias y hospitales, ya que es posible mejorar la calidad de vida del paciente y facilita la comparación entre los resultados para futuros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marques-Lopes I, et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición hospitalaria*, 2003;18(3):109-137.
- (2) Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. 2017; 15, 48 p. *Informes Envejecimiento en red*.
- (3) Ramiro Fariñas D, Pujol Rodríguez R, Abellán García A. Una reflexión necesaria sobre el inicio de la vejez. *Blog Envejecimiento [en-red]*. 2016, 2 de febrero, 2016.
- (4) Pérez Abascal N, García Cabrera L, Montero Errasquin B, Cruz Jentoft AJ. Valoración del paciente geriátrico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2014. September 2014;11(62):3641-3658.
- (5) Herrero AC, Cadore EL, Velilla NM, Redin MI. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2015;50(2):74-81.
- (6) Guardado Fuentes L, Carmona Álvarez I, Cuesta Triana F. Nutrición y enfermedades metabólicas en el anciano. *Estrategias alimentarias. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2014 September 2014;11(62):3691-3704.
- (7) Zenón TG, Silva JAV. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. *Medicina Interna de México*, 2012;28(2):154.
- (8) Benchimol JA. Fragilidad en el anciano *Rev Hosp Ital B Aires*, 2014, 34(4):115.
- (9) Martínez-Cengotitabengoa M, González-Pinto A. Suplementos nutricionales en trastornos depresivos. *Actas Esp Psiquiatr*, 2017;45(Supl 1):8-15.
- (10) McMillan L, Owen L, Kras M, Scholey A. Behavioural effects of a 10-day Mediterranean diet. Results from a pilot study evaluating mood and cognitive performance. *Appetite* 2011;56(1):143-147.
- (11) Shahar DR, Houston DK, Hue TF, Lee J, Sahyoun NR, Tyllavsky FA, et al. Adherence to Mediterranean Diet and Decline in Walking Speed over 8 Years in Community Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 2012;60(10):1881-1888.
- (12) Zbeida M, Goldsmith R, Shimony T, Vardi H, Naggan L, Shahar DR. Mediterranean diet and functional indicators among older adults in non-Mediterranean and Mediterranean countries. *J Nutr Health Aging*, 2014;18(4):411-418.
- (13) Barriopedro M^a, Eraña I, Mallol L. Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de psicología del deporte*, 2007;10(2).
- (14) Justino Borges L, Bertoldo Benedetti TR, Zarpellon Mazo G. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2010 March–April 2010;45(2):72-78.
- (15) Dumitrache CG, Windle G, Herrera RR. Do social resources explain the relationship between optimism and life satisfaction in community-dwelling older people? Testing a multiple mediation model. *Journal of Happiness Studies* 2015;16(3):633-654.
- (16) Becerra Bulla F. Tendencias actuales en la valoración antropométrica del anciano. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2019.
- (17) Aparicio García-Molina VA, Carbone-I-Baeza A, Delgado Fernández M. Beneficios de la actividad física en personas mayores. 2010.
- (18) De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Martín I, Baena JM, Lopez-Torres J, Magán P, et al. Actividades preventivas en los mayores. *Actualización PAPPS 2018. Aten primaria*, 2018;50 Suppl 1:109--24.

(19) Termómetro del sedentarismo en España. Informe sobre la actividad física y el sedentarismo en la población adulta española. Fundación España Activa. 2017.

(20) Awick EA, Wójcicki TR, Olson EA, Fanning J, Chung HD, Zuniga K, et al. Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research* 2015;24(2):455-462.

(21) Orkaby AR, Forman DE. Physical activity and CVD in older adults: an expert's perspective. *Expert review of cardiovascular therapy* 2018;16(1):1-10.

(22) Unanue-Urquijo S, Badia-Capdevila H, Rodríguez-Requejo S, Sánchez-Pérez I, Corderch-Lassaletta J. Factores asociados al estado nutricional de pacientes geriátricos institucionalizados y atendidos en su domicilio. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2009;44(1):38-41.

(23) Alemán-Mateo H, Esparza-Romero J, Valencia ME. Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física. *Salud pública de México* 1999; 41:309-316.

(24) Casas Herrero Á, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2015 March-April 2015;50(2):74-81.

(25) Rodulfo JIA. Sedentarismo, la enfermedad del siglo XXI. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis* 2019;31(5):233-240.

(26) Ciria SB, Torrente MR, Pueyo JO, Aznar TL, Casanova SL, Valero CP, et al. Protocolo de estudio sobre condicionantes de desestabilización física y psicosocial en los mayores. *Gaceta Sanitaria*, 2016;30(6):451-456.

(27) Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatria: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2016;51.

LA SOLIDARIDAD COMO RESPUESTA A LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Defining the conceptual frame of reference

Gloria Alicia Cavia Naya

Premio: Trabajo Fin de Máster

Resumen

Ante un envejecimiento acelerado de la sociedad, especialmente en el mundo occidental y desarrollado, se constata actualmente que la soledad y el aislamiento no deseado entran a formar parte de la vida de muchas personas mayores, con las consecuencias y efectos negativos que esto supone en su salud, su bienestar físico, y emocional, y por consiguiente en la sociedad. La pandemia de la COVID-19 ha sacado a la luz esta realidad invisible, ya conocida. ¿Se puede mitigar o paliar esta situación? Desde las políticas, instituciones, empresas y el tercer sector se comentarán algunos de los recursos implementados para dar respuesta a esta situación.

Para poder comprender la figura y estatus de las personas mayores, se hablará de la vejez, de su dimensión multidisciplinar, y de la propuesta de la OMS sobre el “Envejecimiento Saludable”. El estudio sobre el significado de la soledad y su diversidad ayudarán a acercarnos a esta realidad, a la vez que facilitará encontrar soluciones, tanto para su prevención como para paliar los efectos ne-

gativos que conlleva. Desde este marco describiremos las respuestas que ofrecen las políticas y empresas de innovación tecnológica, como también aquellas que aportan la familia, las relaciones de vecindad y actividades sociales. El valor de la solidaridad en el voluntariado, queda manifiesto en las buenas prácticas desarrolladas por diferentes Fundaciones, ONGs y Asociaciones que, de manera más directa, contribuyen y trabajan para mitigar este sentimiento de soledad no deseada en las personas mayores, buscando la oportunidad de convertir la “soledad” en “solidaridad”.

Palabras clave: aislamiento, personas mayores, relaciones sociales, soledad, tercer sector, solidaridad.

Summary

Faced with an accelerated aging of society, especially in the Western and developed world, it is now observed that loneliness and unwanted isolation become part of the lives of many older people, with the consequences and negative effects that this implies on their



health, their physical and emotional well-being, and therefore on society. The COVID-19 pandemic has brought to light this invisible reality, already known. Can this situation be mitigated or alleviated? From the policies, institutions, companies and the third sector, some of the resources implemented to respond to this situation will be discussed.

In order to understand the figure and status of older people, we will talk about old age, its multidisciplinary dimension, and the WHO proposal on “Healthy Aging”. The study on the meaning of loneliness and its diversity will help to bring us closer to this reality, while it will facilitate finding solutions, both for its prevention and to alleviate the negative effects that it entails. From this framework we will describe the responses offered by technological innovation policies and companies, as well as those provided by the family, neighborhood relations and social activities. The value of solidarity in volunteering is evident in the good practices developed by different Foundations, NGOs and Associations that, in a more direct way, contribute and work to mitigate this feeling of unwanted loneliness in the elderly, seeking the opportunity to turn “loneliness” into “solidarity”.

Keywords: isolation, elderly people, social relationships, loneliness, third sector, solidarity.

1. EL ENVEJECIMIENTO: UN ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR.

¿Qué es el envejecimiento? Según la teoría del ciclo vital de Baltes (1987), es un proceso natural del ser humano; todos envejecemos desde el momento que comenzamos a vivir. Para Atchley (2000) es la combinación de una serie de procesos biológicos, psicológicos y sociales que acompaña a la persona a medida que transcurre el tiempo. Diferentes acepciones en las que coinciden que se trata de una etapa de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos, como consecuencia del paso del tiempo en las personas. Piña (2004) comenta que, la vejez trae con frecuencia una serie de mitos y estigmas impuestos no sólo por la sociedad donde viven los adultos mayores, sino también por ellos mismos, ya que consideran la vejez como un período de pérdidas relacionado con la muerte y la decadencia.

Visto lo anterior se puede hablar de un envejecimiento biológico o físico, psicológico y social con sus características pertinentes (García-Valdecasas, 2018):

- Biológico o físico: deterioro de la capacidad funcional.
- Psicológico: menos evidente que el anterior, hace referencia al deterioro intelectual (Piña, 2004). Se relaciona más con la salud y estilo de vida que con la edad cronológica.

- Envejecimiento social: hace referencia a los roles que desempeñen en la sociedad siendo importantes para la identidad de las personas mayores para aumentar su sentimiento de autoestima y facilitar su integración en la sociedad, entre otras cosas.

La Gerontología estudia el envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinar, tanto desde las ciencias de la salud como desde las ciencias sociales. Se fija en los cambios que ocurren en esta etapa de la vida a diferentes niveles: el psicológico, físico y biológico, sanitaria, económico, emocional, político, etc. El estudio del envejecimiento está en auge, y ha proporcionado diferentes teorías, tanto psicológicas como sociológicas, que intentan explicar y delimitar los cambios que acompañan el envejecer.

Entre los diferentes objetivos de la Gerontología están: proporcionar calidad de vida a las personas mayores, potenciar su satisfacción vital y bienestar fisiológico, así como el incremento de la esperanza de vida, e intentar conseguir un envejecimiento con éxito, saludable y activo:

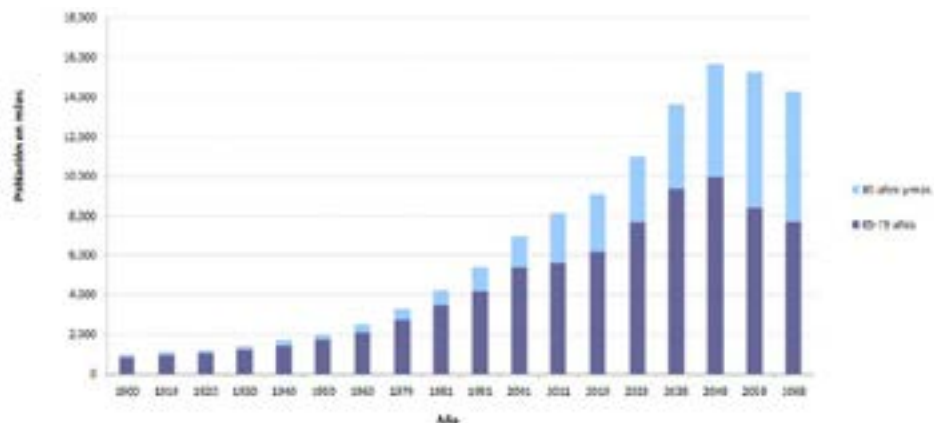
1. Envejecimiento con éxito: proceso multidimensional, caracterizado por el óptimo funcionamiento cognitivo y físico, la ausencia de enfermedades, y una implicación activa en actividades sociales y productivas (Rowe & Kahn, 1997). Los factores extrínsecos amortiguan los procesos intrínsecos del envejecimiento, evitando un deterioro funcional (OMS, 2015).
2. Envejecimiento activo: según la OMS, es el proceso de optimizar oportunidades para la salud, participación y la seguridad con el fin de promover la calidad de vida a medida que se envejece (OMS, 2002, p. 79). Implica participar en todas las esferas de la vida, mantener la autonomía, la independencia y la calidad de vida, así como la participación en la esfera social, cívica, económica y espiritual de la vida (Caprara, 2008).
3. Envejecimiento saludable: es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional son aquellos atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella: las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, junto con las características del entorno del mundo exterior que conforman el contexto de vida.

