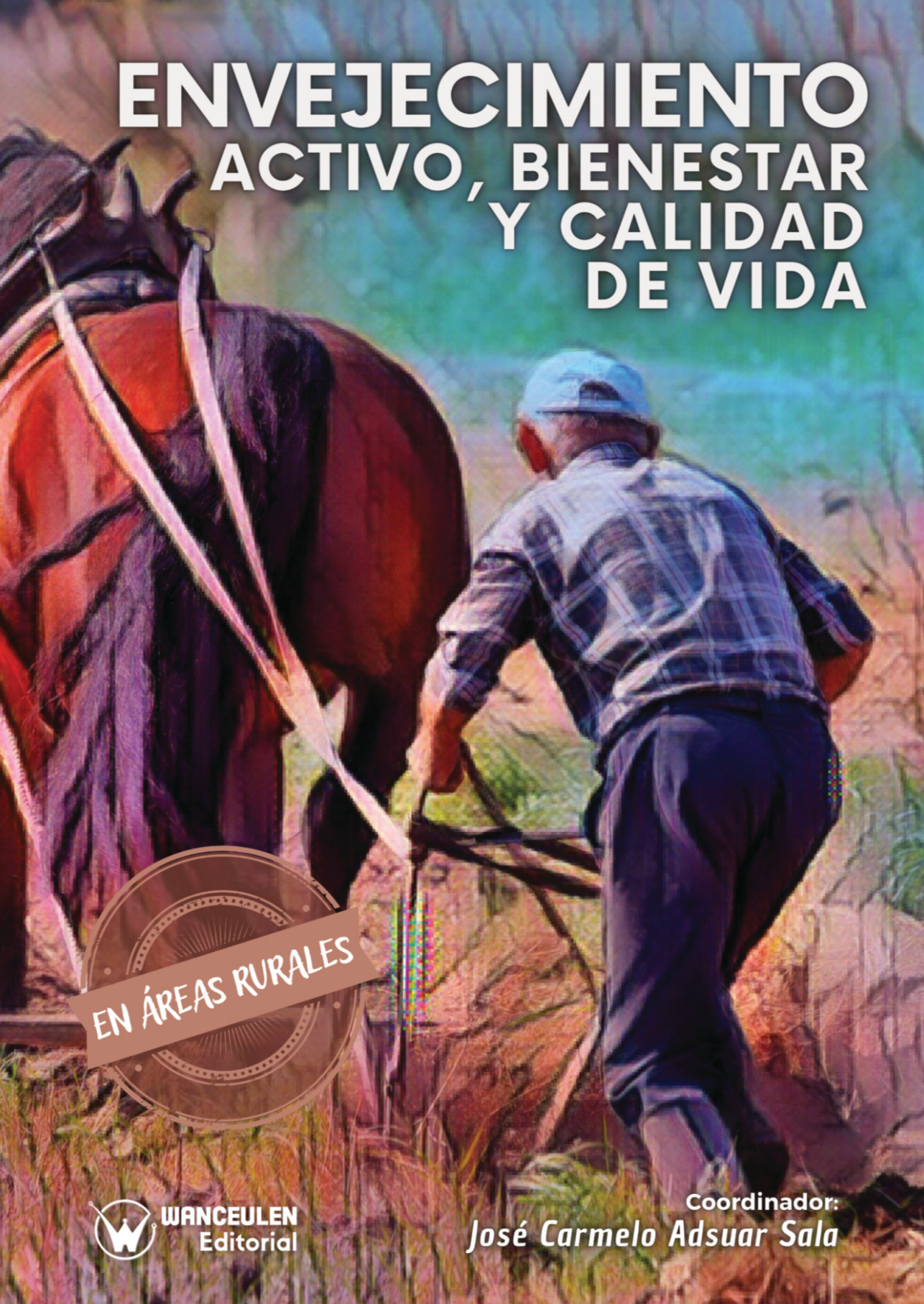
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA



EN ÁREAS RURALES

WANCEULEN Editorial

Coordinador:
José Carmelo Adsuar Sala

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

EN ÁREAS RURALES

Coordinador: José Carmelo Adsuar Sala

Es profesor Titular de Universidad del área de Educación Física y Deportiva de la Universidad de Extremadura, donde desarrolla su actividad investigadora desde 2005 y docente desde 2008. En la actualidad reparte su docencia entre el Grado Universitario de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y el Máster Universitario en Promoción de la Salud mediante la Actividad Física. Se licenció en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y posteriormente realizó el doctorado en Motricidad Humana en la Universidad de Extremadura. Coordina el grupo de innovación docente llamado "Education, Motricity and Transversal Competences" y el grupo de investigación llamado "Promoting a Healthy Society".

El inherente declive fisiológico que acompaña al envejecimiento afecta a aspectos tan importantes como la aptitud física, el estado nutricional y la función cognitiva, entre otros, mermando la independencia y calidad de vida del individuo. Dado que existen diferencias en los factores de riesgo asociados a problemas de alta prevalencia en esta etapa de la vida (caídas, malnutrición, polimedicación, etc.), se hace necesario estudiar las características intrínsecas de la población envejecida de cada país, e incluso de cada región.

Vivimos en sociedades cada vez más envejecidas, por lo que debemos ser capaces de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, incluyendo proporcionarles los apoyos necesarios para un envejecimiento lo más saludable posible. Esto incluye, o debería incluir, a las personas con discapacidad ya que también son, o deberían ser, ciudadanos de pleno derecho a los que se les deberían garantizar los apoyos y ajustes razonables personalizados para una adecuada calidad de vida y participación social a lo largo de todo su ciclo vital, incluida la adultez y la vejez. El envejecimiento tiene algunas características particulares en función del diagnóstico, patología o discapacidad de la persona (física, intelectual o del desarrollo, enfermedad mental o sensorial), que deben ser tenidas en cuenta para la promoción de un envejecimiento activo inclusivo.

WANCEULEN Editorial

José Carmelo Adsuar Sala
(Coordinador)

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA en áreas rurales

WANCEULEN Editorial

©Copyright: Los autores y las autoras

©Copyright: De la presente Edición, Año 2022 WANCEULEN EDITORIAL

Título: ENVEJECIMIENTO ACTIVO, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA EN ÁREAS RURALES

Coordinador: José Carmelo Adsuar Sala

Editorial: WANCEULEN EDITORIAL
Sello Editorial: WANCEULEN EDUCACIÓN

ISBN (PAPEL): 978-84-19598-20-2
ISBN (EBOOK): 978-84-19598-21-9

Depósito Legal: SE 2252-2022

WANCEULEN S.L.

www.wanceuleneditorial.com y www.wanceulen.com

info@wanceuleneditorial.com

Reservados todos los derechos. Queda prohibido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información y transmitir parte alguna de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado (electrónico, mecánico, fotocopia, impresión, grabación, etc.), sin el permiso de los titulares de los derechos de propiedad intelectual. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ACKNOWLEDGEMENT

.

Project title: Learning Villages: Citizenship, Entrepreneurship, Heritage & Environmental Education for Rural Sustainable Development

Identifier: 2020-1-ES01-KA227-ADU-096064

KA2 - Cooperation for innovation and the exchange of good practices
KA227 - Partnerships for Creativity

Sector: Adult education

Project Acronym LEARNVIL
Project Start Date (yyyy-mm-dd) 2021-03-01
Project Total Duration 24 months
Project End Date (yyyy-mm-dd) 2023-02-28

National Agency of the Applicant Organisation ES01 Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE)

Cofinanciado por el programa Erasmus+ de la Unión Europea

Erasmus+

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN 9
   José Carmelo Adsuar Sala, Martín Gómez-Ullate

2. FACTORES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LA POBLACIÓN EXTREMEÑA MAYOR DE 65 AÑOS 11
   María del Rocío Jerez Barroso, Cristina Carrasco Romero, Laura Muñoz Bermejo, Ana B. Rodríguez Moratinos

3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN PERSONAS CON Y SIN DISCAPACIDAD EN ENTORNOS RURALES Y URBANOS: UNA LUCHA POR LOS DERECHOS OCUPACIONALES. 20
   Sabina Barrios Fernández

4. HISTORIAS DE PREVENCIÓN Y RESISTENCIA A LAS IDEAS DE MUERTE POR SUICIDIO 40
   Carlos Alexis Chimpén-López

5. APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN POBLACIÓN MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 49
   José Mª Martínez Marín

6. COHOUSING Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO COMO MEDIO PARA EVITAR EL DESPOBLAMIENTO RURAL. LA EXPERIENCIA DE PESCUEZA 70
   Alfonso Vázquez Atochero, Santiago Cambero Rivero, Jesús Seco González

7. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACERCA DE LA USABILIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN MOTORA: ENVEJECIMIENTO ACTIVO; APORTANDO UNA VISIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL 85
   Mª Trinidad Rodríguez Domínguez, Carlos Barriga Talavera, Ana Hermoso Durán

8. EL PIE TAMBIÉN ENVEJECE 104
   Belinda Basilio Fernández, Juan Fabregat Fernández, Valle Ramírez Durán, Sonia Hidalgo Ruíz, Pilar Alfageme García, Adela Gómez Luque, Zoraida Chamorro Clavijo, Víctor Jiménez Cano

9. FÚTBOL CAMINANDO PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....120
Jorge Pérez Gómez, María Mendoza Muñoz, Jorge Carlos Vivas, José Carmelo Adsuar

10. PROPUESTA DE ORIENTACIÓN DEPORTIVA EN EDAD ESCOLAR, ADULTOS Y MAYORES 129
Víctor Hernández-Beltrán, Luisa Gámez-Calvo, Víctor A. González-Coto, José M. Gamonales

11. APROXIMACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL CANICROSS EN ADULTOS Y MAYORES 145
José M. Gamonales, Víctor Hernández-Beltrán, Víctor A. González-Coto, Luisa Gámez Calvo

12. EJERCICIO ACUÁTICO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON FIBROMIALGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA 162
Luisa Gámez-Calvo, Víctor Hernández-Beltrán, Agustín Acosta-Gallego, Víctor A. González-Coto, José M. Gamonales

13. "QUIÉN CANTA SUS MALES ESPANTA". BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD MUSICAL EN NUESTRO ATARDECER VITAL 185
José Carlos Belmonte Trujillo, Pilar Barrios Manzano

14. MÚSICA Y CALIDAD DE VIDA.....204
Martín Gómez-Ullate, Manuel Rodríguez, Ana Mendoza Hurtado, Pedro Corcho Sánchez

15. CULTURAL HERITAGE, INTERGENERATIONAL CONTACT AND SOCIAL WELL-BEING IN RURAL AREAS OF GREECE: THE CASE OF FARKADONA 218
Dr. Afroditi Kamara, Dr. Yorgos Tzedopoulos,

16. LA PARTERÍA ANCESTRAL-TRADICIONAL COMO HERRAMIENTA DE APOYO A LAS NECESIDADES DE SALUD Y BIENESTAR DE LA MADRE EN EL ECUADOR.....227
Ana Carola Flores-Manchen, Claudia Patricia Maldonado-Erazo, Erica Estefanía Andino Peñafie María de la Cruz del Río-Rama

1.
PRESENTACIÓN

JOSÉ CARMELO ADSUAR
MARTÍN GÓMEZ-ULLATE

En el marco del proyecto del programa Erasmus+ "Learning villages: citizenship, entrepreneurship, heritage & Environmental education for rural sustainable development" (Ref. 2020-1-ES01-KA227-ADU-096064), este libro está compuesto de una serie de capítulos, textos resultantes de una selección de aportaciones al Congreso Internacional "Envejecimiento activo, calidad de vida y bienestar en áreas rurales" y otros textos seleccionados de una "call for chapters" (convocatoria de capítulos) internacional.

Este volumen aborda cuestiones fundamentales relativas al envejecimiento activo, la calidad de vida y el bienestar en áreas rurales y urbanas.

Las ciencias del deporte, la Antropología y la sociología, la terapia ocupacional, la educación musical están enfocan epistemologías y metodologías para tratar temas fundamentales en las áreas rurales, para contribuir a lo que llamamos, "pueblos de aprendizaje". Aprender a envejecer activamente es uno de los retos más importantes en sociedades que cada vez tienen más esperanza de vida pero un horizonte y un contexto más incierto debido a las crisis globales en forma de pandemia, crisis humanitarias, cambio climático, desabastecimiento…

Ante este horizonte incierto y de grandes impactos socioeconómicos y ecológicos, las áreas rurales son las que más oportunidades tienen para ejercer la resiliencia. En ese sentido la autosuficiencia debería ser una dimensión estratégica a promover a todos los niveles territoriales-administrativos y en todas las personas. "Soberanía alimentaria" es un fundamento necesario, "soberanía en la salud" un reto también muy afrontable.

Para ello, siempre es bueno partir de diagnósticos y en ese sentido, la investigación contribuye tanto analizando factores de mortalidad como factores asociados al envejecimiento saludable, como se presenta en el contexto de Extremadura en uno de los capítulos del libro.

En una sociedad que ha acuñado el término “cuidadanía”, todo el marco legal que regula los derechos de la discapacidad, la profesionalización del cuidado y de los cuidadores, los derechos ocupacionales cobran una preeminencia en las Europa rural actual y es tratado en otros capítulos de este volumen.

La creciente diversidad de terapias desde las ciencias del deporte y las ciencias de la salud se muestra también en este libro, lo mismo que el papel fundamental de la música en la calidad de vida de las personas a todas las edades y el papel terapeútico de las asociaciones musicales como los coros y las bandas de música.

Un papel muy importante también en el presente y futuro de nuestros pueblos para el envejecimiento activo es el que juegan las nuevas tecnologías y sus aplicaciones en sensorización, análisis biométricos y comunicación. También los proyectos colectivos desarrollados en ciertos pueblos para modificar el espacio urbano haciéndolo más amigable a sus usuarios cada vez más mayores.

Esta gran diversidad de enfoques, de estudios de caso, modelos de acción, sistemas terapeúticos es tratada en este volumen con rigor científico e interés para investigadores/as, gestores/as y el público general. Esperemos que encuentren utilidad en este recurso de acceso abierto, fruto de la financiación europea y la colaboración desinteresada de todos/as sus autores.

2.

FACTORES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LA POBLACIÓN EXTREMEÑA MAYOR DE 65 AÑOS

MARÍA DEL ROCÍO JEREZ BARROSO
rjerezbarroso@unex.es Universidad de Extremadura, Mérida, España

CRISTINA CARRASCO ROMERO
ccarom@unex.es Universidad de Extremadura, Badajoz, España

LAURA MUÑOZ BERMEJO
lauramunoz@unex.es Universidad de Extremadura, Mérida, España

ANA B. RODRÍGUEZ MORATINOS
moratino@unex.es Universidad de Extremadura, Badajoz, España

RESUMEN

El inherente declive fisiológico que acompaña al envejecimiento afecta a aspectos tan importantes como la aptitud física, el estado nutricional y la función cognitiva, entre otros, mermando la independencia y calidad de vida del individuo. Dado que existen diferencias en los factores de riesgo asociados a problemas de alta prevalencia en esta etapa de la vida (caídas, malnutrición, polimedicación, etc.), se hace necesario estudiar las características intrínsecas de la población envejecida de cada país, e incluso de cada región. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar los factores asociados al envejecimiento saludable en la población extremeña mayor de 65 años. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio transversal mediante el uso de un cuestionario específicamente diseñado para el mismo, con el que se ha realizado la recogida de datos en términos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, convivencia, niveles de renta y estudios, edad de jubilación y lugar de residencia) y de salud física (enfermedades diagnosticadas, medicación, estado nutricional, caídas, y actividad física) y mental (depresión y miedo a caer). Como criterios de inclusión se estableció que fueran hombres y mujeres de edad ≥ 65 años, no institucionalizados, residentes en Extremadura y sin deterioro cognitivo severo. Un total de 115 participantes (49 hombres y 69 mujeres) respondieron al cuestionario entre los meses de Febrero y Mayo de 2021.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, caídas, salud, nutrición, polimedicación, cognición.