La OMS, junto a otros organismos de Naciones Unidas, aprobó un documento de Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud en 2020, cuyas iniciativas se incluyeron en el Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030), donde las personas mayores son el eje central de esta iniciativa. Al fomentar el “Envejecimiento Saludable” se garantiza que las personas mayores envejecan de manera segura, en un lugar adecuado para ellas, y así puedan seguir desarrollándose personalmente y contribuir a sus comunidades con autonomía y salud.

2. FENÓMENOS ASOCIADOS A LA VEJEZ: ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS

El envejecimiento demográfico se considera como el aumento en la edad media de la población a lo largo del tiempo, según Pérez y Abellán (2018). Este cambio demográfico actual es, entre otros factores, fruto de un descenso de la natalidad como consecuencia de una fecundidad menguante, y una creciente proporción de población que llega a la vejez, como consecuencia de un incremento de la esperanza de vida. En algunos territorios, las migraciones, la salida de la población joven o la llegada de población mayor también han incidido en el aumento del peso porcentual de adultos mayores: la edad media de la población española en 2020 según el INE supera los 44 años, por lo que, de seguir así, en 2068 aumentarían en un 29,4% de un total de 48.531.614 habitantes, y en un futuro 2050 los mayores duplicarán a la cifra de los niños (0-15 años).

Gráfico 1. Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068



Nota: de 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.
 Fuente: INE-1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2015: Estadística del Padrón continuo a 1-1-2015. Consulta censo 2020: 2028-2068: Proyecciones de población. Consulta enero 2019.

Este envejecimiento poblacional tiene efectos y consecuencias sociales, políticas y económicas, además de individuales. Conviene resaltar que la vejez no es una enfermedad, y que gran parte de las personas mayores no son personas con dependencia ni con discapacidad, ni se las puede considerar improductivas por no estar en el mercado laboral. La siguiente tabla refleja las creencias donde se pone de manifiesto algunos de los estereotipos.

Tabla 1. Creencias sociales y los estereotipos desarrollados.

Mito: Las personas mayores	Realidad
Son todas muy parecidas.	Son un grupo de población muy diverso (muchas diferencias inter-individuales)
Están socialmente aisladas.	La mayoría de las personas mayores mantienen un contacto cercano con familiares.
Están enfermas, son frágiles y dependen de otras personas.	La mayoría de los mayores viven de forma independiente.
La mayoría tienen algún grado de deterioro cognitivo.	En general, si hay algún declive en habilidades intelectuales, no es suficientemente severo como para causar problemas en el día a día.
Están deprimidas.	Las personas mayores que viven en la comunidad tienen menores porcentajes de depresión diagnosticable que otros grupos de edad.
Se vuelven difíciles de tratar y son, con el paso de los años, más rígidas.	La personalidad se mantiene relativamente consistente a lo largo del ciclo vital.
Raramente se enfrentan a los declives inevitables asociados con el envejecimiento.	La mayoría de las personas mayores se ajustan con éxito a los desafíos vitales.

Fuente: Losada (2004, p. 4).

El edadismo es la discriminación por edad. Hace referencia a los estereotipos, prejuicios y discriminaciones que sufren las personas sólo por ser mayores. Es la tercera gran forma de discriminación junto al racismo y el sexismo, (Losada, 2004), pero a diferencia de las dos anteriores, el nivel de concienciación y sensibilización de la sociedad al respecto es menor. Es posible que actualmente sea una forma aún más generalizada de discriminación que el sexismo o el racismo (OMS, 2015), pero a diferencia de otras formas de discriminación, “el edadismo es socialmente aceptado y generalmente no es cuestionado, en gran parte por su naturaleza implícita e inconsciente” (Regidor, 2019, p. 52).

El edadismo puede desembocar en malos tratos hacia las personas mayores: un mal trato invisible porque pasa desapercibido. En el año 2020, la COVID-19 evidenció de manera más patente la discriminación hacia las personas mayores. A la COVID-19 se le llamó el virus del edadismo.

¿Cómo actuar para evitar esta discriminación? Como dice Losada (2004) en Informes Portal Mayores nº 14, “se trataría de poner de manifiesto la necesidad de fomentar políticas y actuaciones dirigidas a reducir la presencia del edadismo en la sociedad en general y en la formación profesional en particular, estimándose que los resultados de estas actuaciones serán fundamentales para promover mejores niveles de bienestar en el grupo de población de las personas mayores”. Una intervención educativa en la formación multidisciplinar sobre materia de envejecimiento es una herramienta eficaz para la modificación de estereotipos negativos en los universitarios (Merino, 2019).

3. SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

Con frecuencia se mantiene el estereotipo de que la soledad va unida a la vejez, si bien es cierto que tanto la soledad como el aislamiento social se desarrollan más en personas mayores debido a diversos factores asociados: experimentan diferentes y múltiples cambios a nivel físico, psicológico y social. La soledad es una experiencia humana que puede ocurrir a lo largo de la vida; es un constructo que compromete a muchas personas, poblaciones, épocas y espacios. Es un proceso multifactorial, un fenómeno universal (Del Barrio, 2010).

Se pueden diferenciar dos dimensiones de la soledad: objetiva y subjetiva. Soledad

objetiva es el hecho de estar solo, ya sea de manera permanente o temporal, pero como algo elegido, buscado y deseado por la propia persona (Bermejo, 2003). En la soledad subjetiva se interrelacionan muchas variables, lo que complica su significado. No es una situación buscada, es una soledad obligada por las circunstancias de quienes la sufren (Díez, 2015), un “sentirse solo”, echar en falta a otras personas, no recibir el acompañamiento socioemocional esperado. Hace referencia a un sentimiento doloroso y temido, una percepción subjetiva del aislamiento social (Hawkey, 2010) que puede derivar en enfermedades como la depresión.

Los autores Iglesias de Ussel (2001), y Díez (2015), hablan de una soledad buscada o pretendida, que es el estar solo sin sentirse solo, para lo que es necesario tener una buena relación consigo mismo y evitar sentimientos de soledad negativos, lo que favorece una mejor calidad de vida. La soledad no deseada (Díez, 2015), es aquella que deseando tener relaciones sociales se carecen de ellas, y puede desembocar en un profundo aislamiento. Incluso afectaría de manera grave a la salud, bienestar y calidad de vida. Al ser algo subjetivo es más difícil de medir.

Soledad crónica (De la Mata, 2018), es la que se perpetúa en el tiempo, y que con las condiciones adecuadas puede desaparecer, aunque es un proceso costoso y, soledad transitoria, relacionada con eventos como la viudez, la jubilación por ejemplo, pudiendo mejorar esta situación al adaptarse a estas nuevas circunstancias, e incrementando las actividades sociales (Martín, Lara, & De la Torre, 2019).

Los factores que inciden en las personas mayores en el sentimiento de soledad pueden ser externos: sucesos de la vida como la pérdida de familiares, etc., cambio de roles y estatus, pérdida de capacidades funcionales. Internos, que hacen referencia exclusiva a la persona, relaciones interpersonales, cantidad, significado y grado de participación de las mismas, y los estructurales, que se refieren a la accesibilidad, barreras arquitectónicas, etc., que perjudicarían el aislamiento. Estos factores se relacionan entre sí y provienen de diferentes esferas: individual, familiar, social, estructural, comunitaria, de manera que al detectar la soledad de la persona se le acompaña en este proceso interviniendo en las diferentes esferas (Sala, 2020).

El aislamiento social, considerado como síndrome geriátrico, “se relaciona con una situación de desvinculación social, tendencia a la soledad, y retraimiento en las relaciones sociales” (Benavides, 2019, p. 7) y se refiere a la falta de contacto social y que se puede cuantificar de manera objetiva: por ejemplo, si vive o no solo. Se caracteriza por la falta o existencia limitada de relaciones personales o duraderas. Distinto es la exclusión social, situación objetiva fruto de un proceso dinámico de combinación de factores de vulnerabilidad, donde la dimensión relacional puede ser un agravante o no tener ningún papel (Subirats, 2005).

4. SOLEDAD EN LA VEJEZ

La soledad en las personas mayores se estudia como uno de los riesgos del envejecimiento. La relación entre soledad y salud es más fuerte que la que hay entre edad y soledad, pues la percepción que se tiene del estado de la salud se ve más influenciada cuando existen sentimientos relacionados con la soledad (Bazo, 1989). Conviene poner el acento no sólo en lo económico, sino también en la calidad de las relaciones, de los afectos, las emociones o protección a las personas mayores.

La soledad en la vejez presenta diferentes caras (Rueda, 2018):

1. Soledad en las personas mayores que viven en su domicilio sin ningún tipo de relación con el entorno social.
2. Soledad en el medio rural, donde hay un sobreenvejecimiento, aunque se vive una solidaridad vecinal, cercana y espontánea.
3. Soledad en el mundo urbano: donde las alternativas para paliarla pueden ser mayores.
4. Soledad, aun viviendo con familiares próximos, pero que no son atendidos de manera adecuada.
5. Soledad en centros residenciales, donde se reproducen situaciones de aislamiento y soledad incluso viviendo rodeados de personas y profesionales.

Las consecuencias de estas situaciones dependerán lógicamente del grado de sentimiento de soledad que se perciba y experimente, de las circunstancias en las que se encuentre, edad, vulnerabilidad, etc., afectando al nivel físico, psicológico, social y económico de las personas que se encuentren en esta situación.

Para aliviar los efectos negativos de la soledad lo primero es no rendirse ante ella, establecer nuevas relaciones y mejorar las existentes, ampliar y cultivar intereses y también a veces habrá que recurrir a la ayuda de un profesional.

Las relaciones sociales en la vejez tienen un papel importante, además de influir en la salud y en el bienestar de la persona (Kahn, 1980). Estas relaciones sociales suelen ser más escasas en las personas mayores, y cuentan con menos contactos, por ello se busca en ellas mayor calidad y participación social (Díez, 2015). La familia, fuente central de apoyo, y el matrimonio tienen un efecto protector en la salud física, psicológica y en el bienestar global de los mayores, así como los amigos que, en ausencia de la familia, desempeñan un papel fundamental (Yanguas, 2018).

5. RESPUESTA A LA SOLEDAD EN LOS MAYORES

La intervención sobre la soledad será necesaria cuando no sea deseada por la persona, o existan riesgos importantes para su integridad física, pues es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud, y un factor determinante que favorece las situaciones de dependencia (OMS, 2015). Hay intervenciones desde la acción social, desde las políticas públicas. También iniciativas desde la innovación tecnológica para paliar este sentimiento de soledad. Lo novedoso de estos programas es que no solo se dirigen a cubrir las necesidades sociales, sino que buscan la cobertura de necesidades emocionales como fundamento para un bienestar y calidad de vida óptimos (Sala, 2019).

El apoyo social se define, según Khan y Antonucci (1980), como aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o intervención. Puede ser formal, que es el recibido por instituciones públicas o privadas, e informal que incluye las redes personales y comunitarias, no estructuradas formalmente como programas de apoyo.

Desde el sector público, el apoyo social formal es el proveniente de los servicios sociales, ayuntamientos, órganos estatales, asociaciones y sindicatos (Pinazo-Hernandis, 2005). El envejecimiento poblacional está generando nuevas demandas en las estructuras sociales y sanitarias. Los mayores representan un gran potencial de mercado y una gran oportunidad: la silver economy, donde la innovación social,

las TICs tienen entrada como una nueva forma de suplir los fallos del Estado y del mercado. La Economía Plateada o Silver Economy es una economía que aspira a que mejore la calidad de vida en el proceso de envejecimiento (Fundación Empresa y Sociedad, 2016).