ABSTRACT

The inherent physiological decline that accompanies aging affects such important aspects as physical fitness, nutritional status and cognitive function, among others, reducing the individual's independence and quality of life. Taking into account that there are differences in the risk factors associated with highly prevalent problems at this stage of life (falls, malnutrition, polypharmacy, etc.), it is necessary to study the intrinsic characteristics of the aging population in each country, and even in each region. Therefore, the objective of this study is to analyze the factors associated with healthy aging in the population of Extremadura over 65 years of age. To do this, a cross-sectional study has been carried out using a questionnaire specifically designed for it, which data has been collected in sociodemographic terms (age, sex, marital status, cohabitation, income levels and studies, retirement age and place of residence) and physical health (diagnosed illnesses, medication, nutritional status, falls, and physical activity) and mental health (depression and fear of falling). As inclusion criteria, it was established that they should be men and women aged ≥ 65 years, non- institutionalized, residents of Extremadura and without severe cognitive impairment. A total of 115 participants (49 men and 69 women) responded to the questionnaire between the months of February and May 2021.

KEYWORDS

Aging, falls, health, nutrition, polypharmacy, cognition.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se considera un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que ocurre en todo ser vivo a lo largo degenético del individuo y su entorno (1). Es un hecho conocido que la población envejecida está aumentando, al aumentar la esperanza de vida a nivel mundial en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 2015 y 2050 la proporción de personas mayores aumentará del 12 al 22 %, lo que dará lugar a un incremento de 900 millones a 2 mil millones de personas mayores de 60 años (2).

El envejecimiento conlleva cambios biológicos que provocan modificaciones a nivel psicológico y social. Todo esto contribuye a

comprometer la calidad de vida y la independencia del anciano. Este deterioro en la calidad de vida del anciano, así como la pérdida de la independencia, se ve reflejado en diferentes factores de riesgo asociados a problemas de alta prevalencia en la vejez como las caídas, la malnutrición, el deterioro cognitivo, la polimedicación, etc. (3).

La scaídas son la principal causa de lesiones mortales y no mortales entre adultos de 65 años o más. Se ha observado que los adultos mayores que se caen una vez tienen 2-3 veces más probabilidades de volver a caer en el plazo de un año. Existen distintos predictores de caídas en la población anciana. Parece que los adultos mayores que sufren enfermedades crónicas, trastornos geriátricos o deficiencias funcionales ven aumentado el riesgo de sufrir caídas recurrentes (4).

Por otro lado, el proceso de envejecimiento, a su vez, está relacionado con una disminución del apetito en los ancianos. Aproximadamente, el 21% de los ancianos presentan anorexia del envejecimiento, y es aún más prevalente en ancianos frágiles e institucionalizados. La anorexia y la pérdida de peso que conllevan se han asociado con resultados de salud adversos, como caídas, sarcopenia e inmovilidad (5).

En la actualidad es sabido que la polimedicación y el abuso de los fármacos pueden provocar diferentes complicaciones, como problemas cognitivos, fragilidad, ánimo depresivo, malnutrición, trastornos del equilibrio y de la marcha y por tanto caídas. Todos estos factores contribuyen a generar gran dependencia en los ancianos, que en numerosas ocasiones precisan ingresar en residencias para poder atender de forma adecuada a todas sus afecciones.

Por tanto, analizar y comprender estos factores de riesgo asociados al envejecimiento es fundamental para reducir la morbi-mortalidad en la población anciana de cada país y/o región. Una forma de avanzar en esta línea sería poder predecir las variables físicas, psicológicas y ambientales que provocan un aumento en la probabilidad de desarrollarse todos estos factores de riesgo en la población anciana, para poder actuar desde la prevención y la detección precoz de las diferentes problemáticas. El objetivo principal del presente estudio es realizar un análisis por sexos de los factores asociados al envejecimiento saludable en la población extremeña mayor de 65 años.

El objetivo principal del presente estudio es realizar un análisis por sexos de los factores asociados al envejecimiento saludable en la población extremeña mayor de 65 años.

Para la consecución de dicho objetivo principal, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Realizar un perfil sociodemográfico, en términos de edad, estado civil, convivencia, niveles de renta y estudios, edad de jubilación y lugar de residencia.
2. Analizar la evolución del estado de salud física, en relación a enfermedades diagnosticadas, medicación, estado nutricional, actividad física y caídas.
3. Evaluar el estado de salud mental, en términos de depresión y miedo a caer.

MARCO METODOLÓGICO

Para realizar un análisis por sexos de los factores asociados al envejecimiento saludable en la población extremeña mayor de 65 años se llevó a cabo un estudio transversal, englobado dentro de un estudio longitudinal de una duración estimada de 18 meses, con una recogida de datos a intervalos de 6 meses (total de 3 olas). El reclutamiento de los participantes se hizo mediante el método de boca a boca y a que fueran hombres y mujeres de edad ≥ 65 años, no institucionalizados, residentes en Extremadura y sin deterioro cognitivo severo. En la primera ola, se procedió a la recogida de datos de las variables objeto de estudio. Estas variables incluían:

1. Perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, convivencia, niveles de renta y estudios, edad de jubilación y lugar de residencia).
2. Estado salud física (enfermedades diagnosticadas, medicación, estado nutricional, actividad física y caídas).
3. Estado de salud mental (estado anímico y miedo a caer).

La recogida de datos se realizó mediante el uso de una encuesta diseñada a tal fin, incluyendo una serie de test validados científicamente para determinar las variables estado nutricional (MNA), actividad física (IPAQ), depresión (Inventario Beck) y preocupación a caer (FES-I). Dado el contexto de pandemia por COVID-19 y el mayor riesgo de contagio en la población objeto de estudio, se adaptó la metodología, de modo que pasó de realizar entrevistas personales a encuestas telefónicas y/o telemáticas.

En el periodo comprendido entre los meses de Febrero a Julio 2021 se seleccionó a un total de 115 participantes (69 mujeres y 49 hombres) que

cumplían los criterios de inclusión del estudio y se procedió a la recogida de datos de la primera "ola".

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De esta primera recogida de datos, tras realizar el análisis estadístico, se han obtenido diferentes resultados los cuales han sido clasificados en dos tablas por un lado las características sociodemográficas de la población objeto de estudio y en segundo lugar las características de salud de la población objeto de estudio.

Tabla I. –Características sociodemográficas de la población objeto de estudio (N= 115), según sexos.

Características	Categorías	Total (N=115)	Mujer (n=69)	Hombre (n=49)	p-valor
Edad (años) [a]	-	71,3±8,0	71,0±9,6	71,7±4,7	0,682
Edad de jubilación (años) [a]	-	63,5±2,8	63,4±3,4	63,7±2,0	0,874
Estado civil [b]	Casado/a Viudo/a Soltero/a Separado/a // divorciado/a	76,5 (88) 14,8 (17) 5,2 (6) 3,5 (4)	65,2 (45) 24,6 (17) 8,7 (6) 1,4 (1)	93,5 (43) 0,0 (0) 0,0 (0) 6,5 (3)	<0,001
¿Con quién vive? [b]	Cónyugue Solo Otros familiares	75,7 (87) 14,8 (17) 9,6 (11)	65,2 (45) 21,7 (15) 13,0 (9)	91,3 (42) 4,3 (2) 4,3 (2)	0,006
¿Tiene una persona dependiente a su cargo? [b]	No Sí	92,2 (106) 7,8 (9)	89,9 (62) 10,1 (7)	95,7 (44) 4,3 (2)	0,257
Nivel de estudios [b]	Primaria Secundaria Superior	19,6 (22) 21,4 (24) 57,4 (66)	24,6 (17) 21,7 (15) 50,7 (35)	10,9 (5) 19,6 (9) 67,4 (31)	0,127
Nivel de renta [b]	<1.000€ 1.000-2.000€ >2.000€	17,9 (20) 47,3 (53) 34,8 (39)	20,3 (14) 55,1 (38) 21,7 (15)	13,0 (6) 32,6 (15) 52,2 (24)	0,003
Lugar de residencia [b]	Urbano Rural	84,3 (97) 14,8 (17)	82,6 (57) 17,4 (12)	87,0 (40) 10,9 (5)	0,358

a Valores expresados como media ± desviación típica ;b valores expresados como %(n).
** p-valor <0,05 respecto al sexo mujer.*

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las características sociodemográficas, podemos observar como las medias de edad y edad de jubilación entre sexos son muy parecidas. Desde el punto de vista estadístico, se detectan diferencias estadísticamente significativas en el estado civil. Así, el 93,5% de los hombres manifestaron estar casados frente al 65,2% de las mujeres, las cuales, además, presentaban otros estados civiles como viuda o soltera, no representados en la población submasculina.

Asimismo, estos porcentajes se ven reflejados en la convivencia de manera estadísticamente significativa para el caso de la categoría cónyuge,

superior en hombres, y sola, donde se observa una mayor frecuencia en mujeres.

En este punto, quisiéramos reseñar que hemos registrado un mayor porcentaje de mujeres que manifiestan tener a una persona dependiente a su cargo, en comparación con los hombres. Por otro lado, los resultados muestran que el nivel de estudio es similar entre sexos, pero no así el nivel de renta. Si observamos el rango de renta entre 1000 y 2000 euros podemos concluir que existe un porcentaje estadísticamente superior de mujeres en este rango, el 55,1% vs 32,6% de los hombres. En cambio, si observamos el rango de renta superior a 2000 euros, vemos como ellos los que obtienen un porcentaje significativamente superior (52,2% vs 21,7%) en comparación con las mujeres. Cabe destacar que, en su gran mayoría de ámbito urbano, la población objeto de estudio era de ámbito urbano.

En cuanto a las características de salud recogidas en la segunda tabla y en primer lugar dentro de la variable de enfermedades diagnosticadas, merece la pena comentar que, si bien no alcanza significación estadística en el análisis comparativo, se detectó un mayor número de mujeres (40,65%) que presentaban más de dos enfermedades, con respecto a los hombres (26,1%), siendo la significación marginal. Por su parte, se observaron diferencias significativas entre sexos en el porcentaje de enfermedades diagnosticadas de tipo osteoarticular, siendo superior también en las mujeres.

Si continuamos con la variable de la medicación, podemos concluir que el porcentaje de mujeres era significativamente superior frente al de los hombres en cuanto al consumo de psicotrópicos/ansiolíticos (18,8% vs 4,3%), así como, en el consumo de dos o más fármacos (39,1% vs 17,4%).

Tabla II. –Características de salud de la población objeto de estudio (N= 115), según sexos.

Características	Categorías	Total (N=115)	Mujer (n=69)	Hombre (n=49)	p-valor
ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS [a]					
Comorbilidad (≥2 enfermedades)					
Tipos	No	64,3 (72)	55,1 (38)	73,9 (34)	0,076
	Sí	35,7 (40)	40,6 (28)	26,1 (12)	
	Cáncer	7,1 (8)	5,8 (4)	8,7 (4)	0,594
	Cardiovascular	42,9 (48)	39,1 (27)	45,7 (21)	0,618
	Diabetes	10,7 (12)	8,7 (6)	13,0 (6)	0,506
	Neurológica	7,1 (8)	8,7 (6)	4,3 (2)	0,338
	Osteoarticular	25,9 (29)	33,3 (23)	13,0 (6)	0,010
	Pulmonar	13,4 (15)	15,9 (11)	8,7 (4)	0,223
	Ninguna de las anteriores	31,3 (35)	24,6 (17)	39,1 (18)	0,133
MEDICACIÓN [a]	Anti-inflamatorios	16,2 (18)	18,8 (13)	10,9 (5)	0,261
	Diuréticos	16,2 (18)	18,8 (13)	10,9 (5)	0,261
	Psicotrópicos/Ansiolíticos	13,5 (15)	18,8 (13)	4,3 (2)	0,025
	Otros	70,3 (78)	65,2 (45)	71,7 (33)	0,377
	≥ 2 medicamentos	31,5 (35)	39,1 (27)	17,4 (8)	0,014
	Ninguno	15,3 (17)	13,0 (9)	17,4 (8)	0,497
ESTADO NUTRICIONAL [a]					
Riesgo de desnutrición	No	81,7 (94)	75,4 (52)	91,3 (42)	0,030
	Sí	18,3 (21)	24,6 (17)	8,7 (4)	
Sobrepeso	No	36,5 (42)	34,8 (24)	39,1 (18)	0,635
	Sí	63,5 (73)	65,2 (45)	60,9 (28)	
ACTIVIDAD FÍSICA					
Nivel [a]	Bajo	15,7 (18)	14,5 (10)	17,4 (8)	0,889
	Moderado	40,9 (47)	40,6 (28)	41,3 (19)	
	Intenso	43,5 (50)	44,9 (31)	41,3 (19)	
Sedentarismo (min/semana) [b]	-	1680 (1260-2520)	1680 (1260-2100)	1680 (1440-2520)	0,334
CAÍDAS [a]					
En los últimos 12 meses	No	79,6 (82)	66,7 (46)	78,3 (36)	0,037
	Sí	20,4 (21)	24,6 (17)	8,7 (4)	
Tipos de lesiones	Abrasión en la piel	26,9 (7)	10,1 (7)		0,131
	Distensión muscular	3,8 (1)	1,4 (1)		0,619
	Edema	30,8 (8)	11,6 (8)	0,0 (0)	0,097
	Escoriación	46,2 (12)	11,6 (8)	0,0 (0)	0,091
	Fractura ósea	19,2 (5)	5,8 (4)	0,0 (0)	0,961
	Otras	15,4 (4)	4,3 (3)	8,7 (4)	0,750
Preocupación por caerse	Baja			2,2 (1)	0,010
	Moderada	38,3 (44)	27,5 (19)	2,2 (1)	
	Alta	45,2 (52)	50,7 (35)	54,3 (25)	
		16,5 (19)	21,7 (15)	37,0 (17)	
				8,7 (4)	
DEPRESIÓN [a]	Mínima	91,3 (105)	87,0 (60)	97,8 (45)	0,125
	Leve	7,8 (9)	11,6 (8)	2,2 (1)	
	Moderada	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	
	Grave	0,9(1)	1,4 (1)	0,0 (0)	

*a Valores expresados como %(n); b valores expresados como mediana (rango intercuartílico). * p-valor <0,05 respecto al sexo mujer.*

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al riesgo de desnutrición existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos, observándose mayor riesgo de desnutrición en el grupo de las mujeres con un porcentaje de (24,6%) frente al porcentaje de (8,7%) de los hombres. Por el contario, los porcentajes de participantes con sobrepeso, distintos niveles de actividad física y sedentarismo fueron similares entre ambos sexos.

Los resultados relativos a las caídas muestran diferencias importantes. Así, se observa cómo los participantes masculinos sufren de forma estadísticamente significativa menos caídas que las participantes femeninas (8,7% vs 24,6%). Esto, se ve reflejado además en la preocupación que presentan los participantes por caerse, siendo una preocupación significativamente menor en los hombres que en las mujeres (54,3% vs 27,5%). De forma general, entre las lesiones más frecuentes se refieren las escoriaciones, edemas y abrasiones en la piel, principalmente en las mujeres. Por último, en cuanto al nivel de depresión, destacar un porcentaje superior de mujeres clasificadas en la categoría de depresión leve (11,6%) en comparación con los hombres, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Analizados los diferentes resultados de esta primera recogida de datos, podemos concluir que:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos en cuando al estado civil, convivencia y nivel de renta, siento mayor el porcentaje de participantes de sexo masculino casados, que viven con sus esposas y que cobran más de 2000 euros al mes, en comparación con las mujeres encuestadas.