Dentro del apoyo social informal la familia es la forma más común de apoyo en ayuda material o emocional. La familia tiene un papel importante, se la puede considerar el principal soporte social de la persona mayor: las relaciones, la cercanía de los seres queridos, son clave para dar respuesta a la soledad no deseada, incluso el rol de abuelo es una buena contribución para mejorar las relaciones familiares. El sentirse necesario es uno de los predictores de longevidad, unas relaciones sociales y familiares con un óptimo nivel de satisfacción facilitarán un envejecimiento satisfactorio (Serrano, 2013).

Según lo visto, terceras personas y diferentes recursos sociales pueden ayudar y contribuir a paliar esa soledad o sentimiento de soledad, pero ¿uno mismo?, el propio protagonista, paciente de la soledad, ¿qué puede hacer? Sería óptimo usar esa soledad como estrategia, herramienta de crecimiento interior desde la dimensión espiritual que toda persona posee para evitar la tristeza y ansiedad (Rodríguez Martín, 2009).

Tabla 2. Estrategias y recursos personales

Soledad por:	Estrategias y Recursos personales
Jubilación	<ul style="list-style-type: none"> - La iniciativa personal. - La necesidad de mantenerse activos tanto en el ámbito físico como cognitivo. - Reorganización, planificación y reparto del tiempo libre: aficiones, dedicación y fortalecimiento familiar. - Emprendimiento de actividades enriquecedoras. - La participación en actividades sociales. - La preparación para la jubilación.
Viudez	<ul style="list-style-type: none"> - La aceptación de la viudedad. - Abandonar por un rato la vivienda solitaria: salidas a la calle. - Las visitas. - Las tareas domésticas: distracción de la mente y de pensamientos negativos. - Mascotas y atención a ellas. - La televisión y lectura como entretenimiento y compañía. - La utilidad de la radio. - El amparo en la política, la religión. - El voluntariado.

Fuente: Iglesias de Ussel (2001).

6. LA SOLIDARIDAD COMO RESPUESTA A LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.

El vocablo solidaridad suele entenderse referido al aspecto social de la caridad, es decir, aquella que se dirige al servicio del bien común, expresa la interdependencia de los que forman parte de una comunidad y participan en un destino común (Muñoz & Guitián, 2019-2020). La solidaridad, comentan estos autores, se puede comprender en dos sentidos:

1. Como un principio ontológico y teológico, referido a la común pertenencia al género humano (creación) y a la llamada al designio salvador de Dios (redención), desde este punto de vista la solidaridad es interdependencia entre los hombres por el carácter social de la naturaleza humana.
2. Como principio ético o virtud, de donde surgen responsabilidades morales para con los otros, fundamentalmente con los más vulnerables y débiles. La solidaridad es entonces la toma de conciencia del hecho de interdependencia, que responsabiliza a todo ciudadano del bien común (Muñoz & Guitián, 2019-2020).

Según Donati (1999), la solidaridad significa promover un bien común entre sujetos que mantienen relaciones estructurales e interpersonales que requieren el desarrollo de actitudes de familiaridad y fraternidad entre las personas. El bien común se considera como aquello dirigido a producir un bien humano. Por ejemplo, bien común que demandan los niños sin educación, las personas adultas vulnerables, los inmigrantes, las personas mayores abandonadas que viven en soledad y pobreza, el hambre en el mundo, los refugiados, trata de personas, etc., es decir, aquello que hace peligrar la vida humana, su dignidad, por lo que es una tarea de todos que interpela a cada comunidad y a cada persona, con la obligación de contribuir, cada uno según sus posibilidades, a ese bien común. La solidaridad, igual que el bien común, no sólo recae en el estado, en los poderes públicos, también tiene una dimensión civil: personal y colectiva. "La autoridad tiene peculiares responsabilidades en la promoción de la solidaridad, ya que su misma función se justifica en atención al bien común y sus actos deben servir de manera inmediata y directa a la comunidad." (Muñoz y Guitián, 2019-2020, p. 68). Un aspecto de la solidaridad que conviene no olvidar es su dimensión internacional: su campo de actuación se extiende también al de las relaciones entre los países que componen la comunidad internacional, pues constituye el elemento fundamental de cambio de la sociedad en la búsqueda de una convivencia más justa, equitativa y pacífica (Jiménez, 1999).

A través del voluntariado de diferentes asociaciones, fundaciones, etc., se canaliza este principio de solidaridad hacia las personas mayores que están en situación de soledad no deseada. El voluntariado aporta tanto al que lo hace como al que lo recibe. Es pieza clave para la construcción de la sociedad civil, como queda recogido en la declaración preliminar del Plan Estatal de Voluntariado de 2001-2004 (p.2).

En un estudio de Dávila de León, y Díaz Morales (2005) aportaron como resultados que las actividades en las que se presta fundamentalmente ayuda a otras personas, socioasistenciales, podrían proporcionar directa o indirectamente mayores niveles de satisfacción vital:

- Los voluntarios socioasistenciales muestran una mayor satisfacción vital que los voluntarios ambientales.

- Los voluntarios que proporcionan una ayuda directa encuentran mayor beneficio en el voluntariado que aquellos cuya implicación era de carácter más indirecto.
- Hay que tener en cuenta la actividad que se desarrolla y la gestión del voluntariado para hacer posible esta actividad. El sentirse arropado por los demás, disponer de una red social de apoyo y estar integrado en una comunidad más próxima son elementos que repercuten de manera positiva en la propia satisfacción vital (Dávila de León & Díaz Morales, 2005).

A continuación, se muestran algunas fundaciones, asociaciones, ONGs, plataformas colaborativas, etc., de las que se hizo un seguimiento cuyo objetivo era evitar o paliar la soledad no deseada en las personas mayores. Es una pequeña muestra del ingenio y preocupación de diferentes personas con la finalidad de ayudar y llenar de contenido la existencia:

1. Adopta Un Abuelo, www.adoptaunabuelo.org.
2. Amigos de los Mayores, www.amigosdelosmayores.org.
3. Los Argonautas, www.losargonautas.org
4. Cáritas, www.caritas.es.
5. Asociación Nacional Contra la Soledad y el Desamparo, www.contralasoledad.es
6. Fundación Desarrollo y Asistencia, www.desarrolloyasistencia.org.
7. Fundación Edad&Vida, www.edad-vida.org.
8. Grandes Amigos, www.grandesamigos.org
9. Matia Fundazioa, www.matzaleak.eus.
10. Obra Social La Caixa, www.voluntarioslacaixa.org.
11. Fundación Pilares, www.fundacionpilares.org.
12. Profesionales Solidarios, www.profesionalesolidarios.org.
13. Solidaridad Intergeneracional, www.solidaridadintergeneracional.es.

14. UDP, www.mayoresudp.org.
15. Envejecimiento en Red, www.envejecimientoenred.es.
16. TECSOS, www.fundaciontecsos.es
17. Mi grano de arena, www.migranodearena.org.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada y el aislamiento social son situaciones de riesgo en todas las edades, pero de manera más evidente en las personas mayores. Los motivos que llevan a la soledad vinculados con la edad son diversos y pueden incidir de manera negativa en el bienestar, salud física y emocional de la persona. Es un éxito experimentar que en el mundo global se esté llevando a cabo una revolución de la longevidad: la esperanza de vida aumenta cada vez más, y la proporción de las personas mayores aumenta en la población mundial. Esta situación puede resultar muy beneficiosa si evitamos la cultura del descarte basado en la edad o, por el contrario, ¿ocultamos esta realidad?

La OMS aprobó en el año 2016 el Decenio Saludable 2020-2030, que pretende impulsar la inclusión del envejecimiento saludable en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Aprovechando este marco del envejecimiento que nos brinda la OMS, parece oportuno promover actitudes que favorezcan el bienestar en la vejez, así como ayudar a mantener la capacidad funcional que preserva la capacidad física y mental que permite hacer aquello que se valora y quiere.

Diferentes campos como la política, instituciones, etc., trabajan de manera profesional para paliar y buscar respuesta a esta situación de manera que todas las personas puedan envejecer de manera digna y segura, pero hay que recordar que no solo es el empobrecimiento económico un posible predictor de soledad no deseada; la pérdida de las relaciones sociales y el empobrecimiento afectivo y social son factores que pueden conducir tanto a un aislamiento social como a una soledad no deseada.

La solidaridad, a través del voluntariado con sus diferentes facetas y modos de hacer, suma para desterrar tanto la soledad no deseada como el aislamiento en las personas mayores, y coopera con el Decenio del Envejecimiento

Saludable propuesto por la OMS: transformar la “soledad” por la “solidaridad”. De esta manera se contribuye a un envejecimiento saludable, que ayudará a la construcción de sociedades más cohesionadas, pacíficas, justas, seguras y sostenibles.

La implicación solidaria de los voluntarios de las diferentes Asociaciones, ONGs, Fundaciones, etc., orientadas a mitigar la soledad en las personas mayores, hace posible que los diferentes proyectos se puedan realizar. Existe un amplio abanico para colaborar.

Los proyectos elegidos a estudiar tienen en común paliar la soledad no deseada en las personas mayores. Aunque el modo de abordarlo es diferente entre ellas, coinciden en diferentes aspectos a la hora de tratarlo:

- Prevención de la soledad no deseada: solidaridad vecinal, generar y fortalecer redes de apoyo social, acompañamiento en domicilios particulares, hospitales y residencias, proyectos culturales estimulando las capacidades cognitivas y emotivas, facilitando y fomentando la participación de las personas mayores en su comunidad, para así mejorar la calidad de vida. Actividades de entretenimiento, espacios y encuentros culturales, cursos de formación sobre el Envejecimiento Saludable, y también proyectos de sensibilización de la sociedad.
- Acción contra la soledad no deseada: acompañamiento afectivo y animación sociocultural, actividades grupales de ocio y socialización, compartir tiempo e incluso el hogar con otras personas, seguimiento de la situación. Voluntariado constituido por grupos de personas jubiladas con los beneficios que reporta a ambas partes, y así sensibilizar y fomentar a los mayores hacia un envejecimiento activo y saludable. Seguimiento durante el confinamiento por COVID-19 de diversas maneras: por ejemplo, videollamadas, llamadas telefónicas, facilitar aquello que necesitasen para no salir de casa, vídeos de cómo actuar frente a la COVID-19 en las plataformas digitales, etc.
- Formación: fomento y mejora de calidad de vida a través de programas, desarrollo de herramientas e investigación que facilitan en la web las distintas asociaciones. También formación al cuidador informal y a familias. Información sobre cómo actuar ante la COVID-19.

- Colaboración: Voluntario, socio o donante.

La solidaridad, las relaciones sociales, el contacto con diferentes personas, el apoyo informal, las actividades grupales, el conocimiento de las dificultades de esta etapa de la vida, la involucración personal, educación y formación independientemente de la edad para sensibilizar a la sociedad de este problema, la construcción de ciudades amigables sin barreras arquitectónicas, las ayudas de las instituciones públicas, todo ello unido al valor de la resiliencia, contribuyen en la mejora de la calidad de vida y en la construcción de una nueva estructura social, y así en el futuro permitirá a las próximas generaciones envejecer de forma saludable, minimizando como consecuencia la soledad no deseada.

Bibliografía

Benavides, L. (2019). Efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas durante el envejecimiento e intervenciones por partes del equipo sanitario. Trabajo de Fin de Grado en Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander, España.

Bermejo, J. (2003). La soledad en los mayores. *ARS MÉDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126-144.

Caprara, M. (2008). La promoción del envejecimiento activo (pp. 337-361). En R. Fernández Ballesteros, *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.

Dávila de León, M., & Díaz Morales, J. (2005). Voluntariado y satisfacción vital. *Psychosocial Intervention*, 14(1), 81-94.