2. Los resultados sobre el estado de salud señalaron que la prevalencia de enfermedades osteoarticuales fue significativamente superior en mujeres, al igual que lo observado para el consumo de psicotrópicos/ ansiolíticos, la prescripción de dos o más fármacos, el riesgo de desnutrición y la ocurrencia de caídas, en comparación con los hombres encuestados.

3. En relación a la salud mental, la proporción de mujeres categorizadas por tener una depresión leve fue superior a la de los hombres. Asimismo, las encuestadas manifestaron una mayor preocupación a caerse que los encuestados, detectándose diferencias estadísticamente significativas.

La continuidad de este estudio con la recogida de datos en los dos puntos adiciones de tiempo comentados anteriormente, nos permitirá evaluar la evolución de las diferentes variables de interés, así como realizar un análisis estadístico más profundo en aquellas que suponen problemas de salud importantes para este grupo poblacional, como son las caídas y la preocupación por caerse. En vista a los resultados obtenidos, parece interesante continuar analizando los factores diferenciales que influyen en que las personas mayores tengan un grado distinto de preocupación en cuanto a la ocurrencia de caídas. De este modo, creemos que la evidencia científica derivada de este estudio podría servir para sentar las bases del desarrollo de políticas regionales encaminadas a la gestión sociosanitaria de la población envejecida, con el consiguiente ahorro económico para nuestra región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bautista, G. M. (2008). El envejecimiento y la actividad física. *Movimiento Científico, 2*(1), 149-167.
- (2) World Health Organization. 2017. http://www.who.int/en
- (3) Costa, L. M. R. da, Schulz, A., Haas, A. N., Loss, J., Costa, L. M. R. da, Schulz, A., Haas, A. N., & Loss, J. (2016). Os Efeitos do Método Pilates Aplicado à População Idosa: Uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 695-702. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150142.
- (4) Nicklett, E. J., & Taylor, R. J. (2014). Racial/ethnic predictors of falls among older adults: The Health and Retirement Study. *Journal of aging and health, 26*(6), 1060-1075. https://doi.org/10.1177/0898264314541698.
- (5) Tieland, M., Trouwborst, I., & Clark, B. C. (2018). Skeletal muscle performance and ageing. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 9*(1), 3-19. https://doi.org/10.1002/jcsm.12238

3.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN PERSONAS CON Y SIN DISCAPACIDAD EN ENTORNOS URBANOS Y RURALES: UNA LUCHA POR LOS DERECHOS OCUPACIONALES.

ACTIVE AND HEALTHY AGEING IN PEOPLE WITH AND WITHOUT DISABILITIES IN URBAN AND RURAL SETTINGS: A STRUGGLE FOR OCCUPATIONAL RIGHTS.

SABINA BARRIOS FERNÁNDEZ
sabinabarrios@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

RESUMEN

Vivimos en sociedades cada vez más envejecidas, por lo que debemos ser capaces de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores, incluyendo proporcionarles los apoyos necesarios para un envejecimiento lo más saludable posible. Esto incluye, o debería incluir, a las personas con discapacidad ya que también son, o deberían ser, ciudadanos de pleno derecho a los que se les deberían garantizar los apoyos y ajustes razonables personalizados para una adecuada calidad de vida y participación social a lo largo de todo su ciclo vital, incluida la adultez y la vejez. El envejecimiento tiene algunas características particulares en función del diagnóstico, patología o discapacidad de la persona (física, intelectual o del desarrollo, enfermedad mental o sensorial), que deben ser tenidas en cuenta para la promoción de un envejecimiento activo inclusivo. En este capítulo se reflexionará sobre el envejecimiento activo y saludable, sobre las particularidades del envejecimiento de las personas con discapacidad, así como sobre aspectos claves para la promoción de un envejecimiento activo y saludable para todas las personas, independientemente de si viven en un medio urbano o rural.

Palabras Claves: envejecimiento activo, discapacidad, medio rural, salud, derechos.

ABSTRACT

Since we live in increasingly ageing societies, we must be prepared to respond to the needs of older people, including supporting them with the supports for the healthiest ageing possible. This includes, or should include, people with disabilities as they are also, or should be, full citizens who should be guaranteed personalised supports and reasonable adjustments for an adequate quality of life and social participation throughout their life cycle, including adulthood and old age. Ageing has some particular features depending on the person's diagnosis, pathology, or disability (physical, intellectual, developmental, mental, or sensory illness), which must be considered to promote inclusive active ageing. This chapter will reflect on active and healthy ageing, on the particularities of ageing for people with disabilities, as well as on key aspects for the promotion of active and healthy ageing for all people, regardless of whether they live in an urban or rural environment.

Key words: active ageing, disability, rural environment, health, rights.

INTRODUCCIÓN

Según los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (2022), el índice de envejecimiento de España sigue una trayectoria ascendente desde 2009, con un 104% hasta el 131% obtenido en los datos de 2021. En Extremadura, esta cifra está por encima de la media nacional, pasando del 118% del año 2009 al 147.72% del año 2021. Estos cambios demográficos plantean una serie de retos sociales, económicos, culturales, educaciones y/o sanitarios que deben atendidos, más cuando las perspectivas de crecimiento del grupo de personas mayores continua en alza (Abades & Rayón, 2012).

La vejez se caracteriza por una pérdida de capacidades para hacer frente a ciertas agresiones y por un mayor esfuerzo por recuperar la homeostasis. No obstante, no debe entenderse como sinónimo de discapacidad. Se trata de una etapa más en la vida con una serie de características que la diferencian del resto, al igual que ocurre con la infancia, la adolescencia o la adultez (Organización Mundial de la Salud, 2015). Según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2007) se puede hablar de dos tipos de envejecimiento:

- El envejecimiento normal o típico, que implica una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, intrínsecos e inevitables, que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, las canas en el cabello).

- El envejecimiento patológico, que se refiere a los cambios consecuencia de enfermedades o malos hábitos de vida, que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas o enfermedad de Alzheimer).

Envejecer es un proceso individual, pero como indican Palero, Huete, Blanco, & Berzosa (2015), envejecer bien es un proceso social. Supone adaptarse a una serie de cambios al que han de adaptarse no sólo la persona, sino también la familia, el entorno y la sociedad al completo, por lo que han de optimizarse los recursos personales, familiares y sociales. Como indica la Organización Mundial de la Salud - OMS (2020) en segundo plan de acción de la estrategia mundial sobre el envejecimiento y la salud:

> La posibilidad de vivir más tiempo es uno de nuestros logros colectivos más extraordinarios. Constituye un reflejo de los avances logrados en la esfera del desarrollo social y económico, así como en la esfera de la salud, en especial de nuestro éxito en la lucha contra las enfermedades mortales de la infancia, la mortalidad derivada de la maternidad y, más recientemente, la mortalidad a edades más avanzadas. Una vida más larga es un recurso increíblemente valioso. Proporciona la oportunidad de repensar no solo lo que es la vejez, sino también cómo podríamos vivir el conjunto de nuestra vida. OMS, 2020, p.1.

Es importante realizar un acercamiento al envejecimiento desde múltiples puntos de vista, ya que el desarrollo humano que es universal, y las medidas que se tomen van a satisfacer necesidades compartidas por todas las personas independientemente de su género, raza o etnia, religión, clase social, ubicación en la comunidad rural o urbana u orientación sexual. (Mehrotra, Wagner, & Fried, 2009). Así, aunque el proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad pueda presentar ciertas características distintivas (las necesidades de una persona mayor con autismo pueden ser muy diferentes a las de una persona invidente) debe desde un modelo biopsicosocial, intersectorial, de derechos y calidad de vida (Asamblea General de la ONU, 1948, 2006; Verdugo, 2010; Verdugo, Córdoba, & Rodríguez, 2020), proveyendo a todas las personas mayores de oportunidades para tener un envejecimiento activo y saludable (Causepié, Balbontín, Porras, & Mateo, 2011).

MARCO CONCEPTUAL

Envejecimiento y discapacidad.

Como afirman Palero et al. (2015) en los últimos años se ha producido un aumento de la preocupación social sobre cómo abordar el proceso de

envejecimiento de las personas con discapacidad, ya que gracias a los avances científicos y sociales su esperanza de vida se ha incrementado. De esta forma, como sociedad nos estamos enfrentando al reto de añadir calidad de vida a la mera suma de años de vida, por lo que investigación y los recursos especializados son más que necesarios. A continuación, se presentan algunas de las características y/o necesidades detectadas en colectivos con discapacidad concretos.

Según Berjano & García (2010), las personas mayores con discapacidad intelectual (DI) inician más tempranamente su proceso de envejecimiento de envejecimiento, entorno a los 45-50 años, siendo éste muy variable al estar condicionado por la atención de los apoyos que haya recibido la persona a lo largo de su vida. Pueden tener más problemas de salud que la población típica, por excesivo consumo de fármacos, falta de recursos y protocolos especializados. Tienen mayor riesgo de sufrir demencia a partir de los 40 años, por lo que son necesarios abordajes preventivos para prevenir el deterioro cognitivo (Sheerin et al., 2020; Tse, Kwan, & Lau, 2018). Las personas con síndrome de Down tienen actualmente una esperanza de vida en nuestro país de 65 años, y tanto su longevidad como su calidad de vida están limitados en muchas ocasiones por la enfermedad de Alzheimer precoz y sus complicaciones, por patología psiquiátrica, problemas de movilidad, enfermedades visuales y auditivas y apnea del sueño, entre otros (Comisión de Envejecimiento de la Red Nacional de Vida Independiente de Down España, 2021).

Las personas con parálisis cerebral (PC) envejecen prematuramente (González-Alonso, 2016). Según García Fraile (2018) lesión neurológica no progresiva de estas personas es un factor que puede ocasionar una pérdida prematura de movilidad y función, además de dolor y fatiga. Además, algunos de los aparatos y órganos que más frecuentemente pueden verse afectados por distintas patologías serían el cardio-vascular, músculo-esquelético, digestivo, urinario y visión y audición (González-Alonso, 2016). Otro aspecto a destacar es que los problemas que pueden surgir en adultos con PC se achacan a la propia patología, sin intentar indagar si pudieran tener otro origen (Klingbeil, Baer, & Wilson, 2004).

En el caso de las personas con trastornos del espectro del autismo (TEA), según Plaza, Hernández, & Vidriales (2018) existe muy poca información sobre cómo los procesos de envejecimiento impactan en la calidad de vida de estas personas. Entre los escasos estudios científicos que existen en la actualidad, y necesitando más evidencia en todos estos aspectos, destacan que:

- Algunos estudios encuentran indicadores de envejecimiento prematuro.
- Las mujeres presentan un peor estado de salud general con respecto a los hombres.
- Algunos problemas de salud que se pueden exacerbar por las dificultades para identificar y comunicar aspectos relacionados con el dolor y/o el malestar.
- La institucionalización en grandes servicios residenciales podría influir de forma negativa en su esperanza de vida.
- A partir de los 40 años hay mayor incidencia de estreñimiento, hiperlipidemia, hipotiroidismo o incontinencia urinaria, entre otros.
- Hay una elevada incidencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en edades adultas, destacando, entre otros, los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad.
- La mortalidad por trastornos neurológicos, epilepsia, cáncer, patología cardíaca, respiratoria o accidentes podría ser más elevada.
- La medicación a largo plazo podría asociarse con efectos negativos en su salud.

En síntesis, y aunque cada colectivo presente unas características diferenciadoras, todos tienen en común una serie de demandas y necesidades: 1) más investigación sobre el proceso de envejecimiento en cada una de las patologías, trastornos, condiciones o discapacidades; 2) para poder crear protocolos de salud que incluyan la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los diversos problemas de salud; 3) para mejorar, mantener o frenar el declive de su función, del desempeño en sus actividades y de su participación social; 4) como ciudadanos de pleno derecho que son.

Envejecimiento Activo y Saludable.

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (2015; p. 5). Se trata de un concepto que busca aunar distintos puntos de vista para crear acciones políticas conjuntas e intersectoriales para asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso valioso para sus familias, comunidades y economías. (Klingbeil et al., 2004; OMS, 2002b). El término activo no se refiere únicamente a moverse o a hacer ejercicio (que también), sino a que las

personas mayores deben continuar siendo piezas fundamentales y apreciadas, continuando siendo protagonistas a nivel social, económico, cultural, espiritual y cívico, De esta forma, las propuestas políticas entorno al envejecimiento activo se engloban en tres pilares fundamentales: salud, seguridad y participación (OMS, 2002b), tal y como se recoge en la tabla 1.

Tabla 1. *Propuestas políticas fundamentales, tomado de Organización Mundial de la Salud (2002b).*

Salud	Seguridad	Participación
Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura. Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital. Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de gran calidad y respetuoso con la edad, que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que van envejeciendo. Proporcionar formación y educación a los cuidadores.	Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas ancianas abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen. Reducir las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres mayores.	Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital. Reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales. Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen.

Es más, la OMS lanzó en 2020 la iniciativa/documento “La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)”, el segundo Plan de Acción de la Estrategia mundial de la OMS sobre Envejecimiento y Salud, que desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (OMS, 2002a) y que se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 propuesta por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), instando a todos los agentes sociales, públicos y privados, y a la ciudadanía a realizar iniciativas colaborativas para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven. Las 17 metas de los

ODS, bajo el lema "no dejar a nadie atrás" incluyen, como no puede ser de otra forma, hacen un llamado a prestar atención a las personas mayores. HealthAge International realiza un ininteresante recopilatorio en el que resalta la importancia de la inclusión de las personas mayores para alcanzar las metas señaladas por la ONU (Rugde, 2020), incluyendo:

- Meta 1 - Fin de la pobreza: acabar con la pobreza y garantizar la protección social y seguridad de las personas mayores.
- Meta 3 - Salud y bienestar: dar oportunidades un envejecimiento saludable, que propicie el bienestar y el acceso a unos servicios de salud y apoyos integrales y especializados en sus necesidades y características.
- Meta 4 - Educación de calidad: permitir a las personas mayores un aprendizaje durante toda la vida, que les permita participar en la comunidad y autorrealizarse.
- Meta 5 - Igualdad de género: establecer los mecanismos para que las mujeres mayores puedan llevar vidas satisfactorias.
- Meta 8 - Trabajo decente y crecimiento económico: permitir a las personas mayores que quieran seguir trabajando poder hacerlo con dignidad.
- Meta 10 - Reducción de las desigualdades en la vida adulta.
- Meta 11 - Ciudades y comunidades sostenibles: se deben construir comunidades, ya sean en entornos rurales o urbanos, inclusivas y accesibles para todas las personas.

En la meta 11 se hace alusión a los entornos rurales y urbanos; cabría preguntarse si hay diferencias en cuanto a las oportunidades que tienen las personas mayores según donde residan de tener un envejecimiento activo y saludable. Aunque no haya sido un tema que haya recibido demasiada atención, envejecer en un pueblo o en una ciudad es muy diferente (Ponce de Leon & Andres-Cabello, 2017):

- Espacios abiertos y naturales, menos habitantes y edificios más pequeños.
- Predominio de las ocupaciones agrarias y ganaderas.
- Mayor soledad y aislamiento: los seres queridos a veces están lejos.
- Estilo de vida más tranquilo, menos estresante: el tiempo se entiende de forma distinta.