De la Mata, C. (2018). Estrategias para la vida en la cuarta edad: Mujeres que viven solas. *Prisma Social: revista de investigación social*, 21, 1-27.

Del Barrio, É. C. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45(4), 189-195.

Díez, J. M. (2015). La soledad en España. Fundación ONCE, Fundación AXA.

García- Valdecasas, J. (2018). Sociología de la vejez (p. 532). En J. Maldonado Molina, *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores*. Madrid: Dykinson. Recuperado el Enero de 2018, de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unav/reader.action?docID=5757297>

Hawkey, L. C. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227.

Jiménez, J. (1999). El factor de la solidaridad en la dinámica de las relaciones internacionales. Una perspectiva española. España: UNED.

Kahn, R. A. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 254-283.

Losada, A. (28 de 02 de 2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y discriminación en la atención a personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid: Informes Portal Mayores. Recuperado el 5 de Agosto de 2020, de <http://www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Martín, N., Lara, E., & De la Torre, A. K. (Julio de 2019). ¿La soledad contribuye al deterioro cognitivo leve y la demencia? Una revisión sistemática y metaanálisis de estudios longitudinales. *Reseñas de investigación sobre el envejecimiento*, 52, 7-16.

Merino, B. (2019). Percepción de jóvenes universitarios sobre la vejez. Universidad Jaume I. Castellón de la Plana. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10234/183668>

Muñoz, R., & Guitián, G. (2020). *Doctrina Social de la Iglesia*. Pamplona: EUNSA.

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.

OMS (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y salud. Recuperado en octubre de 2021, de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=D8BEF0FFA80B4E332AD5CFC56F78AEE7?sequence=1

Pinazo-Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. (pp. 221-226). En S. Pinazo & M. Sánchez, *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Edit. Pearson Educación.

Piña, M. (2004). Gerontología social aplicada. Argentina: Espacio.

Regidor, J. (2019). XVIII Jornadas sobre Asociacionismo en los Programas Universitarios de Mayores: Comunicación e intercambio de Asociaciones. El papel de las personas mayores en la sociedad actual (págs. 47-54). Las Palmas de Gran Canaria: Servicio de Publicaciones y Difusión Científica de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. GEROKOMOS, 20(4), 159-166.

Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37(4), 433-440.

Sala, E. (2020). La soledad es ahora cosa de todos. <https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/en-profundidad/soledad-ahora-cosa-de-todos-III>.

Subirats, J. (2005). Perfils d'Exclusió Social a Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona.

Yanguas, J. (2018). www.infocoponline.es/pdf/SOLEDAD-RIESGO-AISLAMIENTO.pdf.

UNA PARELLA SALUDABLE: INTERVENCIÓ ASISTIDA PER GOSSOS EN PACIENTS AMB ALZHEIMER LLEU MODERAT.

A healthy couple: dog-assisted intervention in patients with moderate light Alzheimer.

Laura Lirio Hernández

Universitat de Lleida. Premio: Trabajo Fin de Grado

Introducción: Actualmente se calcula que padecen demencia unos 50 millones de personas en todo el mundo, siendo el Alzheimer el tipo más frecuente. El Alzheimer produce un gran impacto debido a la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas, de la autonomía funcional, así como por la aparición de síntomas psicológicos y conductuales. La eficacia farmacológica actual está puesta en duda. Por este motivo, en los últimos años, se han aplicado terapias no farmacológicas como las Terapias Asistidas por Animales (TAA).

Objetivo: Demostrar la efectividad de la terapia asistida por perros en pacientes con Alzheimer moderado para favorecer el mantenimiento y la mejora de las capacidades cognitivas, funcionales, relacionales y emocionales.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. Después de la búsqueda, se ha realizado una intervención antes-después con pacientes con Alzheimer moderado-leve de la población de Alcarràs en Lleida. Se ha realizado una evaluación previa a la intervención para identificar las capacidades mantenidas del paciente y, posteriormente, se han identificado las que han mejorado.

Conclusiones: Se han evidenciado beneficios que engloban y favorecen las capacidades

cognitivas, funcionales, relacionales y emocionales de los pacientes con Alzheimer. Además, los profesionales de enfermería han demostrado un papel importante en las TAA debido a sus conocimientos en la atención, control de los síntomas y seguimiento de la enfermedad. Por tanto, conviene seguir investigando en este tipo de terapia.

Introduction: It is estimated that about 50 million people around the world suffer dementia, being the Alzheimer's disease the most common type. Alzheimer has a great impact on people's lives due to the progressive loss of cognitive abilities, the functional autonomy and the presence of psychological and behavioural symptoms. A many studies questioned the pharmacological efficacy in patients with Alzheimer, during the last years it has been given importance to non-pharmacological therapies such as Animal Assisted Therapy (AAT).

Objective: Demonstrate the effectiveness of the dog-assisted therapy in patients with moderate Alzheimer to promote the maintenance and improvement of cognitive, functional, relational and emotional abilities.

Methods: It has been performed a bibliographic review in different databases. After the research, a pre-post intervention has been



established in patients with moderate Alzheimer in the village of Alcarràs in Lleida. Before the intervention, it will be performed an evaluation in order to identify which abilities are maintained, and afterwards, the ones that have improved.

Conclusions: It has been proved benefits that include and enhance the cognitive, functional, relational, and emotional abilities of Alzheimer's patients. In addition, nursing professionals play an important role in TAA due to their knowledge in the care, control of symptoms and monitoring of the disease. However, future research into this type of therapy is needed.

Key words: Alzheimer's disease (AD), Animal Assisted Therapy (AAT), Dog assisted intervention.

Introducción

El aumento de la longevidad ha supuesto la extensión de enfermedades crónicas como la demencia. Actualmente se calcula que la padecen unos 50 millones de personas en todo el mundo, siendo el Alzheimer el tipo de demencia más frecuente (1, 2).

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva en la que se produce una pérdida de acetilcolina, sustancia química que permite la comunicación entre células nerviosas (3). Esta enfermedad se caracterizada por la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas, de la autonomía funcional, así como por la aparición de síntomas psicológicos y conductuales (4-6). Entre las alteraciones que produce:

- Alteraciones cognitivas: alteración de la memoria, apraxia, agnosia y afasia.
- Alteraciones conductuales: ansiedad, apatía, agitación, trastorno depresivo, psicótico, del sueño y de la alimentación.
- Alteraciones funcionales: trastorno de la marcha, del equilibrio, discapacidad para las ABVD y para las AIVD (5).

Cabe destacar la importancia de los síntomas psicológicos y conductuales, convirtiéndose incluso en un criterio diagnóstico, ya que autores como Pérez et al. (7), Abizanda et al. (8) y Richly et al. (9) refieren que, en muchas ocasiones, producen más dependencia que los cognitivos. Sus resultados demostraron que en pacientes con Alzheimer predomina la apatía, seguido de la depresión, los síntomas psicóticos y la agitación. Este conjunto de síntomas produce un gran impacto a nivel global tanto para los pacientes que padecen la enfermedad, como para las familias y la sociedad en general.

La enfermedad está estrechamente relacionada con la edad, cursa con un proceso lento y suele agruparse en fases o estadios, desde un primer estadio preclínico y asintomático a un estadio sintomático, que va desde la aparición de los primeros síntomas (errores de memoria), hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad. Para la detección precoz y seguimiento de la enfermedad se usa la escala de valoración Mini Examen Cognoscitivo (MEC) en su versión española (10). Para completar el diagnóstico se usan los criterios propuestos por el

National Institute of Neurological and Communicative Disorders and la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, en su versión revisada en 2011. En esta, señalan la presencia de biomarcadores (obtenidos a través de RNM, PET o LCR) como requisito para el proceso diagnóstico (11). La enfermedad del Alzheimer no tiene cura a día de hoy. El tratamiento farmacológico actual está centrado en minimizar los síntomas y retrasar el desarrollo de la enfermedad. No obstante, existen fármacos dirigidos al tratamiento sintomático: los inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, galantamina y rivastigmina) y los antagonistas no competitivos del receptor N-metil- D- Aspartato (NMD) (memantina).

Sin embargo, este tratamiento no ha mostrado mejoras en las funciones cognitivas ni ha tenido un papel importante en la supervivencia de los pacientes (5,6).

Por este motivo, en los últimos años se ha detectado la necesidad de encontrar un tratamiento no farmacológico como las Terapias Asistidas por Animales (TAA), donde un animal forma parte de un proceso terapéutico que engloba al paciente en todas sus dimensiones.

Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos relacionada con las terapias no farmacológicas usadas en la enfermedad del Alzheimer, en concreto en las Terapias Asistidas por Animales y los posibles beneficios de estas en cuanto a la enfermedad.

Las bases de datos han sido PubMed, Scopus, Elsevier y Google Scholar. Las palabras claves utilizadas han sido Alzheimer's disease, Animal assisted therapy, Dementia, Dog therapy. También se han consultado páginas webs oficiales como la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Confederación Española del Alzheimer (CEAFA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Fundación Pasqual Maragall. Para la realización de esta búsqueda se han tenido en cuenta criterios como el año de publicación del artículo. Los estudios incluidos fueron publicados entre los años 2010 y 2019. Se seleccionaron artículos en catalán, castellano e inglés. Se excluyeron artículos cuando en la muestra de pacientes no había un diagnóstico claro de Alzheimer ni demencia, sino de deterioro cognitivo leve. Se descartaron revisiones donde el animal de terapia no era

un perro y, por último, se excluyeron estudios con pacientes que presentaba un estadio de la enfermedad muy elevado (GDS 6-7).

Después de la búsqueda se ha realizado un estudio comparativo antes-después con pacientes con Alzheimer moderado-leve de la población de Alcarràs en Lleida. En este estudio se evalúa la respuesta a la intervención en los mismos grupos de sujetos, evaluándose antes y después de la intervención, actuando cada sujeto como su propio control.

La intervención se ha realizado conjuntamente con la asociación ILERKAN (12) de Lleida. Se trata de 10 sesiones, las cuales serán llevadas a cabo por un experto en TAA y por un profesional de enfermería del Centro de Atención Primaria. Las sesiones serán semanales y se dividirán en dos grupos de 10 personas. La intervención no tendrá fecha de finalización cerrada. No obstante, se evaluará en un periodo de tres meses.

Los objetivos principales de las sesiones se centrarán en las áreas personales, donde se trabajará la afectividad y las emociones; social para trabajar la comunicación y participación entre usuarios; cognitiva o centrada en la memoria, el lenguaje, la atención y el razonamiento; y, por último, el área funcional, a través de la actividad física, para mejorar el trabajo motor, la estimulación sensorial, la deambulación, la motricidad y la coordinación.

Se realizará una evaluación previa a la intervención para identificar las capacidades mantenidas del paciente y, posteriormente, detectar las que han mejorado. Para obtener de forma objetiva los beneficios alcanzados se procederá a la realización de escalas de valoración tales como: la escala de Tinnetti, que pretende evaluar el riesgo de caídas, ya que en muchas sesiones junto con el perro de terapia se fomentará la deambulación y el equilibrio. En cuanto a los síntomas psicológicos y conductuales, se usará el Inventario Neuropsiquiátrico (13) para ver si ha disminuido su incidencia a medida que avanzan las sesiones. Por último, se usará la escala MEC-35 para medir el grado de deterioro cognitivo del paciente antes y después de la intervención (14).

Los profesionales implicados en la intervención serán el técnico especialista en TAA, quien impartirá las sesiones con el equipo canino; el personal de enfermería, quien contactará con los pacientes, ayudará a marcar los objetivos

de las sesiones y evaluará la intervención, junto con el técnico de TAA. Por último, el perro de terapia, que estará correctamente educado.