- Costumbres sociales más arraigadas, continuidad entre pasado, presente y futuro.
- Convivencia más activa, cercana y vecinal, apoyos que se establecen mediante relaciones sociales de confianza. Esto puede leerse en un doble sentido: sensación de protección vs presión social.
- Las formas de participación están marcadas por los roles de géneros y el estatus atribuido.

Estas características diferenciadas de los entornos rurales deberían ser tenidas en cuenta para la planificación de políticas y programas que promocionen el envejecimiento activo. Por otro lado existe una distribución desequilibrada de recursos, ya que en los entornos urbanos hay más posibilidades de participar en actividades de ocio y sociales, mientras que en los entornos rurales una la oferta es mucho más limitada, por lo que adultos mayores que viven en entornos rurales tendrían menos probabilidades de envejecer con éxito (Dumitrache, Rubio, Bedoya, & Rubio, 2017).

Por otro lado, que los mayores se mantengan activos físicamente es también un elemento importante para su salud y participación. De nuevo, la OMS (2020) publicó sus Directrices sobre actividad física (AF) y hábitos sedentarios. En esta guía, se indica que las personas mayores sanas, con patologías crónicas o con discapacidad deberían cumplir con las siguientes recomendaciones semanales:

- Un mínimo de entre 150 y 300 minutos de AF aeróbica moderada, o un mínimo de entre 75 y 150 minutos de AF vigorosa, o una combinación de ambas.
- Actividades de fortalecimiento muscular dos días o más.
- AF multicomponente que incluya equilibrio y fuerza de intensidad moderada o más elevada tres o más días para mejorar la capacidad funcional y prevenir caídas.

Además, se recuerda que hacer alguna AF es mejor que no hacer ninguna (aunque no se van a lograr los efectos de salud deseados) y que los mayores, con o sin patología, o con o sin discapacidad, deben comenzar con pequeñas dosis, aumentando gradualmente su duración, frecuencia e intensidad, aconsejados por un profesional cualificado. De esta forma, todas las personas deberían permanecer ser tan activas como les sea posible, limitando en lo posible el tiempo que dedican a actividades sedentarias (Bull et al., 2020).

Derechos y Hechos.

Comencemos por los Derechos…

- La Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948) indica que todas las personas, sin importar su nacionalidad, residencia, sexo, edad, creencias, lengua, o cualquier otra condición, tienen los mismos derechos y libertades fundamentales que tenemos todas las personas por el mero hecho de existir.
- Según La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), las personas con discapacidad deben gozar de todos los derechos, libertades y respeto como las personas sin discapacidad para participar en la sociedad. Como dice el artículo 1 "promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente" (p.4).
- El artículo 14 La Constitución Española (Gobierno de España, 1978) "los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social" (p.5).
- La Carta de los Derechos elaborada por Federación Europea de Personas Mayores y Jubiladas (FERPA, 2016) destaca "el derecho a tener derecho" de las personas mayores, reclamando su derecho a la dignidad, al bienestar y a la seguridad:
    - Dignidad: poder envejecer activamente, poder acceder a acciones de aprendizaje a lo largo de la vida, siendo considerados un recurso valioso, no una carga y reconociendo su papel fundamental para la cohesión social y como generadores de riqueza y bienestar.
    - Bienestar: pensiones dignas, asistencia sanitaria especializada y de calidad y medidas preventivas para proteger su integridad, cuidados y autonomía.
    - Seguridad: seguridad alimentaria y energética, prevención de la violencia, y viviendas y entornos inclusivos y accesibles.
- La Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad (Jefatura del Estado, 2022; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) recoge los derechos y obligaciones de las personas con

> discapacidad áreas de la vida cotidiana y ciudadanía como la protección de la salud y social, educación, trabajo, social o la participación en la comunidad, incluyendo la accesibilidad universal y la igualdad de oportunidades y no discriminación.

Y ahora, vamos a por los Hechos…

La terminología y el lenguaje son importantes: el lenguaje refleja nuestros pensamientos, y la construcción de una imagen positiva de las personas mayores, con y sin discapacidad, vivan en el medio rural o urbano, son todavía logros pendientes. Pero ¿cuál es la terminología adecuada? Con respecto a las personas mayores, se recomienda utilizar el término persona mayor o adulto mayor, evitando expresiones como abuelos/as (a no ser que se quiera resaltar ese rol o vínculo), jubilados/as (a no ser que se quiera resaltar esa situación ocupacional) o sexagenarios/as, octogenarios/as, etc. (a no ser que se quiere resaltar dicho criterio cronológico). Con respecto a las personas con discapacidad, organizaciones como la ONU, Down España, Plena Inclusión, o El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) recomiendan utilizar esta terminología, evitando por una parte términos que ya no se corresponden con el momento social que vivimos y que pueden resultar peyorativos como minusválido, discapacitado, disminuido, y por otro, otros que pueden resultar confusos o paternalistas como personas con diversidad funcional o capacidades especiales o diferentes, ya que es el que tiene validez legal, es comprendido por la mayoría de la sociedad y resaltan las necesidades de apoyo que pueden necesitar, desde una perspectiva de derechos. Y por supuesto evitar hablar de posesión "nuestros mayores, nuestros usuarios", ya que las personas no son propiedad de nadie (Plena Inclusión, 2017; Roqué, 2014).

Hoy en día todavía se lucha contra estigmas relacionados con la edad, la discapacidad y el medio rural. El edadismo es la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) por razón de la edad. Todavía se escuchan afirmaciones como "es que está mayor", "es un cascarrabias", "está chocheando" … que seguro al lector no le pillan por sorpresa. La discapfobia representa los estereotipos y prejuicios que generan discriminación entre las personas con discapacidad. Todavía se ata a las personas mayores y con discapacidad, todavía hay tabúes para dejarles expresar su sexualidad, todavía nos cuesta dejarles tomar decisiones sobre sus vidas, porque creemos saber lo que más les conviene. Tenemos que reflexionar sobre todo esto. También las personas que viven en entornos rurales se enfrentan a estereotipos que provienen de la ciudad (Cruz-Souza, 2006). De esta forma, muchas personas deben soportar un doble, un triple o

un cuádruple estigma (ser mayor, mujer, tener discapacidad y vivir en un pueblo) con las consecuencias que ello puede conllevar. Según la OMS, disponemos de tres estrategias fundamentales para luchar contra este tipo de discriminación que sufren las personas mayores: políticas que protejan sus derechos, actividades educativas para informar a la ciudadanía y derribar mitos, y las intervenciones intergeneracionales que pueden ayudar a reducir estereotipos y prejuicios (OMS, 2021).

Desde una perspectiva de derechos, de calidad de vida, desde el modelo biopsicosocial, y desde la teoría de la autodeterminación, toda la sociedad está llamada a acabar con cualquier forma de discriminación y empoderar a todas las personas (León-Sanromà, 2007; Rajati et al., 2018; Wehmeyer, 2020). Hay una perspectiva menos conocida, pero muy interesante que se aporta desde Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación (American Occupational Therapy Association, Commission on Practice, & American Occupational Therapy Association, 2020); se define la justicia ocupacional como "una justicia que reconoce los derechos ocupacionales a la participación inclusiva en las ocupaciones cotidianas para todas las personas en la sociedad, independientemente de su edad, capacidad, género, clase social u otras diferencias" (p.10). Así, se producen distintos tipos de injusticias ocupacionales que pueden afectar a las personas mayores, con o sin discapacidad, habitantes del medio rural. En el caso de las mujeres mayores, puede ser que se vean sumidas en labores de mantenimiento de la casa durante gran parte del día, simplemente por el mero hecho de ser mujeres, lo que supone un desequilibrio ocupacional. Este término se utiliza a nivel individual cuando una persona dedica demasiado tiempo a una ocupación a expensas de otras, pero también a nivel de comunidad, cuando a algunos individuos se les presentan muchas oportunidades de participación mientras que otros reciben pocas ofertas, incluso ninguna, lo que podría ilustrar la desigualdad de oportunidades que podría existir en la oferta de ocio entre un pequeño pueblo y una ciudad. Aunque el complejo fenómeno de la jubilación podría ser conceptualizado de distintas formas, hemos querido usarlo como otro ejemplo de desequilibrio, al suponer una etapa que requiere de un reajuste temporal, ya que en muchas ocasiones se pasa de un desequilibrio donde el trabajo era el gran protagonista, a otro donde el tiempo libre y la reorganización/exploración de actividades significativas son necesarias (Jonsson, Borell, & Sadlo, 2003). En la privación ocupacional se excluye a los individuos de la oportunidad de desarrollar ocupaciones necesarias o significativas. Esto ocurre en los pequeños pueblos de la España vaciada, donde se priva a muchas personas del acceso a servicios sanitarios, educativos, del acceso a su propio dinero por la retirada de oficinas bancarias, de o participar actividades sociales, culturales, deportivas y de ocio. Por último,

en la alienación ocupacional se produce una sensación de vacío, de falta de identidad o al realizar ocupaciones para las que no encuentran satisfacción. ¿No podrían encontrarse en esta situación las personas que se encuentran en una situación de soledad no deseada?

Gráfico 1. *Algunas tipos de injusticia ocupacional que pueden darse en el medio rural.*

Dos casos de Éxito en Extremadura.

Caso 1: Apoyando los proyectos de vida de las personas con discapacidad intelectual desde Plena Inclusión Extremadura.

Plena Inclusión estatal y cada una de sus organizaciones regionales están comprometidas desde hace años con los derechos, la participación y la inclusión de las personas con DI y del desarrollo. Es por ello por lo que se presentan tres interesantes iniciativas que se llevan a cabo desde Plena Inclusión Extremadura.

Experiencia 1) Programa de apoyo a los proyectos de vida de la persona mayor con DI en su contexto natural, que se lleva a cabo con las subvenciones del IRPF. Los objetivos de este programa son dar continuidad a los planes de intervención individualizados de los usuarios, capacitándoles a ellos y a sus familias para promocionar un envejecimiento activo y saludable. De esta forma, se busca garantizar interacciones positivas de la persona mayor con DI en su entorno comunitario, apoyándola para que pueda vida normalizada en su comunidad, reforzando su red de apoyo. Así, los profesionales de apoyo o profesionales contratados por Plena Inclusión Extremadura (asistentes personales o educadores/monitores) tendrán el rol de facilitar y propiciar el plan de vida de la persona mayor en su contexto natural. La persona o red de apoyo debe apoyarles en la búsqueda de oportunidades en su comunidad, ayudarles a adquirir/mantener hábitos saludables y promover que tengan el mayor control de sus vidas. Por lo tanto, este es un programa con unos valores

claros: personalización, promoción de los derechos de la persona a una vida digna acorde a sus deseos, presencia, participación y pertenencia (inclusión) y bajo un enfoque comunitario o "construyendo comunidad". Por desgracia, este programa tiene limitación presupuestaria, por lo que se prima la atención de aquellos usuarios con mayores necesidades de apoyo.

Experiencia 2) Talleres de salud y bienestar: técnicos del programa de envejecimiento de Plena Inclusión Extremadura imparten charlas para las personas mayores con DI y sus familias sobre temas como: cuidado del cuerpo, actividad física, alimentación adecuada, prevención de hábitos nocivos, la importancia de los controles de salud, cómo mantener la mente activa, cómo cuidar sus emociones y relaciones sociales, entre otros.

Experiencia 3) Red de Personas Mayores con DI: en las que un grupo de personas mayores o en proceso de envejecimiento con DI de las entidades de Plena inclusión Extremadura comparten opiniones en primera persona sobre sus preocupaciones, dudas o intereses. A partir de dichos debates, elaboran posicionamientos en cuanto a lo que ellos creen adecuado en torno a sus derechos. Además, buscan fórmulas con las que reivindicar el cumplimiento de sus derechos, por lo que tiene una clara vertiente de acción política y de empoderamiento y ciudadanía plena de las personas con DI.

Caso 2: Apoyando a los adultos mayores a mantenerse en forma desde el programa El Ejercicio Te Cuida.

Es un programa público de la Junta de Extremadura, desarrollado y coordinado por la Fundación Jóvenes y Deporte, en el intervienen los Centros de Atención Primaria, los Centros de Mayores de la Red Sociosanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) de la Junta de Extremadura y los Ayuntamientos de las localidades en las que se realiza el programa. En la actualidad se lleva a cabo en 113 localidades, divididas en 17 zonas (tanto urbanas como rurales) que son dinamizadas por 27 educadores físico-deportivos de los 4630 usuarios del servicio. Se puede consultar más información sobre estadísticas, zonas y otros aspectos en la web https://elejerciciotecuida.com

Así, El Ejercicio Te Cuida (ETC) es un programa de AF multicomponente orientado a personas mayores de 55 años que tiene como objetivo promocionar la salud, estilos de vida saludables y suponer un recurso comunitario de apoyo al sistema sociosanitario, y que conlleva la realización de las siguientes actividades:

- Realización sesiones de ejercicio físico multicomponente 3 veces semana/60 minutos.
- Realización de sesiones de ejercicio físico en grupos de fragilidad en los centros de gestión directa del SEPAD, con 3 sesiones semanales de 60 minutos.
- Evaluación periódica de la condición física y la calidad de vida de los usuarios.
- La realización de eventos para la promoción de la salud como desayunos saludables, marchas saludables, talleres y charlas para la mejora de hábitos saludables, etc.
- El asesoramiento en la práctica de AF en las localidades dónde está implementado el programa, gracias al conocimiento de la oferta deportiva de la localidad y a través de los gabinetes de atención a la práctica de ejercicio físico.

Debido a la pandemia del Covid-19, el programa sufrió una interrupción, al igual que el resto de la sociedad, más por tratar con población de riesgo. Pero eso no fue un obstáculo, ya que crearon "El ETC En Casa" (https://www.youtube.com/c/EjercicioTeCuida/), con material audiovisual para que las personas mayores siguieran ejercitándose en sus casas. Es de destacar que el ETC en Casa obtuvo 362541 visualizaciones hasta 2021, y 82094 durante ese año. El material audiovisual respondía a tres tipologías distintas:

- Sesiones en directo: 64 videos con 44702 visualizaciones en 2021.
- Sesiones grabadas: 77 videos con 32142 visualizaciones en 2021.
- Video-consejos: 15 videos con 5250 visualizaciones en 2021.

Sin embargo, los educadores físico-deportivos se dieron cuenta de que no estaban llegando a todos sus usuarios, quizá por dificultades con las nuevas tecnologías o por otras cuestiones, por lo que idearon otra alternativa: "El ETC Postal", con planificaciones y explicaciones visuales en papel, con enlaces QR a videos y otros materiales, que fueron llevados a las localizades en las que los usuarios tuvieran problemas para conectarse, y distribuyéndose mediante la colaboración de comercios locales, fuerzas de seguridad o ayuntamientos y oras entidades. Todo para que los mayores pudieran disfrutar de sus sesiones de ejercicio y que su salud se viera lo menos comprometida posible.

De esta forma, vemos como este programa hace grandes esfuerzos por llegar a toda la población, incluyendo la que vive en entornos rurales. ¿Pero asisten personas mayores con discapacidad a este programa? La respuesta es sí. Tras realizar una encuesta, una parte de los técnicos afirma atender a

personas mayores con discapacidad neurológica, física, discapacidad intelectual o del desarrollo y discapacidad sensorial en diversas localidades. Indican que dichos usuarios han mantenido una adherencia alta al programa y que, en la mayoría de los casos, se han relacionado con sus compañeros/as de grupo. Los educadores físico-deportivos manifiestan haber tenido que realizar en ocasiones, adaptaciones en su comunicación a los usuarios, modificaciones en los ejercicios y/o actividades adaptadas. Creen que el ETC es un programa inclusivo, pero que con mayor formación y recursos todavía podría mejorar la calidad de la atención a las personas mayores con discapacidad.

DISCUSIÓN

Entonces, después de todo lo visto ¿qué podemos hacer para promover el envejecimiento activo y saludable en personas con o sin discapacidad que viven en el medio rural? ¿Cuáles son sus necesidades? ¿cómo les apoyamos para que hagan valer sus derechos como ciudadanos/as?

Una primera respuesta es empoderarles, escucharles y ayudarles a ser protagonistas de sus propias vidas. Y para hacer esto tenemos una gran herramienta: la Planificación Centrada en la Persona (PCP). La PCP es una metodología orientada a promover que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de dirigir su propia vida (Urizarna-Varona et al., 2018). El punto de partida de este enfoque es el reconocimiento de la dignidad de cada persona, independientemente de las condiciones que acompañen su vida. Así, se trata de herramienta para apoyar a cada persona a definir y vivir la vida que le gustaría tener (Carratalá, Mata, & Crespo, 2017).

A partir de los valores y deseos de cada persona deberemos poner en marcha las herramientas y estrategias que promuevan un envejecimiento activo y saludable, inclusivo y en la comunidad, para todas las personas mayores, con o sin discapacidad. Por lo tanto, y recordando los tres pilares fundamentales: salud, seguridad y participación (OMS, 2002b), desglosamos algunas de las necesidades de las personas mayores, con o sin discapacidad, como son (Berjano & García, 2010; Comisión de Envejecimiento de la Red Nacional de Vida Independiente de Down España, 2021; García Fraile, 2018; Jiménez Lara, s. f.; Organización Mundial de la Salud, 2002b; Plaza et al., 2018; Plena Inclusión, 2017):

- Salud y calidad de vida, con unos servicios de salud que conozcan las peculiaridades de cada discapacidad para satisfacer sus necesidades, con protocolos y profesionales cualificados, con un enfoque

preventivo y que promueva el diagnóstico precoz de patologías asociadas.

- Seguridad económica y jurídica a todos los niveles, con prestaciones dignas, la oportunidad de poder trabajar en unas condiciones que le permitan la máxima autonomía e independencia. Con un código civil modificado que promueve las curatelas por encima de las tutelas.
- Prevención de abusos y violencia, como derecho fundamental y constitucional. Todas las personas deben ser protegidas de prácticas abusivas y que les lastimen.
- Lugares diseñados para todos (accesibilidad universal). Recordemos que recientemente la accesibilidad cognitiva se ha convertido en Ley.
- Promoción de la participación comunitaria, con oportunidades para todos y promocionando comunidades sostenibles e inclusivas.
- Redes de apoyo, formadas tanto por profesionales cualificados, como por personas del entorno, amigos, conocidos, vecinos, familiares… que apoyen a la persona mayor en los aspectos en que así se requiera.
- Elección del hogar: en la medida de sus posibilidades, la persona debería poder elegir dónde quiere vivir. Cada día surgen nuevos modelos de vivienda alternativos a las residencias, así como servicios que apoyan a las personas que quieren seguir viviendo en sus hogares.
- Promoción de las relaciones sociales. Porque somos seres sociales. Porque todos tenemos derecho a tener personas con las que compartir momentos y apoyarnos. Porque sin saber estar juntos, la vida es más triste.
- Promoviendo la autonomía, la independencia, la autodeterminación y la justicia ocupacional, mediante el establecimiento de apoyos, así como de las herramientas necesarias para que puedan ejercer una ciudadanía plena.
- Y prestando especial atención al medio rural. Como se ha mencionado, el entorno rural tiene una serie de características que lo diferencian de los medios urbanos. Atender a estas características es necesario para el éxito de políticas y programas destinados a mejorar la calidad del envejecimiento de las personas con o sin discapacidad en estos entornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abades, M., & Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, *23*(4), 151-155. https://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002
- American Occupational Therapy Association, Commission on Practice, & American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain & process*.
- Asamblea General de la ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A)*. Paris, Francia. Recuperado de http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/
- Asamblea General de la ONU. (2006). *Convención Internacional sobre los Drechos de la Personas con Discapacidad*. Nueva York, USA. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
- Berjano, E., & García, E. (2010). Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI. Madrid: FEAPS.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, *54*(24), 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955
- Carratalá, A., Mata, G., & Crespo, S. (2017). *Planificación centrada en la persona. Planificando por adelantado el futuro deseado*. Plena Inclusión España. Recuperado de https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/guia_planificacion_plena_inclusion_completob.pdf
- Causepié, P., Balbontín, A., Porras, M., & Mateo, A. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco.* Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo.
- Comisión de Envejecimiento de la Red Nacional de Vida Independiente de Down España. (2021). Vida adulta y envejecimiento de las personas con síndrome de Down El papel de las asociaciones y los equipos profesionales. Madrid: Down España.
- Cruz-Souza, F. (2006). *Género, psicología y desarrollo rural: La construcción de nuevas identidades*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Dumitrache, C. G., Rubio, L., Bedoya, I., & Rubio, R. (2017). Promoviendo el envejecimiento activo en entornos rurales: Un programa de intervención implementado en Orense, España. *Universitas Psychologica*, *16*(3), 1-12.
- García Fraile, M. (2018). *El Envejecimiento en las Personas con Parálisis Cerebral.* Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Gobierno de España. (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, (311, de 29/12/1978), 1-40.
- González-Alonso, M. Y. (2016). *Parálisis cerebral y envejecimiento activo*. Valladolid: Federación ASPACE Castellano Leonesa.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de https://www.ine.es

- Jefatura del Estado. (2022). *Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.* Boletín Oficial del Estado nº78. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/l/2022/03/31/6
- Jiménez Lara, A. (s. f.). *Informe Olivenza 2018, sobre la situación general de la discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Recuperado de https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/04/OED-INFORME-OLIVENZA-2018.pdf
- Jonsson, H., Borell, L., & Sadlo, G. (2003). Jubilación: Una transición ocupacional con consecuencias en la temporalidad, equilibrio y significado de la ocupación *. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (3), 7. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2003.145
- Klingbeil, H., Baer, H. R., & Wilson, P. E. (2004). Aging with a disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *85*, 68-73. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.03.014
- León-Sanromà, M. (2007). El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Atención Primaria*, *39*(8), 451. https://doi.org/10.1157/13108625
- Mehrotra, C., Wagner, L. S., & Fried, S. (2009). *Aging and diversity: An active learning experience* (2nd ed). New York: Routledge.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado nº289. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/
- Organización Mundial de la Salud. (2002a). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Recuperado de https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002b). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *37*(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Edadismo: Preguntas y respuestas*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism
- Palero, P., Huete, A., Blanco, A., & Berzosa, G. (2015). *El envejecimiento de las personas con discapacidad en Extremadura.* Olivenza, España: Observatorio Estatal de la

Discapacidad. Recuperado de https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2021/07/Estudio-Envejecimiento-PCD-Extremadura.pdf

- Plaza, M., Hernández, C., & Vidriales, R. (2018). *Envejecimiento y trastorno del espectro del autismo: Un proceso vital invisible.* Recuperado de http://www.autismo.org.es/sites/default/files/envejecimiento_informe_ejecutivo_version_web.pdf
- Plena Inclusión. (2017). *Posicionamiento de Plena inclusión sobre Terminología*. Recuperado de https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/posicionamiento-de-plena-inclusion-sobre-terminologia/
- Ponce de Leon, L., & Andres-Cabello, S. (2017). Active aging in rural environment in Spain. *Ehquidad. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (7), 175-198. https://doi.org/10.15257/ehquidad.2017.0006
- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*, *7*(1), 61. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17
- Roqué, M. (2014). *Guía para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Recuperado de https://www.algec.org/wp-content/uploads/2019/06/guia-para-comunicar-con-responsabilidad-sobre-las-personas-mayores.pdf
- Rugde, M. (2020). *Older people's inclusion in the SDGs is essential to leave no one behind*. Londres: HelpAge International. Recuperado de https://www.helpage.org/what-we-do/post2015-process/
- Sheerin, F., McCallion, P., McGlinchey, E., O'Dwyer, M., Reilly, E., & McCarron, M. (2020). Aging with Intellectual Disability: Dementia and Cognitive Decline. En J. L. Matson (Ed.), *Handbook of Dual Diagnosis* (pp. 311-330). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46835-4_19
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2007). *Tratado de Geriatría para residentes*. Madrid, Spain: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Recuperado de https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
- The European federation of retired and elderly persons. (2016). *Carta de los Derechos de las Personas Mayores y Jubiladas de Europa*. Recuperado de https://ferpa.org/wp-content/uploads/2020/10/Charte_droits-personnes-agees_EN1.pdf
- Tse, M. M., Kwan, R. Y., & Lau, J. L. (2018). Ageing in individuals with intellectual disability: Issues and concerns in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*. https://doi.org/10.12809/hkmj166302
- Urizarna-Varona, S., Ruiz, P., Naharro, L., Martínez, I., Sáenz, I., & Carriquiri, J.-C. (2018). Planificación Centrada en la Persona: Metodología de apoyo para que cada persona con discapacidad dirija su vida. La experiencia de ASPRODEMA. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, *8*, 164-187. https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i0.6686
- Verdugo, M. Á. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, *41*(4), 7-21.

- Verdugo, M. Á., Córdoba, L., & Rodríguez, A. (2020). Calidad de vida en familias de personas con discapacidad. *Pensando Psicología*, *16*(1), 1-23. https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.01.01
- Wehmeyer, M. L. (2020). The Importance of Self-Determination to the Quality of Life of People with Intellectual Disability: A Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7121. https://doi.org/10.3390/ijerph17197121

4.

HISTORIAS DE PREVENCIÓN Y RESISTENCIA A LAS IDEAS DE MUERTE POR SUICIDIO

STORIES OF PREVENTION AND RESISTANCE TO THOUGHTS OF DEATH BY SUICIDE

CARLOS ALEXIS CHIMPÉN-LÓPEZ
cchimpen@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

RESUMEN

La prevención del suicidio parecería que es algo que debe quedar en manos de los profesionales de distintos campos, fundamentalmente de los psicólogos y psiquiatras. Sin embargo, el papel que desempeña la comunidad es primordial y deben ser rescatados y validados los saberes locales, para poder enfrentar con éxito esta problemática creciente. Para cumplir este objetivo, los profesionales implicados deben facilitar el que las personas hablen a través de ellos y no solo a ellos.

En el presente artículo se presenta el testimonio de una mujer que pasó por la muerte por suicidio de su padre y que ofrece algunos puntos de vista valiosos para las posibles acciones que la comunidad podría haber dado para evitar esta muerte, así como, para acompañar de un mejor modo a la familia. Romper el tabú de hablar del tema, evitar el morbo al preguntar como fue y apoyar de forma incondicional son algunas de las maneras en que la comunidad puede basarse para crear una historia de resistencia a las ideas de muerte.

Finalmente, se presentan los actos de resistencia de esta mujer, junto con algunos de los realizados por otras personas en diversos países, para resaltar las historias de prevención y la respuesta de resistencia a la pérdida de un ser querido por muerte por suicidio.

Palabras Claves: terapia narrativa, muerte por suicidio, testimonio, comunidad, actos de resistencia

ABSTRACT

Suicide prevention would seem to be something that should be left to professionals in different fields, mainly psychologists and psychiatrists. However, the role of the community is critical, and it is necessary that the local knowledge must be rescued and validated to successfully address this growing problem. To achieve this goal, the professionals involved must make it easier for people to speak through them and not only to them.

This article presents the testimony of a woman who went through the death by suicide of her father and offers some valuable insights into the possible actions that the community could have taken to prevent this kind of deaths, as well as to better accompany the family. Breaking the taboo of talking about it, avoiding morbid questions about what it was like, and unconditional support are some of the ways in which the community can build a history of resistance to the ideas of death. Finally, this woman's acts of resistance are presented, along with some of those of others in various countries, to highlight stories of prevention and the resilience response to the loss of a loved one through death by suicide.

Key words: narrative therapy, death by suicide, testimony, community, acts of resistance.

INTRODUCCIÓN

El punto de vista de la terapia narrativa de White y Epston (1993) atraviesa transversalmente todo el presente artículo. Este enfoque se centra en una visión posmoderna del lenguaje, en la que éste constituye la realidad social (Chang & Nylund, 2013). El lenguaje sería el vehículo mediante el cual damos forma a nuestras identidades, pero también al contexto social en el que nos movemos.

Un concepto asociado al lenguaje y especialmente relevante es el de discurso. Siguiendo a Foucault (2010, p. 141) el discurso sería un conjunto de enunciados que dependen de un mismo sistema de formación, entendiendo por este un entramado de relaciones a modo de reglas sociales y culturales. Ejemplo de esto es el llamado discurso científico que posee una serie de reglas, debe ser objetivo, preciso, expresado con un determinado lenguaje y una determinada estructura organizada y sistematizada. Otro ejemplo claro sería el discurso de los medios de comunicación que, sin reglas tan explícitas como el anterior, se encargan de la producción de representaciones o construcciones sobre ciertos temas en grupos sociales que no tienen acceso a otros discursos con los cuales contrastar la información que reciben.

El problema se plantea cuando esos discursos se convierten en dominantes y dictan lo que es verdad y lo que no, lo que es normal y lo que no. Discursos de verdad que aprisionan a las personas, e incluso a comunidades enteras, y ocultan prejuicios y posturas dictadas por las prácticas culturales.

De este modo, coincidimos con Orozco-Villa (2019, pp. 2-3) en afirmar que el análisis del discurso en la producción cultural sobre el suicidio puede ser abordado desde dos perspectivas: que se piense el suicidio como fenómeno social y cultural producido discursivamente porque el discurso produce realidades y visiones sobre lo que ocurre en las sociedades; y una segunda perspectiva que concibe el suicidio desde el discurso ofrecido por los contextos académicos y expertos.

Por este motivo, además de reflexionar cuidadosamente sobre el lenguaje que utilizamos los profesionales, es fundamental pensar en las palabras que utilizamos más coloquialmente con los amigos y la familia. Los diferentes discursos que circulan en la sociedad acerca del suicidio nos han dejado con una gran cantidad de lenguaje común que está teñido de juicio u otras connotaciones que alimentan el estigma y la incomprensión.

La esperanza a lo anterior es que existen discursos cambiantes que favorecen la ruptura del discurso hegemónico dominante acerca del suicidio.

Los cambios de nomenclatura favorecen el cambio del discurso. Por eso, no se recomienda usar la nomenclatura “cometer suicidio” ya que se asocia a la idea de “cometer un crimen”, sino usar “muerte por suicidio”. Tampoco es conveniente hablar de intento fallido o acto fallido (de suicidio) lo que implica que una experiencia suicida no está completa hasta que se produce la muerte y es obvio que cada muerte por suicidio es una tragedia. Si la persona sobrevive no es un fracaso sino una oportunidad para la prevención, la ayuda y la posibilidad de construir una vida que merezca la pena. Se puede recomendar usar solamente “intento de suicidio” pero añadiendo que la persona intenta buscar una manera diferente de vivir.

Por lo general, esa otra manera de vivir es un intento de escapar del dolor abrumador que se siente. Así que es mejor utilizar términos sencillos y sin prejuicios que no supongan una intención o motivación desconocida. Las personas que mueren por suicidio quisieron seguir viviendo, pero de otra manera, sin sufrimiento (Chimpén-López, 2020).