Figura 1: Fases del programa de intervención



Resultados

La intervención propuesta pretendía valorar la efectividad de las TAA en pacientes con Alzheimer moderado – leve. Los objetivos de las terapias han estado determinados por el grado de deterioro cognitivo. No obstante, se trabaja en todos los grados las emociones positivas, la reminiscencia, la afectividad y la socialización. Más concretamente, en la fase de deterioro leve (GDS 1-2) se trabajan todas las funciones cognitivas en general, pero centrándose en la memoria. En cuanto al deterioro medio (GDS 3-4), el objetivo pretende mejorar las capacidades perdidas y reforzar las mantenidas. Por último, en fases avanzadas (GDS 5-6-7), la estimulación se centra en fomentar la conexión con el entorno y en la afectividad (15).

Las actividades tienen que ser sencillas y adaptadas a las necesidades y características individuales. La creación de estas, serán llevadas a cabo por el profesional de enfermería y el técnico en TAA. El personal de enfermería valorará dependiendo del deterioro cognitivo, y capacidades físicas del paciente que actividades pueden ser beneficiosas y cuáles no (resumido en figura 1). El técnico ayudará a crear el vínculo afectivo entre el perro y el paciente para que las actividades sean beneficiosas para las dos partes.

Las sesiones que forman parte de la intervención propuesta, están constituidas por dos fases, la primera siempre llevada a cabo por el personal de enfermería, quien a medi-

da que avanza la intervención, irá valorando los posibles beneficios obtenidos. Se realizará terapia de orientación a la realidad en todas las sesiones, recordando la fecha, estación del año, hora y lugar. También se usará la reminiscencia, fomentando las respuestas verbales espontáneas al relatar sucesos pasados comunes a todos (comparación de monedas, personajes famosos de la época...). En la segunda fase de las sesiones, se usará el perro de terapia como núcleo de la actividad y el técnico será quien dirija las actividades.

Se recomiendan intervenciones individuales en pacientes con GDS 6-7 con una duración de 15-20 minutos. Por otro lado, las actividades grupales se centran en promover la participación y socialización. El número de personas participantes dependerá del grado de deterioro de estas. La recomendación general es a más deterioro menos participantes, con un máximo de 8-10 personas y con una duración de 30-50 minutos (15).

Se ha descrito por diferentes autores, como Nordgren et al. (16), que las terapias asistidas por perros pretenden trabajar muchas disciplinas, ya que tienen beneficios para la salud mental y física. En la mayoría de estudios revisados, se ha evidenciado una disminución de los síntomas psicológicos y conductuales, lo que produce una reducción del tratamiento farmacológico. En la intervención realizada por Gallardo et al. (17) en dos centros institucionalizados de Toledo, se observaron los efectos positivos para el control de estos síntomas después de que los pacientes estuvieran expuestos a 16 sesiones de TAA. Hanae et al. (18) y Majic et al. (19), también observaron la disminución de la depresión, la apatía, la agitación y agresividad verbal después del contacto físico con el perro de terapia.

Autores como Klimova et al. (20) también observaron en su revisión sistemática beneficios en cuanto a la salud mental (disminución SPCD, reducción del sentimiento de soledad), cognitiva (mejorando la memoria a corto plazo y las capacidades de comunicación) y física de los pacientes. Refieren la relación de beneficio cuando se usa la terapia de forma complementaria a otras no farmacológicas, como, por ejemplo, con la reminiscencia y la terapia de orientación a la realidad.

No obstante, en cuanto a las mejoras cognitivas, son pocos los autores que evidencian un beneficio directo. Olsen et al. (21) relaciona las mejoras cognitivas con el término autoeficacia, mejorando la autonomía y autoestima del paciente, ya que la terapia aumenta los recuerdos, revive experiencias y emociones.

REFERENCIA Y AÑO DE PUBLICACIÓN	Objetivo	Resultados obtenidos			
		Cualidad de vida	Salud mental y física	Mejora cognitiva	Disminución
Nordgren et al. 2014	Evaluar los efectos de la AAI en la calidad de vida en personas con demencia en cuatro hogares de ancianos suecos.	X	X	X	
Klimova et al. 2019	Explorar la efectividad de la terapia asistida por animales (AAT) con especial énfasis en la terapia con perros entre personas con demencia, específicamente con la enfermedad de Alzheimer.		X		X
Olsen et al. 2016	Examinar si la actividad asistida por animales con un perro (AAA) en personas con demencia que viven en el hogar y que asisten a centros de día tendría un efecto sobre los factores relacionados con el riesgo de accidentes por caídas, con equilibrio y la calidad de vida como resultado principal.	X	X		
Hu et al. 2018	El objetivo de este metanálisis fue examinar sistemáticamente la eficacia de la intervención asistida por animales (AAI) para pacientes con demencia.	X			X
Majic et al. 2013	Investigar la eficacia de la terapia asistida por animales (AAT) sobre los síntomas de agitación / agresión y depresión en residentes de hogares de ancianos con demencia en un ensayo controlado aleatorio.				X
Hanae et al. 2019	Evaluar los efectos de la terapia asistida por perros (DAT) en población con demencia y evaluar la certeza de la revisión sistemática.				X
Gallardo et al. 2015	Valorar la efectividad de la terapia para el control de síntomas conductuales en pacientes con Demencia institucionalizados.				X
Marx et al. 2010	Proporcionar una evaluación empírica adicional de la eficacia de la terapia asistida por animales en los residentes de hogares de ancianos con demencia.			X	

Discusión

En la intervención propuesta, se pretendía valorar el efecto de la terapia asistida por perros en pacientes con Alzheimer moderado leve desde una visión global del paciente.

La TAA es una terapia en la cual se pueden trabajar muchas facetas de la persona. Nordgren et al. (16) definieron las áreas que pueden ser entrenadas por un perro de terapia: la memoria, la comunicación, el lenguaje, la autopercepción, la atención y concentración, el equilibrio, la fuerza, la motricidad fina y el movimiento.

Klimova et al. (20) sugiere que los perros aportan beneficios sobre la salud mental y física. El contacto con el perro produce en las personas un efecto relajante, activando el sistema sensorial, a través del tacto y las texturas del cabello. Jugar con el animal, acariciarlo o pasearlo mejora la motricidad, los reflejos posturales y reduce el riesgo de caídas.

A través de la escala de valoración QUALID, Nordgren et al. (16) evidenció un aumento en la calidad de vida de los pacientes. También, autores como Olsen et al. (21) y Hu et al. (22), muestran una mejora en la calidad de vida de los pacientes expuestos a una terapia con perros.

La mayoría de los estudios revisados hacen referencia a los beneficios obtenidos en cuanto a la disminución de los síntomas psicológicos y conductuales. Estos se definen como los signos y síntomas relacionados con la alteración del comportamiento, del pensamiento, del estado de ánimo o de la percepción, que se producen frecuentemente en todas las etapas de las demencias. El estudio realizado por Majic et al. (19) muestra una disminución de la agresividad verbal en el grupo expuesto al perro de terapia en comparación con el grupo control. Autores como Hu et al (22), Hanae et al. (18), Klimova et al. (20) y Gallardo et al. (17) también destacan la disminución de estos síntomas al aplicar las TAA en pacientes con demencia. Esta mejora produce, en consecuencia, la reducción del tratamiento farmacológico con antipsicóticos.

Conclusiones

El Alzheimer es una enfermedad progresiva e incapacitante. La enfermería tiene un papel importante en las TAA por sus conocimientos en la detección precoz, control de los síntomas y seguimiento de la enfermedad.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, se ha observado que hay poca evidencia sobre la relación de beneficio entre la enfermedad del Alzheimer y las terapias asistidas por perros. Hace falta investigar sobre la metodología de las sesiones en cuanto a nombre de participantes, duración y tipos de actividad según los objetivos planteados. Sin embargo, se ha comprobado que producen beneficios que engloban el total de la persona.

La presencia de un perro de terapia produce un efecto catalizador, ya que su tendencia natural es la de facilitar la comunicación, aumentando las interacciones sociales, mejorando el estado de ánimo y la motivación personal. La estimulación sensorial, a través del juego, mejora las capacidades físicas y reduce el riesgo de caídas. Añadir terapias como la reminiscencia o la terapia de orientación a la realidad, con el fin de ser usadas conjuntamente con el perro de terapia, produce un aumento del beneficio a nivel cognitivo, favoreciendo la conexión con el entorno.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2018. 2019. Madrid.
2. OMS. Dementia [Internet]. [Cited 2020 Apr 29]. Available from: https://www.who.int/healthtopics/dementia#tab=tab_2.
3. Sánchez I, Romero R, Rodríguez E, García B. Alzheimer. Primera ed. Editorial Área de Innovación y Desarrollo S., editor. Alicante: 3ciencias; 2016; 1-34.
4. Fontán L. La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Biomedicina. Montevideo; 2012; 7(1): 34-43.
5. pwc. Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España. 2013.
6. Boada M, Peña J, Blesa R, Aguilar M. Guia oficial de diagnòstic i tractament de la malaltia d'Alzheimer. In: Societat Catalana de Neurologia, editor. Guies mèdiques oficials de diagnòstic i tractament [Internet]. 2a ed. Barcelona: Societat Catalana de Neurologia; 2011; 38-216. Available from: <https://scneurologia.cat/wpcontent/uploads/2019/01/Guies-Mèdiques-Oficials-2011-de-la-Societat-Catalana-de-Neurologia.pdf>.

7. Pérez A, González S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Soc Española Neurol.* 2016; 33(6): 378–84.
8. Abizanda P, López-Jiménez E, López-Ramos B, León M. Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(5): 238–43.
9. Richly P, Bustin J. No todo es la memoria: síntomas conductuales y psicológicos de la enfermedad de Alzheimer. *Vertex Rev Argentina Psiquiatr.* 2014; XXV: 421–8.
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2009/07. Ministerio de Ciencia e Innovación, editor. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010.
11. Rojo Martínez E. Enfermedad de Alzheimer. Nuevos criterios diagnósticos e implicaciones en la práctica clínica. *An Real Acad Med Cir Vall.* 2014; 51: 67–75.
12. Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COM-LL). Butlletí mèdic: Teràpia assistida amb animals a l'ABS Bordeta Magraners de Lleida. 102. Lleida; 2013; 1–17.
13. Fernández L, Isidro V, Mendoza C, Pérez C, Pérez A, Rodríguez I. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Madrid; 2012.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2009/07. Ministerio de Ciencia e Innovación, editor. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010.
15. Pérez E. Intervención asistida con perros en personas con demencia. 2016.
16. Nordgren L, Engström G. Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life. *Clin Nurs Res.* 2014;23(1): 7–19.
17. Gallardo P, Rivas R. Terapia Asistida con perros en pacientes con demencia y SPCD institucionalizados en centros residenciales de Toledo, España. *Inf Psiquiátricas.* 2015; 220: 113–26.
18. Hanae J, Pacheco K, Andree W, Taype-Rondan A. Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2019; 1–10.
19. Majic T, Gutzmann H, Heinz A, Lang U. Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia: A Matched Case-Control Trial. *Am J Psychiatry.* 2013; 21: 1052–9.
20. Klimova B, Toman J, Kuca K. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia –a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2019; 19(276).
21. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M, Ihlebæk C. Effect of animal-assisted activity on balance and quality of life in home-dwelling persons with dementia. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2016; 37: 284–91.
22. Hu M, Zang P, Leng M, Li C, Chen L. Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Psychiatr Res.* 2018; 260: 418–27.