Las comunidades, rurales o no, deberían tener todo esto muy presente, porque pueden colaborar en la prevención y en el apoyo de familiares y amigos cuando ocurre una muerte por suicidio.

Hoy en día, existen páginas web de diferentes organizaciones que dan ideas acerca de la prevención del suicidio donde obtener información acerca de un lenguaje más apropiado y actualizado. Los ayuntamientos, centros de salud, colegios y demás organismos oficiales, deben informar de estos recursos disponibles para la comunidad y que son de tanta ayuda.

Es de esperar que los cambios en el lenguaje ayuden a educar a la sociedad en general y a cambiar los malentendidos sobre el suicidio. Esto, junto con los recursos que se van ofreciendo a las comunidades, ayudarán a las personas que luchan con pensamientos suicidas a sentirse más apoyadas a la hora de solicitar ayuda.

Desde las prácticas narrativas, se entiende que el conocimiento local debe ser fortalecido y ser considerado relevante para el apoyo de la comunidad en la prevención y cuando ocurre una muerte por suicidio (Denborough, 2008; Epston, 2014; Geertz, 1983; Kwong, 2021; Sather, 2021). A continuación, siguiendo esta premisa, Pilar ha compartido generosamente su historia y la sabiduría adquirida al lidiar con la muerte por suicidio de su padre.

MENSAJE DE PILAR

No me gusta hablar de suicidio, sino de muerte por suicidio.
En el caso de mi padre, fue la consecuencia de una enfermedad, la depresión.
El cáncer provoca muertes, y hay muertes por cáncer. La depresión también las provoca, por lo tanto, hay muertes por depresión.
Se debería hablar de las muertes por suicidio como algo natural, algo que ocurre puesto que es la consecuencia de una enfermedad y las muertes por suicidio superan a las muertes de los accidentes de tráfico.
Si dejase de ser un tema tabú, para las personas que hemos sufrido este tipo de muerte sería muy doloroso, pero menos traumático.
¿Qué le dices a una persona que ha tenido un familiar que ha muerto de esta manera?
Nada, porque no sabes qué decirle. Es algo que no te esperas. De la misma manera, el familiar tampoco habla de esta muerte porque sabe la reacción que va a tener la persona que tiene enfrente. Normalmente se miente, una mentira piadosa y dice….
Murió de pronto.
¿De un infarto?.
Sí, de un infarto.
No te atreves a decir la verdad, no por ti, sino por la falta de aceptación social. Amén del morbo que provoca este tipo de muertes.
A mí padre se le rompió su vida, su huerta, su viña y su ocio por problemas de artrosis. Físicamente recuperó la movilidad, psicológicamente perdió todo.
Pidió ayuda, pero el sistema no supo dársela.

Yo lo acompañé a su primera cita con la psicóloga o psiquiatra, no recuerdo bien, la consulta se limitó a un cuestionario y a una receta con antidepresivos. ¿El tiempo de consulta? Menos de media hora. Mi padre salió de allí decepcionado, la esperanza se iba perdiendo.

Él no era creyente, tal era su desesperación que le pedía a la virgen salir de la situación en la que estaba porque no veía una solución y, al final, la encontró. Encontró su solución.

Lo dejó todo preparado, todo lo relacionado con bancos, papeles, escrituras y demás y dejó una carta de despedida que resultó ser una disculpa, pedía nuestra comprensión y nuestro perdón.

Y por nuestra parte lo tuvo, tanto perdón como comprensión.

De pronto, estás rodeado del equipo del centro de salud, de la guardia civil, del juez y del médico forense. Se investiga el caso para ver si ha sido por voluntad propia o no y este tipo de muertes se convierte en un acontecimiento en tu pueblo, un acontecimiento malo, pero un acontecimiento.

Provoca interés y curiosidad.

Algo que no te deja hacer un duelo normal, una despedida normal.

Y después vienen los consuelos buenos de los vecinos del pueblo y la curiosidad insana.

Algo de lo que tú te niegas a hablar.

¿Para qué preguntar si ya lo sabes?

Te encierras en casa y procuras salir poco y si lo haces eliges el momento en el que menos gente haya por la calle porque sabes que la gente te va a preguntar, te va a hacer ese tipo de preguntas curiosas, morbosas... Te conviertes en el centro de atención.

Te agobian los sitios cerrados y con mucha gente y te vuelves muy selectiva, sólo quieres a las personas de tu entorno.

En casa dejas todo como está, tal y como lo dejó la persona que se fue porque, a pesar de que hubo una carta de despedida, te niegas a aceptar esa muerte porque las personas no mueren así. Lo que produce un bloqueo mental que hace que olvides todos los recuerdos de esa persona y mucha impotencia porque quieres recordar, pero no puedes.

Y aparece la angustia y el ahogo. Vas caminando por la vida sin haber sido capaz de madurar la muerte de tu padre, sin haber tenido un duelo porque no pudiste ver el cuerpo de tu padre, no te dejaron, era un asunto "policial", se tenía que investigar. No se podía ver el cuerpo y mucho menos tocarlo.

De tres a cuatro años me ha costado a mí superar esto, se lo debo a la pandemia. Resulta paradójico. Hubo muchas pérdidas en el confinamiento y yo gané tranquilidad. Por fin pude llorar a mi padre y despedirme de él.

Pero asunto importante en mi caso, fueron las creencias religiosas de mi madre. Una persona muy religiosa y practicante que no encajó bien esta muerte porque eso no puede ser y es pecado. Que se pasó todo el tiempo que pudo estar en el tanatorio preguntando dónde iba a ser enterrado y que

estuvo yendo todos los días durante dos semanas al cementerio a ver si mi padre estaba allí. Y al no ver la lápida se disgustaba mucho porque esas muertes no tienen cabida en el cementerio. Descansó a los dos meses cuando la lápida fue puesta.

Mi madre fue la persona que se encontró a mi padre ahorcado. Hacía un tiempo que mi madre tenía pérdidas de memoria y era el comienzo de la demencia, pero todo estaba controlado. La situación que se encontró mi madre agudizó la enfermedad y puedo decir que ese día perdí a los dos.

Durante el primer mes mi madre sí supo qué hizo mi padre, a partir del segundo ya no lo recordaba bien, para ella sigue vivo y en la viña. Bendita enfermedad, que ha hecho que olvide…

Mi hermana no habla del tema, es un tema tabú. Es muy difícil para ella.

En realidad, es difícil para las dos.

Puedo decir que para mí ya es normal, es una muerte tan normal como la de un infarto.

A veces pienso que he tenido que llegar a esta conclusión para poder seguir caminando.

Lo que sí me molesta realmente, y mucho, es la poca cobertura social que tiene.

Cuando me llaman por teléfono para las campañas contra el cáncer, siempre digo lo mismo… Estoy esperando que alguien me llame para las campañas contra el suicidio o para el apoyo a los familiares que han padecido este tipo de muertes.

Y ahora, en semana santa, echo de menos ver cómo mi padre embotellaba el vino que él hacía, el decirle a mi madre que quiere comida de semana santa (bacalao, potaje, tortillas….). Estoy enfadada con la vida, aunque hayan pasado cinco años, es mi primera semana santa consciente de lo que pasó y con todo lo que eso conlleva… Mucho dolor.

Pero, aunque ni él ni mi madre estén físicamente, estoy viviendo esos tiempos pasados, esos recuerdos que perdí, pero que afortunadamente ya recuperé.

Si alguien ha vivido este tipo de situación, sabe comprenderme. Para el que no lo ha hecho, que no juzgue, porque otra solución no había.

HISTORIAS QUE REDUCEN EL ESTIGMA DE LA MUERTE POR SUICIDIO

Hay muchas historias como la de Pilar, historias que además de honrar el dolor y la pérdida del suicidio de un ser querido, también arrojan luz sobre las acciones, a menudo pequeñas, que la gente utiliza para superar esa experiencia, aunque no siempre sea fácil darse cuenta o reconocer tales acciones (Sather & Newman, 2015).

No quiero que solo resuene el sabor amargo de las palabras de Pilar, sino que se preste atención también a las palabras de determinación y amor que se encuentran en su testimonio. Puede verse claramente la lucha por la que ha pasado Pilar y que ya es capaz de mantener la cabeza alta en su pueblo y quiere que con su historia haya otras personas capaces de hacer lo mismo e intentar que no pasen por experiencias comunitarias de incomprensión.

Como plantea Denborough (2008, p. 3), muchas personas que pasan por el consultorio de un profesional tienen pocas probabilidades de sentir que están realizando alguna contribución a las vidas de otras personas que están pasando por situaciones similares. Compartir la experiencia de sufrimiento y como se ha respondido al mismo puede ofrecer una contribución a otros, algo que puede aportar sentido a la experiencia de muerte por suicidio, y se pasa de hablar "al" terapeuta a hablar "a través" del terapeuta.

Estas son algunas de las respuestas que conforman historias de prevención y resistencia de personas que han pasado por la experiencia de muerte por suicidio siguiendo el testimonio de Pilar y la forma de recoger los testimonios de Sather y Newman (2015):

> Las palabras pueden doler o ser un bálsamo para el dolor.

No hablar de suicidio a secas, sino de muerte por suicidio. Se puede hablar como una muerte causada por una enfermedad, la depresión, pero hablar de ello para romper el tabú existente. Hablar de pecado, acto de cobardía o egoísmo no ayuda en absoluto.

Romper el silencio.

Algo que hace mucho más difícil la superación de la muerte por suicidio es el no querer hablar de lo sucedido. Tanto es así que hay que utilizar mentiras "piadosas" para evitar entrar en el tema. La comunidad y los profesionales de la salud mental tendrían que facilitar espacios para romper el silencio. Realizar campañas de prevención permitiría hablar a quienes están pensando en el suicidio como salida a su sufrimiento. Romper el silencio conllevaría mayor comprensión, menos juicios y prejuicios y se pondría fin a la curiosidad insana.

Honrar la vida a través de los recuerdos

Recordar la huerta, la viña, el ocio, embotellar el vino, recordar su comida de semana santa… son todos recuerdos que honran la vida y mantienen la conexión con el ser querido. Se llega a sentir que la muerte por suicidio fue comprensible, aunque, por supuesto, exista enfado y dolor. Quizás la

comunidad podría colaborar en facilitar recuerdos que fortalezcan o incluso refuercen la celebración de esa vida.

Tiempo de espera

Como dice en su canción Sara, El último de la Fila: "no es que el tiempo lo cure todo, pero puede ayudar". Se requiere tiempo para sí y el resto de la familia, para estar en casa sin salir con mucha gente, siendo selectiva con la gente con que te relacionas. Después poco a poco se retoma una vida más activa. La comunidad debe respetar esos tiempos sin presionar, sabiendo que se está atravesando una transición a otra forma de vida.

Profesionales bien formados

La esperanza es la mejor prevención y los profesionales pueden ser, en algunas ocasiones, el último frente de resistencia de la esperanza. A veces los profesionales son los únicos con los que la persona se abre y habla del tema del suicidio. Los cuestionarios no ayudan, el poco tiempo dedicado a la escucha no ayuda, la receta no ayuda, el no escuchar al familiar o no prestar atención a la carta de despedida tampoco. La comunidad puede exigir formación a los profesionales de la salud mental, delicadeza y acompañamiento. Son buenas herramientas de prevención.

Seguir caminando

La vida sigue y puede que tengas que transitar diversos caminos antes de saber como honrar a tu ser querido. Sin embargo, sus recuerdos, sus valores, sus enseñanzas pueden acompañarte en ese seguir caminando. Ningún tipo de muerte podrá separarte del amor que sentías por él.

A MODO DE CONTINUIDAD, QUE NO DE CIERRE NI DE CONCLUSIÓN

Aún queda mucho por hacer, desde nuestras diferentes responsabilidades, para prevenir e intervenir en las muertes por suicidio. Escuchemos más a las personas que han pasado por esta experiencia en su familia o entre sus amistades. Merecen que se les de voz y que la comunidad les facilite la expresión de las dificultades que este tipo de muerte provocan. Las personas que hemos pasado por ello conocemos la complejidad de enfrentarse a una experiencia así pero también sabemos del beneficio de conservar lo vivido con nuestros seres queridos. La relación con ellos continuará, de otra forma, pero continuará.

BIBLIOGRAFÍA

- Chang, J. & Nylund, D. (2013). Narrative and Solution-Focused Therapies: A Twenty-year Retrospective. Journal of Systemic Therapies, 32(2), pp. 72–88.
- Chimpén-López, C.A. (2020). La larga y dura lucha por permanecer vivas: acompañando a personas que no quieren seguir viviendo. Mosaico, abril, nº 75, 40-54.
- Denborough, D. (2008). Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma. Dulwich Centre Publications
- Epston, D. (2014). Ethnography, co-researech and insider knowledges. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, 1, 65-68.
- Foucault, M. (2010). La arqueología del saber. Siglo XXI.
- Geertz, C. (1983). Local knowledge: Further essays in interpretive anthropology. Basic Books.
- Kwong, K. F. (2021). We will never walk alone in hardship: Responding to collective trauma in Hong Kong. International Journal of Narrative Therapy & Community Work, 4, 94-103.
- Orozco-Villa, E.O. (2019). Análisis crítico del discurso y suicidio: más allá de la narrativa de la enfermedad. Arbor, 195 (794): a533. https://doi.org/10.3989/arbor.2019.794n4007
- Sather, M. & Newman, D. (2015). Holding our heads up: Sharing stories not stigma after losing a loved one to suicide. International Journal of Narrative Therapy & Community Work, 2, 14-40.
- Sather, M. (2021). Illuminating skills and knowledges of women who have lost a male partner to suicide: A feminist insider narrative practice research project (Doctoral dissertation).
- White, M. & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós.

5.

APLICACION DE LA TERAPIA DE ACEPTACION Y COMPROMISO (ACT) EN POBLACION MAYOR: UNA REVISION SISTEMÁTICA

APPLICATION OF THE ACT IN THE ELDERLY POPULATION: A SYSTEMATIC REVIEW

JOSÉ Mª MARTÍNEZ MARÍN
jmaria.martinez@ucavila.es josmartinez@plasencia.uned.es
Universidad Católica de Ávila, UNED, España

RESUMEN

El objetivo de esta investigación ha sido realizar una revisión sistemática de los estudios científicos que han aplicado la Terapia de Aceptación y Compromiso a la población mayor de 60 años para profundizar en la evidencia disponible respecto a su aplicabilidad y eficacia. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de trabajos de investigación comprendidos entre los años 2000 y 2021 que dio como resultado diez artículos que cumplían con los criterios de inclusión. Los resultados obtenidos indicaron que la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso mejora la sintomatología de las personas mayores que padecen dolor crónico, depresión y ansiedad. Estos hallazgos, sin embargo, deben ser interpretados con cautela debido a las limitaciones metodológicas identificadas en los estudios revisados, siendo necesarios un mayor número de ensayos clínicos controlados y aleatorizados para poder corroborar los resultados iniciales.

Palabras Claves: Revisión sistemática, Terapia de Aceptación y Compromiso, personas mayores, eficacia.

ABSTRACT

The objective of this research has been to carry out a systematic review of the scientific studies that have applied Acceptance and Commitment

Therapy to the population over 60 years of age to deepen the available evidence regarding its applicability and efficacy. For this, a bibliographic search was carried out in different databases of research works between 2000 and 2021, which resulted in ten articles that met the inclusion criteria. The results obtained indicated that the application of Acceptance and Commitment Therapy improves the symptoms of older people who suffer from chronic pain, depression and anxiety. These findings, however, should be interpreted with caution due to the methodological limitations identified in the studies reviewed, requiring a greater number of randomized and controlled clinical trials to be able to corroborate the initial results.

Key words: Systematic review, Acceptance and Commitment Therapy, older people, efficacy.

INTRODUCCIÓN

En el informe Perspectivas de la Población Mundial 2019 de la Organización de Naciones Unidas, se refleja que la población mundial sigue envejeciendo a causa del aumento en la esperanza de vida y de la disminución de los niveles de fecundidad. Este proceso llevará a que en los años cincuenta de este siglo una de cada seis personas tenga más de 65 años.

Este aumento de edad de la población mundial irremediablemente lleva aparejada la necesidad de tratamientos psicológicos para poder mantener un satisfactorio nivel de vida y poderse enfrentar a los desafíos que conlleva la longevidad (Kishita, Takei y Steward, 2017).

No obstante, en las generaciones precedentes ha imperado una escasa cultura psicológica al considerar que las emociones, los pensamientos y los sentimientos no estaban directamente relacionados con el bienestar y su calidad de vida, lo que ha hecho que las personas mayores no hayan sido usuarios habituales de los servicios de atención psicológica. Además han imperado en la sociedad estereotipos relacionados con la inevitabilidad del sufrimiento psicológico y la falta de confianza en las posibilidades de cambio en este sector de población. Todo esto ha contribuido a que el desarrollo de la psicología clínica aplicada a los mayores cuente con un menor grado de conocimiento teórico y evidencia empírica que el tratamiento de jóvenes y adultos (Márquez, Fernández, Romero y Losada, 2013).

A pesar de que la prevalencia de los trastornos mentales disminuyen en la edad adulta (Smyer y Qualls, 1999), las personas mayores institucionalizadas que sufren enfermedades crónicas y/o deterioro funcional tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ánimo y/o de ansiedad. Estos trastornos

están asociados con niveles altos de atención médica, incremento del deterioro funcional y cognitivo, un aumento de la mortalidad, mayores tasas de suicidio (Diefenbach, Woolley y Goethe, 2009) y disminución de la calidad de vida (Porensky et al., 2009; Wetherell et al., 2004).

Además de los trastornos de ansiedad y depresión, el dolor crónico afecta a casi un 80% de las personas a partir de los 75 años y este porcentaje sube hasta un 86% entre las personas mayores institucionalizadas (Epps, 2001). A pesar de estos datos, casi una de cada tres personas en centros de mayores no recibe ningún tipo de tratamiento para el dolor, más del 90% manifiestan no ser capaces de poder controlarlo y que éste interfiere en su funcionamiento diario y en su calidad de vida. Todo esto indica una clara asociación entre el dolor crónico y el malestar psicológico generado por el mismo (Hawker, Mian, Kendzerska y French, 2011; Macea, Gajos, Calil y Fregni, 2010).

MARCO CONCEPTUAL

Las principales aproximaciones psicológicas con esta población se han centrado en las terapias cognitivo-conductuales ya que han mostrado una mayor eficacia que las listas de espera o los tratamientos habituales (Gould, Coulson y Howard., 2012a; Gould, Coulson y Howard., 2012b). No obstante, cuando se comparan las terapias cognitivo-conductuales con tratamientos farmacológicos o con otras terapias, las diferencias entre los grupos dejan de ser significativas (Krishna et al., 2011). Todo esto sugiere que se hace necesario el investigar otros enfoques terapéuticos para dar respuesta a los trastornos que afectan a la población mayor.

En este sentido, las terapias de tercera generación o terapias contextuales se han mostrado como una alternativa a los enfoques terapéuticos habituales para este sector de la población.

Este grupo de terapias surge en los años 90 del siglo pasado como crítica a la falta de atención al contexto y a las vivencias del individuo y el interés exclusivo en la vertiente cognitiva de los problemas psicológicos. También empiezan a cobrar importancia la investigación de laboratorio sobre la influencia de las reglas verbales, las funciones del lenguaje y el aprendizaje de las reglas de equivalencia (Valero y Ferro, 2015).

Las características de este grupo de terapias son las siguientes (López de Uralde,2015):

a) Se adoptan explicaciones conductuales y con enfoque contextualista de los problemas psicológicos, los eventos privados y el lenguaje.

b) Las estrategias de cambio utilizadas son de marcado carácter experiencial, en lugar de centrarse en exclusiva en la modificación de las contingencias naturales de las conductas o en los eventos privados.

c) Se amplía el objetivo de la terapia al centrarse en la relación terapéutica como instrumento de cambio, en el lenguaje como forma de cambiar conductas problemáticas y en considerar éstas últimas como clases de conducta y no como elementos aislados.

A diferencia de las terapias pertenecientes a la segunda generación, el enfoque terapéutico de las terapias contextuales no se centra en cambiar o eliminar los eventos privados tales como el pensamiento y la cognición, con el objeto de propiciar un cambio en la conducta problemática del paciente. Por el contrario, se pretende una variación de los contextos verbales en los cuales los pensamientos y cogniciones son problemáticos y, de esta forma, modificar la función psicológica de los mismos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999 y Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

Esta variación de los contextos verbales se logra a través del uso del lenguaje para promover un cambio en el contexto en el que son experimentados los eventos privados, tales como pensamientos, sentimientos y cogniciones. El objetivo final sería el lograr una flexibilización de las respuestas a estos eventos privados, siempre en la dirección a las metas que el individuo ha señalado como valiosas (Reyes Ortega, 2017).

El procedimiento para lograr esta flexibilización se sirve de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales para lograr que el cliente acepte que los intentos de control sobre sus eventos privados no son la solución de sus problemas, sino un alivio momentáneo de su sufrimiento y, en último término, una parte fundamental del problema en sí mismo.

Siguiendo a Reyes Ortega (2017), las terapias contextuales comparten tres mecanismos de cambio:

a) Apertura a las experiencias del momento presente, es decir, experimentarlas sin hacer ningún intento de modificación de las mismas.

b) Plena consciencia del momento presente sin interpretaciones ni juicios. Esto incluye tanto los eventos privados, como los situacionales.

c) Orientación en estas experiencias para poder actuar en dirección a las metas y valores de la persona de forma flexible, lo que permitirá ajustarse a los cambios que surjan mientras se está actuando.

El enfoque terapéutico que cuenta con más evidencia empírica de este movimiento es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la cual se perfila como una propuesta muy prometedora para ser aplicada en la población mayor, ya que propugna la motivación y la acción hacia las metas relacionadas con los valores personales y, al mismo tiempo, un ajuste flexible a las pérdidas de toda índole y los cambios asociados al envejecimiento (Alonso, López, Losada y González, 2013).

La Terapia de Aceptación y Compromiso surge a mediados de los años ochenta del pasado siglo (Hayes, 1984), los orígenes teóricos reales de este enfoque terapéutico datan de análisis experimental y de los estudios sobre el lenguaje natural de Skinner (1953, 1957) y de las investigaciones sobre las relaciones de equivalencia de Sidman (1971). Por tanto, la ACT se caracteriza por ser conductual, radical, analítica contextual y funcional. La calificación de radical se refiere a la consideración de que los eventos privados son situados dentro de la misma categoría que las conductas y ambos dentro de un contexto necesariamente de naturaleza verbal.

El objetivo final de esta terapia es la de que la persona alcance un repertorio amplio y flexible de comportamientos dirigidos a avanzar en la dirección de metas que sean valiosas. Esto solo será posible si las acciones del individuo dejan de están únicamente regidas por la presencia o ausencia de pensamientos, sentimientos y emociones que provocan malestar psicológico.

Los métodos utilizados por la ACT para lograr sus objetivos terapeúticos son principalmente modalidades verbales que intentan establecer una analogía entre la historia que se cuenta en las mismas y la dificultad que está presentando el cliente. Entre estos métodos, destacan los siguientes:

a) **Las metáforas:** Son analogías al problema que se está tratando en la sesión terapéutica. Es decir, serían ejemplos de carácter verbal que relacionan el problema del cliente con una determinada historia.

El fundamento del método es que, de forma no directa, el cliente puede reflexionar y encontrar una solución a su problema, ya que estas metáforas tienen la posibilidad de adaptarse a las circunstancias personales del mismo. Por tanto, resultan de gran utilidad para el avance en el cambio del contexto verbal en el que está insertado el patrón de evitación evidenciado en las sesiones terapéuticas.

Tal y como expone Barraca (2007), las razones de la utilidad del lenguaje metafórico serían:

1) No es normativo ni ordena nada, por tanto, no clarifica que regla hay que cumplir.

2) Las metáforas no se constituyen en discursos verbales dotados de una lógica y una linealidad, sino que muestran una imagen de cómo pueden o podrían funcionar las cosas en un contexto determinado.

3) Las metáforas son fáciles de recordar y su alto grado de flexibilidad y adaptación permiten su uso en una gran variedad de contextos, no solo en el que se aprendieron.

b) **Las paradojas:** Son de gran utilidad a la hora de romper la literalidad del lenguaje. Su uso está fundamentado en el hecho de que uno de los objetivos de la ACT es el de cuestionar la lógica de determinadas posturas personales que se están mostrando perjudiciales para la persona, ya que cambian el control contextual de sus verbalizaciones, creando nuevas conexiones verbales por equivalencia.

Las paradojas más recurrentes en las sesiones de terapia son las inherentes porque muestran una contradicción entre la funcionalidad de un evento verbal y aquello que es afirmado por la paradoja, de tal forma que lo se está pidiendo es controlar lo no controlable, produciendo lo contrario a lo que se pretende. Por ejemplo, si decimos a un cliente que "no sienta miedo al hablar en público" el resultado obtenido es justo lo contrario ya que seguramente aumentaremos el miedo que siente en ese momento.

El objetivo final será que el cliente sienta vívidamente que es imposible el seguir ciertas reglas que en muchas ocasiones se auto impone de forma consciente o inconsciente.

c) **Los ejercicios experienciales:** Son aquellos en los que se práctica la exposición a los pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones físicas que provocan malestar en el cliente de tal forma que estos sean vivenciados sin rechazo ni evitación.

Estos ejercicios son diseñados de la manera más específica posible a los problemas del cliente y parten de la perspectiva del yo como contexto para desarrollarse necesariamente en el aquí y ahora.

Esta práctica es bien aceptada por los clientes ya que, a la seguridad que da el contexto terapéutico a la hora de facilitar la exposición y experimentación de los eventos privados por la debilitación de el sentimiento de amenaza que suscitan en el cliente, se une el hecho de que estos ejercicios suelen resultar

más prácticos y atractivos que las discusiones analíticas y lineales (Barraca, 2007).

Esta variedad de herramientas y estilos discursivos y experienciales lo que pretenden es la evitación de las trampas del lenguaje y la facilitación y la experimentación de un contexto verbal en el que se valida la realidad de la experiencia vivida, en lugar de la supuesta racionalidad del discurso del cliente. Todo esto es llevado a cabo con la supresión del más mínimo intento de ponderar la verdad o los valores del terapeuta.

Con respecto a las revisiones sistemáticas realizadas, no se ha encontrado ninguna que investigue la aplicación de la ACT a esta población de forma específica. Si hay revisiones sobre la aplicación de las terapias de tercera generación. En concreto, la revisión de Kishita, Takei y Steward (2017) estudia la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales basadas en mindfullness de tercera generación para trastornos de ansiedad y depresión. Las conclusiones principales de este estudio fueron que existía una clara evidencia de la efectividad de este tipo de enfoques terapéuticos para la sintomatología depresiva en este sector de población.

Por tanto, el objetivo de la presente investigación es el de sintetizar los hallazgos sobre la efectividad de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en los trastornos psicológicos que afectan a la población mayor.

MARCO METODOLÓGICO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analysis) (Moher et al, 2009), desarrollada para la publicación de revisiones sistemáticas.

Para dar respuesta al objetivo planteado se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Scopus, Web of Science, PsycINFO, Medline y Psychology and Behavioral Sciences Collection desde el año 2000 hasta el 2021. Está búsqueda se complementó con una consulta manual de las referencias extraídas, los autores, revistas e instituciones más citadas en las mismas.

En el proceso de búsqueda se utilizaron operadores booleanos con las siguientes cadenas de búsqueda para todas las bases de datos: "Acceptance and commitment therapy" AND "older" o "Acceptance and commitment therapy" AND "elder". Con respecto a las áreas de búsqueda, éstas fueron limitadas a las siguientes: Psicología, Medicina, Neurociencia, Psiquiatría, Gerontología y Ciencias de la Conducta.

Los resultados obtenidos en esta primera fase de búsqueda están resumidos en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Bases de datos utilizadas y estrategias de búsqueda*

Base de datos	Cadena de búsqueda	Resultados
Scopus https://www-scopus-com.ezproxy.unex.es/search/form.uri?display=basic&zone=header&origin=	"Acceptance commitment therapy" and "older" or "Acceptance commitment therapy" and "elder	103
Web of Science https://apps.webofknowledge.com/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=E3fr6wI9MywMqNU8PgZ&preferencesSaved=	"Acceptance commitment therapy" and "older" or "Acceptance commitment therapy" and "elder	39
Psycinfo http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unex.es/ehost/search/basic?vid=0&sid=87fa9a99-480d-47e9-82a7-e4cb42b50474%40sdc-v-sessmgr03	"Acceptance commitment therapy" and "older" or "Acceptance commitment therapy" and "elder	32
Medline (a través de Ovid)	"Acceptance commitment therapy" and "older" or "Acceptance commitment therapy" and "elder	16
Psychology and Behavioral SciencesCollection http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unex.es/ehost/search/basic?vid=0&sid=008f1882-f543-4af1-b3fb-818e99405992%40sessionmgr4008	"Acceptance commitment therapy" and "older" or "Acceptance commitment therapy" and "elder	6
	Total	196

Fuente: Elaboración propia

En una segunda fase se excluyeron los artículos duplicados y se llevó a cabo un proceso de cribado mediante la revisión del título y el resumen de los artículos restantes. Los artículos seleccionados tenían que cumplir los siguientes criterios de elegibilidad:

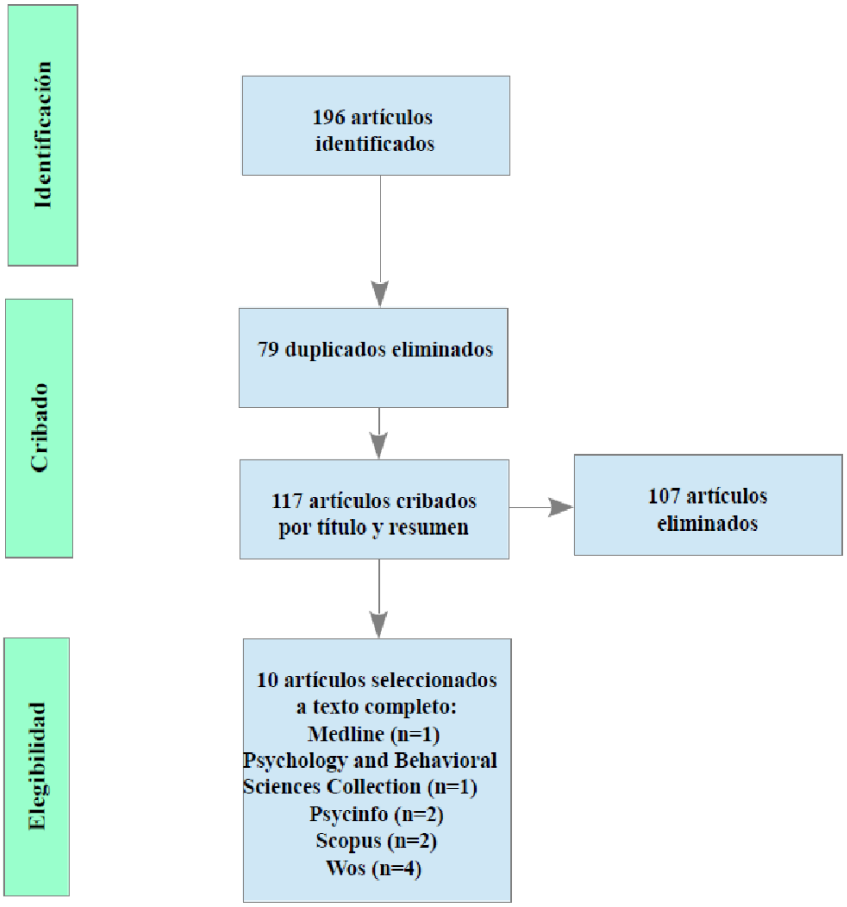
- Ser una intervención psicológica que utilice la Terapia de Aceptación y Compromiso como componente único o principal en el abordaje terapéutico del trastorno a tratar.