LA MUJER QUE APRENDIÓ DEL CORONAVIRUS

The woman who learned from the coronavirus

José Murugarren Leoz

Modalidad Abierto Corto

Con el coche detenido delante de un paso de peatones la he visto. Cruzaba despacito, agarrada a la mano de una mujer más joven. Su hija. Cuando la vida transita al ritmo de unas piernas de 90 años, la velocidad del mundo hace que te sientas frágil. Por eso, seguramente, me pide perdón con la mano abierta mientras cruza al otro lado de la calle. He frenado hasta detener el coche. Ella es mi vecina, la de la puerta de al lado. Tiene la mirada limpia, la actitud, bonachona y unos brazos, listos para abrazar. La veo y la recuerdo hace unos días cuando nos liberaron del confinamiento y pudo salir a recibir a los nietos. En el momento en que la puerta del ascensor se abrió y los descubrió, le brillaron los ojos y ocurrió el milagro. Los dedos pequeños de las manos se le estiraron hasta la medida exacta que permitía encajar el rostro de sus niños. Hoy atraviesa la calle y me vienen al pensamiento imágenes del encierro. En una ocasión me dijo: “imagina que todo va bien”. Era domingo y yo salía a comprar el pan y el periódico, entre dormido y abatido ante la expectativa de un día más en casa. Fue justo en el descansillo. Ella debió sentirme, abrió la puerta y me abordó.

- ¿Qué tal?, preguntó.
- Resistiendo, como en la canción del ‘Dúo

Dinámico’, bromeé. Lo hice por salir del paso. Pero debió notarlo. Tenía algún sexto sentido. Hizo un mohín como si descubriera que mi respuesta venía producida por un reflejo automático. ¿Y usted?, proseguí.

- Acabo de oír misa por internet, me dijo. Y espero un ratito antes de llamar a mis nietos. ¿Llevas bien el encierro?
- Pues no del todo. Hay ratos que sí. Pero en muchas ocasiones me siento como un caracol encajado en su concha. No tengo costumbre de arrastrar la casa a la espalda...
- ¡Bah!, me desautorizó. Tienes una concha de 90 metros con calefacción central, luz, frigorífico, ordenador, televisión y balcón con vistas al parque cuando quieras contemplar qué ocurre en la calle, dijo. Y una despensa suficientemente abastecida. Imagina que todo va bien, me soltó. Que el sol brilla y florecen los jardines, que no hay pandemia, que en los hospitales hay camas libres. Que los bares están abiertos.
- ¿Eso se puede hacer?
- Por supuesto. Miéntete un poquito. Es domingo. Compra un pan crujiente. Disfruta



de tu gente, de tu novela, de las series de la tele, de escuchar música, de la comida... ¡Hay tantas cosas! Y a la tarde tienes una cita con el 'ejército blanco', el que está en primera línea. Permítete disfrutar.

- ¿Usted lo hace? Quiero decir, si finge que todo va bien.
- Pues claro, respondió sonriente.

El ascensor había llegado hacía un rato. Lo sujetaba presionando el interruptor mientras escuchaba las recomendaciones de Carmen, mi vecina nonagenaria. El tiempo pasaba volando. No así al vecino que llevaba un rato golpeando la puerta un piso más abajo. Él lo reclamaba y yo lo había retenido, abstraído por completo.

Mientras pulsaba el botón pensaba en la capacidad de la mente para moldear el ánimo, para tirar adelante. A mí me costaba. Acostumbrado a encadenar el lunes al martes, miércoles, jueves, viernes..., y de repente el coronavirus y el confinamiento que nos obliga a frenar al caballo desbocado sobre el que cabalgamos. Fantaseamos con el fin de semana y cuando está delante para amarrarlo nos bloqueamos. Como si el hábito de amanecer corriendo, llevar a los hijos al cole, trabajar o comer en diez minutos se metiera en el cerebro y gobernara la voluntad con la fuerza de un mecanismo aprendido que ni siquiera, cuando nos ofrecen parar y encerrarnos en casa, sabemos detener. ¡Pero cuántas veces soñé con tener tiempo! Y

tenía delante el ejemplo de una buena gestión de la situación. Una mujer de 90 años aislada frente al coronavirus y a quien la pandemia había estimulado a lo que en mi empresa llamarían reinventarse. Con 90 años no le han dolido prendas en interiorizar que tenía que darle una vuelta a su manera de organizarse, que tenía por ejemplo que meter tecnología en su vida para seguir conectada a su mundo.

Contaba su hija, la que ahora le acompañaba por el paso de cebra, que estas semanas el 'whatsapp' de Carmen echaba humo. Recibía y enviaba mensajes a los nietos, a una hermana de Murcia... Escribía cada lunes los productos que necesitaba del supermercado y la familia se los hacía llegar. No había contacto físico y, en ocasiones, junto a una bolsa con comida y escondidos entre las naranjas, los nietos mandaban dibujos. Un vecino que la vio en uno de esos episodios aseguró que la fruta se le cayó como consecuencia de un ataque de ternura. ¿Hay ataques de ternura?, pregunté ingenuo. El testigo de ese 'infarto emocional' relató que uno de los dibujos, representaba un sol en el momento más espléndido del día. En el otro, un montón de corazones y un enorme letrero: "Entre el sol y los corazones faltas tú. Te queremos", dibujado con el trazo desigual de una criatura pequeñita. Cuando ella lo fue a recoger apartó los alimentos y abrazó los dibujos. La ternura fue un disparo que hizo diana en el centro del estómago, corrió como una ráfaga eléctrica hasta la glotis y le paralizó un instan-

te el habla. Como si hubiera metido los dedos en un enchufe con descargas de dulzura y las emociones le bloquearan el movimiento de las manos. Se le cayeron las naranjas, los kiwis, la bolsa de pescado congelado, se desparramó el escabeche de una bolsa de aceitunas y el dulce de membrillo comprado a granel fue a dar contra el suelo de cerámica. ¡Qué fortaleza!

Llevaba cincuenta días sola. Enganchada a la tecnología enviaba mensajes de texto, hablaba por teléfono y se había hecho experta en video-llamadas gracias a la pericia de los nietos. Ella no se quejaba. ¡Qué va! Pertenece a esa generación de mujeres que no encuentra motivos para juzgar a los demás. No critica, y solo ve en cada gesto razones para agradecer. Cuando se recuperó del ataque de emociones, entró en casa y preparó un dibujo para que fuera de vuelta la semana siguiente. Le enviaron la compra por el mismo procedimiento y antes de que el ascensor descendiera metió su pequeña obra de arte. Con las pinturas de cera que guardaba en casa para cuando venían los nietos había garabateado una señora mayor con pelo gris y dos niños, con un trazo tan inseguro como el que le remitieron sus nietos la semana anterior y un mensaje: “La abuela Carmen con sus nietos. Os quiero”. Fui yo quien la sorprendió en ese momento igual que ahora la contemplo cruzando la calle por el paso de cebra. Ella no se alteró. Al contrario. Me miró con sus ojos oscuros, brillantes, sonrió y me dijo: “Los adoro”. Y descubrí qué larga y hermosa puede ser la vida agradecida.

Pese a todo porque esta mujer también tuvo tiempos difíciles. Me saluda ahora con la mano. Y mis pensamientos se van con ella. Un día tomando café me contó que su marido la había abandonado. Bueno, ella simplemente dijo: “se marchó”. Tal vez porque abandonar contiene una carga de culpa que ella no utiliza ni al elegir los verbos. Carmen entonces era una mujer joven, estaba embarazada de ocho meses. Las “cosas de la pareja”, así lo describió, no iban bien, pero ella detrás de un problema trataba de alumbrar una solución. Su marido, una tarde, le anunció que la dejaba con una nota en el tocador. Sin palabras gruesas, sin grandes reflexiones. Ni siquiera recogió su ropa. Sencillamente se fue. Contaba que abrió los armarios y que reparó entonces que sus faldas y los pantalones seguían conviviendo. Que las dos corbatas que tenía colgaban de la misma percha que sus echarpes. Aquello podía entenderse como una forma de perpe-

tuación del vínculo que les había unido. Ni siquiera aquel momento fue un drama. No hizo caso a las amigas que le decían: “¡tíralo todo al contenedor!”. Carmen tenía, tiene, una manera de entender la vida en paz, una visión positiva, pero sin expectativas ni exigencias. No hubo tragedia y supo deshacer los lazos que tejió otrora con su marido, sin dolor. Bastó que él en su nota de adiós dijera. “Lo siento. No pudo ser. Te quiero”, para consolarse, para perdonar si es que había algo que disculpar e incluso para perpetuar el afecto toda la vida. Pero nadie le escuchó que echara nada de menos. Cuando le venía a la mente aquel episodio solía decir: “La vida tiene sentido hacia adelante”.

Y así fue. Probablemente con tantos aprendizajes el del covid-19 era uno más. Sin darle más importancia que la que siempre dio a otros episodios. Esa era otra de las características de la forma de ver las cosas de Carmen. Las semanas que su hija no podía llevar la comida era Ana, una joven estudiante de Enfermería quien se acercaba a casa. Carmen preparaba la lista. Ana compartía vivienda dos pisos más abajo y se había ofrecido a ayudar a personas mayores para que el confinamiento resultara llevadero. Ana se animó el día en que murió su abuela. Era de la “misma pasta” que Carmen. Se lo contó un día por teléfono. Lo que no le dijo entonces es que la abuela Jacinta se fue sin despedida. El covid-19 se la llevó una mala mañana en la UCI. Nadie pudo decir adiós a la abuela más comunicativa del mundo. No la dejaron entrar. No pudo abrazarla. Se le abrió un boquete dentro que no ha superado. Al día siguiente Ana dio el paso.

El primer día cuando Carmen preparó la nota añadió aclaraciones para que la enfermera no tuviera miedo. “Me he puesto los guantes para no infectarte”, escribió, sin reparar que quien corría peligro era ella. A Ana le bastó este mensaje para descubrir que Carmen forma parte de estos mayores que escriben la lista en un papel y lo acompañan con un cálculo generoso de lo que habrá de costar el encargo. “Lo que sobra para ti, indicaba. No he tocado el dinero” dejó subrayado para que Ana lo recogiera con confianza ¿Por qué hay que ser abuela, mayor, para ser depositario de tanto equilibrio y ternura?, se decía Ana cuando recogía los encargos.

- ¿Y cómo se fue tu abuela?, preguntó Carmen una mañana después de recibir la compra por el ascensor. A Ana se le hizo un nudo en la garganta. Se lo explicó en una video-llamada. “Sufría fibrosis, una enfer-

medad pulmonar. Probablemente eso hizo más difícil que a sus 89 años, pudiera superar el coronavirus. Ingresó con fiebre y tos y un día después la llevaron a la UCI con una neumonía que no pudieron atajar. Murió sola. Ni siquiera pudimos llorarla en el cementerio. Me duele mucho... Llevo grabada una frase que me dijo mientras le acompañaba a la ambulancia el día que empezó a sentirse muy mal: “La imaginación es la mitad de la enfermedad...”

- La conozco, interrumpió Carmen en el mensaje de respuesta. “La imaginación es la mitad de la enfermedad, la tranquilidad, la mitad del remedio y la paciencia es el comienzo de la cura o la puerta hacia un final en paz”.
- Se la sabe usted. Quiero pensar que eso fue lo de mi abuela, la puerta hacia un final en paz.

Y me quedo pensando, flotando en esa imagen. Carmen alcanza la otra acera cogida por el brazo de su hija. Bueno..., hace un rato que ha debido llegar. Porque allí no están. Me he abstraído..., y estoy bloqueando el paso de cebrá, con el coche parado. Un policía se me acerca y me dice que meta primera. Antes me pide los papeles. Quiere saber si está justificada mi salida, si voy a trabajar.

- “Recuerde que estamos confinados, que no se puede abandonar el domicilio salvo para ir a trabajar, al supermercado o a la farmacia”. Lo tomo con calma. Incluso sonrío al agente. Saco mis papeles, y pienso: “la paciencia es el comienzo de la cura o la puerta a un final en paz”.
- “Gracias”, dice el policía al devolverme el carné.
- “Buenos días”, le digo. Y vuelvo a sonreír. Arranco mientras me repito “la paciencia es el comienzo de la cura o la puerta a un final en paz”.

MI AMIGO FERNANDO

My friend Fernando

Alberto Oroz Valencia
Premio en la Modalidad Senior

Una mañana de octubre del 2013, mañana gris, pero muy apetecible, pues una suave brisa del sureste la hacía agradable para pasear, y muy atractiva para los que, como a mí, les gusta observar las aves migratorias, fiel a mis hábitos salí de mi casa a patear los caminos de Bertoláin, mi pueblo, caminos rodeados de dorados viñedos y verdes olivares, disfrutando de los muchos placeres que nos brinda el otoño.

Si tenía suerte vería alguna bandada de palomas o gozaría escuchado el ajeo de las perdices.

Ya no soy cazador, pero sigo enamorado de los campos de mi pueblo. La afición a la caza dirige muchas veces mis paseos por el campo. Sin darme cuenta me veo siguiendo rastros fuera de los caminos, afinando el oído, mirando al cielo o apuntando sin escopeta. Cuando me percató de lo que me pasa, suelo pensar: si seré tonto; cualquiera que me vea creerá que estoy chalado, y puede que tenga razón. Aunque observé con atención, ni vi palomas ni oí cantar a las perdices. No tuve suerte, ninguna de las dos cosas pude saborear.

Ya terminando mi paseo algo desilusionado, poco antes de llegar al pueblo, oí a mi espalda el motor de un coche que se aproximaba por el camino. Era mi amigo Fernando que volvía de su huerta.

Al llegar a mi altura se detuvo para saludarme.

- Buenos días, Iñaki ¿Qué tal el paseo? –me dijo, alegrándose de verme.
- Hola Fernando. Bien, he disfrutado mucho, está una mañana deliciosa –le contesté, alegrándome yo también por el encuentro.
- ¡Me das una envidia! –me contestó Fernando, con cara de resignación.
- Que te doy envidia ¿Por qué?
- ¿Ya no te acuerdas? Qué pronto se te ha olvidado. Cómo se nota que no te importa mucho lo que pasa a tus amigos.
- Perdona, y no digas que no me importa, porque no es verdad. Sé que casi te matas con tu bicicleta. ¿A tu edad a quién se le ocurre subir al puerto?
- Pues a mí -¿A quién si no?
- A ti sí, que eres un poco...
-No sigas por ese camino, que bastantes conferencias he tenido que aguantar.
- Tienes razón. Y ¿Ahora no andas nada?
- No puedo. Me siguen doliendo las cervicales.
- El médico, ¿que te dice?

- ¿El médico? No me hace ni puñetero caso. No sé qué tiene contra mí. El otro día Ángel María, mi vecino, fue con el mismo dolor que yo y le mandó al especialista. A mí, sin embargo, ni me escucha.

La conversación, no sé por qué, pero no me estaba gustando nada. Así que, queriendo llevarla por derroteros más amigables, le pregunté por María Jesús, su mujer.

- Esa es otra –me contestó, visiblemente cabreado. Hace unos días la llevé al médico y nos dijo que no era nada importante, que tendría algún virus como mucha gente del pueblo. A los dos días, de prisa y corriendo, la tuve que llevar a urgencias, y gracias que la llevé, porque mira si estaba mal que ha tenido que estar ocho días ingresada. Encima me dijeron que la había llevado tarde. Casi se me muere.
- Pues a mí que no me toree, porque yo ya soy viejo y mi vida vale poco, pero, para mí la de él vale menos. Que no me toree, porque soy capaz de...
- No digas barbaridades. Eso ni se te ocurra pensar.
- Pues no voy a permitir que se ría de mí. Con decir que será algún virus se queda tan ancho.

No acerté con el nuevo tema. Es más, en lugar de tranquilizarme me irrité más.

Yo estaba nervioso, pero Fernando ya no hablaba. Gritaba.

Tenemos que tranquilizarnos, pensé.

- Perdona Fernando. Parecemos dos chiquillos discutiendo. Vamos a calmarnos un poco y a charlar como buenos amigos. ¿No te parece?

Quise transmitir serenidad, pero yo no estaba sereno y volví a equivocarme.

- Escucha, le dije, sin tener en cuenta que no era ni el momento ni el lugar. ¿No tendrás la culpa tú de lo que te pasa?
- ¿Yo? ¿Por qué? –me contestó con rapidez y subiéndome el tono de su voz.
- Porque estás reñido con el mundo. Hace unos años te reñiste con tus hermanos. Después con tus hijos. Ahora con el médico. ¿Con quién te toca más adelante? ¿Conmigo?

- Si no quieres que sea contigo, a mis hijos ni los nombres, -vociferó desgañitándose. Durante toda mi vida me he matado trabajando para ellos. Les he dado todo, y ahora que los necesito, ni se arriman a la huerta para ayudarme. No van ni a verla. ¡Qué digo ni a verla! No van ni a llevarse verdura.

Bajando ostensiblemente el tono de mi voz, -le dije: Todos los padres nos desvivimos por nuestros hijos. Tú no eres distinto. Además, a muy pocos jóvenes les gusta la huerta, así que no te extrañe que no vayan a ayudarte. Cuando tenías veinte años ¿Te gustaba la huerta? ¿A que no? A mí por lo menos no. No tenía peor cosa que ir con mi padre a regar. Tampoco a mí me ayudan los hijos y no por eso me enfado con ellos.

Para nosotros, los mayores, la huerta es hobby que tenemos que cultivar por placer y para entretenernos. A la huerta debemos ir a disfrutar.

- No es solo que no me ayuden en la huerta, ¡Que tampoco van a ver a su madre! Y eso sí que no se lo puedo perdonar.
- Después de unos segundos de tenso silencio –murmuró entre dientes: Algún día me parece que...
- No digas bobadas.
 - Levantando otra vez la voz –contestó: Yo digo muchas bobadas, pero...

La conversación se estaba enrareciendo por momentos, y como yo no quería que eso ocurriera, volví a intentar reconducirla.

- ¿Tienes prisa? –le pregunté con un tono amistoso y sonriendo amablemente.
- No, ¿Por qué? –contestó aparentemente más calmado.
- Porque me gustaría recordarte un cuento que habrás oído muchas veces.
- Déjate de chorradas, me contestó todavía de peor humor. Para cuentos estoy yo.

Fernando, muy cabreado, posiblemente con razón, puso el motor en marcha para irse, diciendo:

- No me cuentes milongas, que no soy un crío. ¡Vete a tomar por el saco!

No quiero recordar la sarta de improperios que me soltó en la más grosera de las jergas.



Intenté sujetarlo por el brazo, pero no pude. Cuando se iba le grité: -No se te olvide ¡La vida es como un eco, te tratará según la trates tú!

No estoy seguro de que me oyera, pues arrancó con fuerza y muy enfadado conmigo se marchó a toda velocidad.

Yo no quería reñir con Fernando, pero, claramente, no tuve mi día y no pude o no supe evitarlo.

Durante el invierno, en una ocasión coincidimos en la consulta del médico; pero como seguía cabreado conmigo, no me saludó. Yo no vivía con indiferencia una situación tan incómoda. A mis setenta y tres años me era totalmente desconocida, y no estaba dispuesto a dejar que con el tiempo la herida se hiciera crónica, así que le saludé e intenté conversar con él para cicatrizarla, pero una mirada de las que matan, me hizo desistir.

Una luminosa mañana del último domingo de mayo salí a dar mi acostumbrado paseo.

Al pasar cerca de la huerta de Fernando, unas fuertes risotadas me llamaron la atención. Como la puerta de la huerta estaba abierta, temiendo que los chavales del pueblo estuvieran haciendo alguna gamberrada, me asomé para ver lo que pasaba.

Sorprendentemente para mí, era Fernando que estaba rodeado de su familia preparando el rancho para todos.

Intente retirarme con rapidez, pero Fernando me vio y levantando la mano me gritó: - Iñaki, espera.

Sentí temor, pero al ver que venía con una sonrisa más luminosa, si cabe, que la primavera mañana que estábamos disfrutando, me tranquilicé.

- Mira, me dijo señalando con la mano a su familia. Estaba contento, entusiasmado diría yo. Estaba disfrutando de una reunión familiar.
- Ya veo -le dije extrañado, y me alegro muchísimo. No sabes cuánto me alegro.
- Es el resultado de la conversación que mantuvimos el año pasado -me dijo bajando la voz. ¿Te acuerdas de lo cabreado que me fui? Mira como son las cosas. He cambiado. Aquel cuento que intentaste contarme, sobre todo, lo que me gritaste cuando ya me iba, no he podido sacármelo de la cabeza y me ha hecho cambiar.

Al principio llegué a odiarte, lo confieso, pero veía algo en tu actitud que me hizo reaccionar. ¡La leche, tío!, pensé. ¿Y si Iñaki tiene razón?

Analicé mis relaciones personales y, la verdad que me asusté. En todas ellas rezumaba mi orgullo y mi soberbio ego. Comencé, tímidamente, a endulzar mis relaciones con los, hasta entonces, enemigos con resultados sorprendentes: nadie me odiaba, más bien me tenían miedo y me evitaban.

No he dicho nada nadie. Y, aunque nadie me dice nada, están todos muy intrigados, cavilando qué es lo que me ha hecho cambiar de esta manera tan radical. Esta tarde se lo voy a decir.

Al verte me he dado cuenta que estoy en deuda contigo y me gustaría mucho que vinieras con Luisa a tomar café. También a ti te debo disculpas. Y hoy necesito saldar mis cuentas.

- Fernando: a mí no me debes nada y te pido, por favor, que no digas a nadie nada de mí. ¿Has entendido? Nada. Y menos a mi mujer.

No lo tomes como un desprecio, pero no voy a venir. Disfruta el día con tu familia.

Mientras hablaba con Fernando, levanté la vista y vi a María Jesús que me miraba con una cómplice y agradecida sonrisa. Ella sí lo sabía.

Fue mi mejor regalo.

MODALIDAD RELACIONES INTERGENERACIONALES

Proyecto “Vetera cum novis”: lo antiguo junto a lo nuevo.

Eva Ibáñez Sola y Amaia Zubillaga Mina
IES Mendillorri de Pamplona

Resumen: El Instituto de Educación Secundaria del barrio de Mendillorri (Pamplona) ha introducido una actividad intergeneracional entre estudiantes de 4º curso de la ESO y personas mayores del mismo. Se trataron temas actuales y se pusieron en relación con textos clásicos, de forma que el debate conectaba las diferentes experiencias de las personas mayores y jóvenes con el conocimiento histórico.

Palabras claves: Educación, Personas mayores, Colaboración intergeneracional.

Keywords: Education, Elderly people, Cooperation.

Introducción

¿Qué papel otorga la sociedad a los ancianos? ¿Considera que pueden aportar experiencias válidas a la juventud? Por el contrario, ¿los aparta como si su contribución a nuestra sociedad hubiera acabado? Tomando como válida la primera tesis, la de que los ancianos pueden y deben aportar en la enseñanza de la población menor de 18 años, se describe a continuación una experiencia didáctica llevada a cabo en el IES Mendillorri de Pamplona durante el primer trimestre del curso 2019-20.

La iniciativa educativa la organizó el Departamento de Lenguas Clásicas (Latín y Griego) del citado Instituto y las responsables fueron las profesoras Eva Ibáñez Sola y Amaia Zubillaga Mina. El título de la actividad: Vetera cum novis, era una declaración de intenciones. En latín, vetera es lo antiguo, lo lejano, lo añoso; nova, en cambio, es lo nuevo, lo moderno, lo actual. De esa manera, se pretendía adelantar que el proyecto iba a conectar, por un lado, las lenguas clásicas, Latín y Griego, con las actuales del castellano y el euskera. Por otro, la conexión era entre personas mayores (jubiladas) y adolescentes.

El departamento de Latín, Griego y Cultura Clásica del IES Mendillorri propuso la actividad Vetera cum novis a los grupos de 4º ESO del itinerario Humanístico. El alumnado que llega a 4º de la ESO, generalmente, nunca ha tenido contacto con las raíces lingüísticas del castellano ni con contenidos relacionados con el mundo clásico. Además de lo anterior, las profesoras constatan, año tras año, una tendencia social que desprestigia las materias humanísticas por considerar que no sirven.

Con este punto de partida, se consideró la oportunidad de organizar una actividad in-



tergeneracional para enseñar que lo antiguo está totalmente relacionado con lo actual y que somos herederos y deudores de nuestro pasado. Una forma de demostrarlo era invitar a un grupo de personas mayores ya jubiladas a participar activamente en las clases para que todos, profesores y alumnado, se enriquecieran con las aportaciones que la edad y la experiencia permiten.

Desarrollo

El proyecto acercó a dos generaciones, “la veterana y la novel”, a episodios mitológicos e históricos de la Historia de Grecia y Roma Antigua. Permitió conocerlos a través de los textos clásicos, descubrir el origen etimológico de algunas palabras relacionadas con dichos hechos, y reflexionar sobre ellos a la luz de la experiencia de las personas mayores. Participaron cincuenta y cinco estudiantes y nueve personas mayores. Para contactar con estas personas mayores se invitó a familiares de estudiantes y se fue solicitando colaboración entre conocidos.

Se organizaron siete sesiones centradas en la guerra y sus consecuencias, la violencia contra las mujeres, el concepto de la virtud, la figura de la madre como educadora, etc. En cada sesión la dinámica fue la siguiente: en torno a un tema, se explicaba la etimología de varios términos relacionados con él; se hacía una explicación teórica y se leían textos traducidos

de la literatura clásica (Homero, Virgilio, Plutarco, Tito Livio, etc.). La segunda parte consistía en el diálogo entre los asistentes (alumnado, profesorado y personas mayores) sobre noticias y realidades actuales relacionadas con los núcleos temáticos tratados. Las personas mayores invitadas relataron experiencias vitales a partir de esos temas y respondieron a las preguntas del alumnado.

Contenido de las sesiones

1. La guerra: sufrimiento en las mujeres y el exilio

Tras la acogida en el aula del grupo de asistentes, se explicaron etimológicamente palabras como bienvenida, tradición, exilio y vagabundo. Se relató la primera guerra legendaria de occidente: la guerra de Troya, apoyando la explicación con obras pictóricas relacionadas con el tema. Profesoras y estudiantes leyeron fragmentos de Homero mostrando, entre otras, la figura de Andrómaca y su llanto por los estragos que la guerra hará en su marido Héctor y su pueblo.

El alumnado proyectó y leyó el cuento: ¿Falta mucho?, sobre un niño que huye de la guerra de Siria.

Las personas mayores intervinieron de diferentes formas, por ejemplo, relataron algunas vivencias propias de sus vidas en Francia o Alemania o en internados lejos de su casa.

Igualmente, recordaron y recitaron de memoria un relato de la tradición oral vasca que relata el sufrimiento de una madre ante la pérdida de un hijo. Algunos estudiantes inmigrantes relataron la razón por la que llegaron a España.

2. La mujer virtuosa

De la mano de palabras como hembra, violencia, honor y virtud, se comparó el concepto de virtud actual y el de años atrás. Se abordó la violencia machista a través del personaje legendario de Lucrecia y su violación, así como su posterior uso como símbolo de lucha contra la tiranía, como motivo erótico y como reivindicación feminista.

Las representaciones pictóricas utilizadas permitieron debatir vivamente sobre las violaciones, el abuso de poder y la condición que la mujer ha tenido a lo largo de la historia. Las personas mayores aportaron comparaciones ilustrativas de qué era virtuoso cuando eran jóvenes e hicieron ver cómo evolucionan las ideas.

3. La madre, educadora

Una madre educa a su descendencia como sabe, como quiere y como puede. Siguiendo el mismo formato, esta vez la figura de Cornelia, madre de los Graco, mujer referente de la República romana. Sirvió de referencia en el papel que la mujer desempeña en el cuidado de sus hijos, dentro del matrimonio y la figura de la “madre coraje”.

La última sesión resultó particularmente emocionante por la activa participación de algunas mujeres mayores, que recordaron su etapa de juventud y la compararon con la situación actual de las jóvenes. Felicitaron al grupo de estudiantes y les animaron a luchar por aquello en lo que creen.

Como colofón, un estudiante dedicó unas preciosas palabras a las personas mayores invitadas, a las que definió como “bibliotecas de sabiduría”. Agradeció su presencia en el aula y valoró muy positivamente sus aportaciones.

Conclusiones

La actividad intergeneracional fue novedosa para toda la comunidad educativa en el Instituto. Las personas mayores acudieron motu proprio, sin hacer, por parte de las profesoras, ningún tipo de selección, ya que la consideraron de su interés. Participaron activamente,

compartiendo sus vivencias y conocimientos e intercambiando opiniones con los grupos de estudiantes en relación a los temas míticos trabajados y sus experiencias.

Por parte del alumnado, la acogida fue especial hacia las personas invitadas: mostraron una empatía mayor; atendieron, con entusiasmo y curiosidad, a las intervenciones. Además, la relación entre compañeros se vio fortalecida. La dinámica de la clase, ahora más participativa, impulsó a algunos alumnos a compartir sus propias experiencias vitales.

La valoración de las profesoras responsables ha sido, igualmente, muy positiva. El aprendizaje fue muy rico a través de este encuentro intergeneracional.

#Noticias

• Premiadados del Premio Tomás Belzunequi 2020

Modalidad Relato Corto Abierto:

- Premio: La mujer que aprendió del coronavirus, de José Murugarren Leoz.
- Accésit: La ardilla Buti, de Nuria Alguacil Morales.

Premio en la Modalidad Relaciones Intergeneracionales:

- Proyecto Vetera cum novis, del IES de Mendillorri, Pamplona.

Modalidad Periodismo:

- Premio: June me ha salvado la vida, de Marialuz Vicondoa.
- Accésit: Vivencia en blanco y negro, de Patricia Carballo.

Modalidad Senior:

- Premio: Mi amigo Fernando, de Alberto Oroz Valencia.
- Accésit: Piensa, sueña, atrévete, de María Elena Oliva Gómez.

Premios Universidad:

- Tesis Doctoral, a Soledad Lorés Casanova, por su tesis: Estudio nutricional en la valoración de la fragilidad (Universidad de Zaragoza).
- Trabajo Fin de Grado, a Laura Lirio Hernández, por su trabajo: Una pareja saludable. Sobre intervención asistida con perros, en pacientes con demencias moderadas (Universidad de Lleida).
- Trabajo Fin de Master, a Gloria Alicia Cavia Naya, por su trabajo: La solidaridad como respuesta a la soledad en las personas mayores (Universidad de Navarra).

Premio Institucional: Confederación de Asociaciones de Personas Mayores de Navarra: Tercer Tiempo.

• Nueva publicación

Convivir con la enfermedad de Parkinson: un abordaje centrado en la persona, es un libro destinado a pacientes con Parkinson, sus fa-

miliares y cuidadores, así como asociaciones de pacientes y personal sanitario interesado en esta enfermedad. Este libro quiere ser una guía que dé pistas para ayudar a una convivencia positiva con la enfermedad, planteando un enfoque multidisciplinar y centrado en la persona.

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente y tiene una prevalencia del 1% en personas mayores de 60 años. En el momento actual, aunque contamos con tratamientos que mejoran algunos de los síntomas de la enfermedad, no se dispone de fármacos que modifiquen la progresión del proceso neurodegenerativo. El aumento de la esperanza de vida y la aparición de nuevas terapias sintomáticas ha hecho que se conviva más tiempo con ella, y que veamos fases más avanzadas, en las que los tratamientos son insuficientes para mejorar algunos de los síntomas o fomentar el manejo de la enfermedad.

Como toda enfermedad crónica, la enfermedad de Parkinson tiene un impacto considerable tanto en la persona enferma como en su entorno familiar. No afecta sólo al ámbito físico, sino también al psicológico y social, y la calidad de vida.

Este libro se divide en siete capítulos que abordan distintos aspectos que pueden influir en la mejora de la convivencia con la enfermedad de Parkinson, planteando un abordaje holístico. Los primeros capítulos se centran en aspectos básicos de educación sobre cuestiones propiamente médicas, estilo de vida y recursos sociales disponibles. Los siguientes tratan aspectos psicosociales, como la adaptación a la enfermedad, las habilidades de afrontamiento y la gestión del estrés.

Los autores esperan que la información ofrecida en el mismo, fruto de varios años de investigación en esta área, pueda ayudar a pacientes y familiares en la lucha diaria que significa vivir con esta enfermedad.



Foto de los premiados del Premio Tomás Belzunegui 2020

CONVOCATORIAS: ARTÍCULOS PARA CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

1. Originales. Trabajos que aportan nuevos resultados. Los manuscritos deberán estructurarse en: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. La extensión recomendada es de 3.000-4.500 palabras. 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.
2. Originales breves. La estructura es la misma pero su extensión es de unas 1.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía). El resumen tendrá un máximo de 150 palabras y entre 3 y 5 palabras clave.

FORMATO:

Escrito en castellano en formato Word y compatibles (Rtf, Txt, etc.), letra Times New Roman, 12 pt y con 2,5 en todos los márgenes. Todos los artículos deberán estar paginados.

- Título, Resumen y Palabras clave en castellano e inglés.

- Tablas y figuras (imágenes, esquemas y gráficos) se numerarán consecutivamente con números arábigos y por separado tablas y figuras.
- Las notas han de aparecer numeradas a pie de página (Times New Roman, 10 pt) con numeración arábica y serán las imprescindibles.
- Referencias bibliográficas serán únicamente las citadas en el texto. Se seguirán los criterios de las normas de publicación de la APA-2010 (*American Psychological Association*).
- Citas en el texto:
 - Si la oración incluye el apellido del autor sólo 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).



**¡ UNA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES SIN ESTEREOTIPOS NI PREJUICIOS !
ADINEKO PERTSONEN AURREIRITZI ETA ESTEREOTIPORIK GABEKO IRUDI BAT !**

Modalidades / Modalitateak :

Periodística / Kazetaritzakoa

Audiovisual / Ikus-entzunezkoa

Relato corto, convocatoria abierta / Kontakizun laburra, deialdi irekia

Relato corto, Senior / Kontakizun laburra, Seniorra

Modalidad Universidad / Unibertsitate modalitatea

Modalidad Intergeneracional / Belaunaldien Arteko modalitatea

Modalidad Institucional / Instituzio- modalitatea

La convocatoria del Premio Tomás Belzunegui 2020, y publicación de las bases actualizadas, se realizará en la segunda quincena del mes de mayo

COLABORAN

Nafarroako Gobernua  Gobierno de Navarra

Ayuntamiento de Pamplona  Iruñeko Udala

 periodistas de navarra
Sindicato de Periodistas

DN
DIARIO DE NAVARRA

upna
Universidad Pública de Navarra
Unibertsitatea Publikoa

 Universidad de Navarra

UNED PAMPLONA

βilaketa,

 CENTRO NAVARRO DE LA AUDICION

Premio Tomás Belzunegui es un proyecto patrocinado por:

 **Obra Social "la Caixa"**