- Ser un caso o una muestra que tenga un diagnóstico clínico.
- La muestra tiene que tener una edad superior o igual a 60 años.
- El estudio tiene que estar escrito en inglés o español.
- El texto debe ser de libre acceso y estar completo sin coste adicional.

Los criterios de exclusión serían los complementarios a los expuestos, por tanto, de la muestra seleccionada se excluyeron los trabajos teóricos, las propuestas de intervención y los protocolos experimentales sin muestra clínica.

La Figura 1 muestra el proceso de selección de los estudios revisados. Fueron identificados inicialmente 196 artículos, de los cuales únicamente 10 cumplieron todos los criterios de elegibilidad especificados para ser incluidos en la presente revisión.

Figura 1. *Diagrama de flujo de la selección de estudios*



Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

Características de los estudios seleccionados

Con respecto a los países de procedencia de los estudios seleccionados, casi la mitad de los mismos son del Reino Unido, hay tres de Estados Unidos, dos de España y uno de Finlandia, por tanto, un 70% de los mismos procede de Europa.

La muestra conjunta de los estudios fue de 430 individuos con edades comprendidas entre 60 y 97 años. De los diez estudios seleccionados, únicamente en siete de ellos se hizo una distinción del género entre los integrantes de la muestra. Estos siete estudios incluyen 274 sujetos, es decir un 64% de la muestra total.

Con respecto a la variable género, las tres cuartas partes de la muestra total están formadas por mujeres (un 72%) lo que es congruente con la distribución de cada uno de los estudios seleccionados que incluyen la distinción de la muestra en esta variable.

En cuanto a los trastornos abordados en las investigaciones, en cinco de ellas se ha tratado el dolor crónico, en tres la depresión, en uno la depresión y la ansiedad y en otro el trastorno de ansiedad generalizada. Estos problemas están entre los más prevalentes para la población mayor de 65 años. En concreto y según Shega, Tiedt, Grant y Dale (2014), uno de cada cinco adultos sufre dolor y uno de cada diez es diagnosticado con dolor crónico cada año. Si nos centramos en el segmento de población mayor de 65 años, el 67% de las personas mayores manifiesta dolor de intensidad moderada o agudo en el último mes. Con respecto a la depresión la prevalencia mundial para este trastorno es de un 7% y supone casi un 5,7% de los años vividos con discapacidad para las personas mayores. Por último, un 3,8% de esta población se ve afectada por trastornos relacionados con la ansiedad (OMS, 2017).

Tabla 2. Publicaciones y factores de impacto

Autores	Revista	Factor de impacto (JCR)
Alonso, López, Losada y González (2013)	Behavioral Psychology	1,02
Alonso, López, Losada, González y Wheterell 2016)	Pain Medicine	2,51
Davison, Eppingstall, Runci y O'Connor 2017)	Aging and Mental Health	2,47
Carlin et al. (2013)	Aging and Mental Health	2,47
McCracken y Jones (2012)	Pain Medicine	2,51
McCraken, Sato y Taylor (2013)	Journal of Pain	4,62
Petkus y Wheterell (2013)	Cognitive and Behavioral Practice	2,09
Scott, Daly, Yu y McCracken (2017)	Pain Medicine	2,51
Similä et al. (2018)	Geriatric Nursing	1,67
Wheterell et al. (2011)	Behavior Therapy	3,24

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las revistas en las que se han publicado los trabajos y la calidad de las mismas (Tabla 2), se puede observar que uno de ellos está publicado en The Journal of Pain, que es la publicación con mayor factor de impacto (4,62 en Journal Citation Reports (JCR); 1,73 y Q1 en el Scimago Journal and Country Rank (SJR)) y hay dos revistas con dos artículos: Aging and Mental Health (2,47 en JCR; 1,05 y Q1 en SJR) y Pain Medicine (2,51 en JCR; 0,91 y Q1 en SJR) con factores de impacto menores pero todas incluidas en el primer cuartil. También figura en el primer cuartil la revista Behavior Therapy con un factor de impacto en el SJR similar a Journal of Pain. Con respecto al resto de artículos, las revistas donde están publicados pertenecen al segundo cuartil y presentan factores de impacto menores.

Análisis de los estudios que presentan un ensayo controlado y aleatorizado

***Tabla 3**. Características de los ensayos controlados y aleatorizados*[1]

Autores	Intervención ACT y duración	Grupos	Instrumentos de medida y seguimien-	Resultados
DOLOR CRÓNICO				
Alonso, López, Losada y González (2013)	Intervención ACT basada en Hayes et al., (1999) y en los principios del modelo SOC con adultos mayores (Baltes et al., 1999). Énfasis en: reducción de estereotipos sobre la vejez y el dolor, establecer metas vitales y compromiso para actuar de acuerdo con valores personales, manejo de rumiaciones, mindfullness, activación conductual, establecimiento de nuevas estrategias de afrontamiento, aceptación, prevención de recaídas, etc. 10 sesiones grupales en 5 semanas (20 horas totales)	ACT+SOC Grupal versus lista de espera	MHAQ, BPI, GDS-10, SWLS, SOPA, TOA, PCS, AAQ, CPVI, SOC. No tiene seguimiento	Disminución de la creencia de que la medicación sea el tratamiento principal del dolor (d=-1,39) No hay diferencias significativas entre los grupos en interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, el ánimo, las relaciones personales y familiares, el , sueño y el autocuidado
Alonso, López, Losada, González y Wheterell (2016)	Intervención ACT basada en Hayes et al., (1999) y Hayes y Duckworth (2006), y en los principios del modelo SOC con adultos mayores. (Baltes et al., 1990). Componentes: comprensión del dolor, desesperanza creativa, mindfullness, compromiso con acciones valiosas, control como estrategia ineficaz, estrategias de afrontamiento, promoción de autonomía, prevención de recaídas, etc. 9 sesiones grupales en nueve semanas (18 horas totales)	ACT+SOC grupal versus grupo de apoyo mínimo	MMSE, BPI, GDS, PASS- 20, PCS, SOC, CPAQ. No tiene seguimiento	Disminución significativa en la interferencia del dolor, de la ansiedad asociada al mismo, en el incremento del uso de Estrategias de compensación, en las creencias catastróficas relacionadas con el dolor y en la interferencia del dolor a la hora de caminar. Tamaños del efecto pequeños y medianos no especificados
McCraken, Sato y Taylor (2013)	Intervención ACT para el dolor crónico, con base en Hayes et al., (1999) y McCracken (2005). Se complementaron métodos para promover la flexibilidad psicológica como aceptación, defusión y compromiso con acciones valiosas. 4 sesiones grupales en dos semanas (16 horas totales)	ACT grupal +Tratamiento habitual versus Tratamiento habitual	RMDQ, PHQ9, SF- 36, PGIC, CPAQ, AAQ II. Seguimiento tres meses tras la intervención	Hay mejoras significativas en la sintomatología depresiva asociada al dolor tras el tratamiento (d=0,46) y tras el periodo de seguimiento (d=0,48). También hay diferencias significativas entre los grupos en la aceptación del dolor (d=0,64) y la sensación de discapacidad (d=0,59) pero solo tras el periodo de seguimiento
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN				
Davison, Eppingstall, Runci y O'Connor (2017)	Intervención ACT basada en Harris (2009) y Hayes et al. (2006) con el objeto de promover la flexibilidad psicológica, el mindfullness, el compromiso con acciones valiosas y mejorar el funcionamiento diario. 12 sesiones individuales en seis semanas (12 horas totales).	ACT individual versus lista de espera	GDS-15 Cornell Scale, GAI. Seguimiento tres meses tras la intervención	Disminución significativa de la sintomatología depresiva según el GDS-15 (d=0,66) y Cornell Scale (d=0,59).Los cambios se mantuvieron tras el periodo de seguimiento. No se observan cambios significativos en la sintomatología ansiosa
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA				
Wheterell et al. (2011)	Intervención ACT basada en Hayes et al., (1999) centrada en resaltar las limitaciones de las estrategias orientadas al control y la predisposición a aceptar sin juzgar las preocupaciones y el compromiso con acciones valiosas. 12 sesiones individuales en 12 semanas (12 horas totales)	ACT individual versus Terapia Cognitivo- Conductual (CBT)	HAMA, PSWQ, BDI-II, SF-36, CSQ. Seguimiento seis meses tras la intervención	Hay una reducción en la sintomatología depresiva y la preocupación en el grupo de ACT. No hay cambios significativos en ansiedad. En CBT se encuentran mejoras en sintomatología depresiva y ansiedad. Los cambios no se mantienen tras el periodo de seguimiento. No se especifican los tamaños del efecto

Fuente: Elaboración propia

[1] MHAQ: Cuestionario de Evaluación de la Salud Modificado, BPI: Inventario Breve de Dolor, GDS: Escala de Depresión Geriátrica, SWLS: Escala de Satisfacción con la Vida, SOPA: Actitudes ante el Dolor, TOA: Escala de Actitudes sobre el Propio Envejecimiento, PCS: Escala de Catastrofismo ante el dolor, AAQ-II: Cuestionario de Aceptación y Acción, CPVI: Inventario de Valores sobre el Dolor Crónico, SOC: Cuestionario de Selección, Optimización y Compensación, MMSE; Mini Examen del Estado Cognoscitivo, PASS-20: Escala de Síntomas de Ansiedad ante el Dolor, CPAQ: Cuestionario de Aceptación del Dolor, RMDQ: Cuestionario de Discapacidad Roland-Morris, PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente-9, SF-36: Cuestionario de Salud 36, PGIC: Cuestionario de Impresión Global del Paciente, GAI: Inventario de Ansiedad Geriátrica, HAMA: Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton, PSWQ: Cuestionario de Preocupación del Estado de Pensilvania, BDI: Inventario de Depresión de Beck, CSQ: Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

La tabla 3 presenta las características de los estudios en los que uno de los grupos era una intervención basada en ACT y el otro un grupo de control (tratamiento habitual, Terapia Cognitivo-Conductual o lista de espera).

Con respecto a las intervenciones ACT, se puede observar que las que trataron el dolor crónico son intervenciones grupales presenciales con una media de 18 horas de duración total y un promedio de horas de sesión de dos horas y veinte minutos.

Los protocolos de abordaje de las intervenciones ACT utilizan en su mayor parte el manual básico de Hayes et al. (1999) (cuatro de las cinco) y otros manuales generales de ACT como el de Harris (2009) o las investigaciones centradas en el dolor de Hayes y Duckworth (2006). En general se observan diferencias entre los tratamientos implementados, no obstante, las técnicas usadas tuvieron un alto grado de homogeneidad ya que se centraron en el abordaje de los componentes de la flexibilidad psicológica: conciencia del momento presente, defusión, aceptación, conexión con los valores, el yo como contexto y las acciones comprometidas.

Los instrumentos de diagnóstico más utilizados fueron aquellos relacionados con el dolor (BPI, PCS y CPAQ), la depresión (GDS en distintas versiones) el grado de socialización (SOC) y la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica (AAQ-II). Solo en tres de las cinco investigaciones se especifican periodos de seguimiento: los estudios de McCraken et al. (2013) y el de Davison et al. (2017) tienen periodos de seguimiento de tres meses y el de Wheterell et al. (2011) el seguimiento se da a los seis meses.

Con respecto a los resultados de las investigaciones centradas en la depresión, en la investigación de McCraken, et al. (2013) y en la de Davison et al., (2017) se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el de control en la sintomatología depresiva después del tratamiento y tras el periodo de seguimiento con tamaños de efecto medianos. Por último, en el trabajo de Wheterell et al. (2011) se observa una disminución de la sintomatología depresiva y la preocupación entre el grupo experimental y el de control tras el tratamiento, pero no se especifican los tamaños del efecto.

Con respecto al dolor crónico, en el estudio de Alonso et al. (2013) solo se obtuvieron diferencias significativas tras el periodo seguimiento en la aceptación del dolor y la sensación de discapacidad. En una posterior investigación del mismo grupo (Alonso et al.,2016), se dieron diferencias significativas en la interferencia del dolor, la ansiedad asociada al mismo, el uso de estrategias de compensación, las creencias catastróficas y en la interferencia del dolor a la hora de caminar con tamaños de efecto pequeños

y medianos que no se especifican. Por último, en el estudio de McCraken et al., (2013) se obtuvieron únicamente diferencias significativas tras el periodo de seguimiento en la aceptación del dolor y la sensación de discapacidad con tamaños de efecto medianos.

Análisis de los estudios sin ensayo controlado y aleatorizado

En la tabla 4 se detallan las características de los estudios que no presentan un ensayo controlado ni aleatorizado.

Con respecto a las intervenciones ACT, se puede observar que las que trataron el dolor crónico son intervenciones grupales presenciales con una media de 26,5 horas de duración total y un promedio de una hora y media por sesión.

De la misma forma que en los artículos del apartado anterior, los protocolos de abordaje de las intervenciones ACT utilizan en su mayor parte el manual básico de Hayes et al. (1999) (tres de las cinco) y otros trabajos de actualización y revisión de este modelo como el de Hayes et al. (2006). A pesar de las diferencias en los tratamientos utilizados, se observa un alto grado de homogeneidad en las técnicas empleadas que se corresponden con los seis procesos que determinan la organización de la flexibilidad psicológica anteriormente nombrados.

Los instrumentos de medición más utilizados fueron aquellos relacionados con el dolor (CPAQ), la depresión (BDI en distintas versiones) y la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica (AAQ-II).

Solo en dos de los cinco estudios se especifican periodos de seguimiento: en el estudio de McCraken y Jones (2012) tiene un periodo de seguimiento de tres meses y el de Scott el al. (2017) el seguimiento de la intervención se llevó a cabo nueve meses después.

Con respecto a los resultados de las dos investigaciones centradas en el dolor crónico (McCraken y Jones, 2012 y Scott et al., 2017) se manifiestan diferencias significativas en la sintomatología asociada al dolor, la discapacidad física y la social antes y después del tratamiento con tamaños de efecto principalmente medianos. Los cambios se mantienen tras el periodo de seguimiento en ambas investigaciones. Además, en la investigación de Scott et al. (2017) se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de depresión asociada al dolor con tamaños de efecto medianos, manteniéndose los cambios tras el periodo de seguimiento.

Los resultados de las investigaciones sobre la depresión muestran que tanto el estudio de Karlin et al. (2013) como el de Petkus y Wheterell (2013)

reflejan disminuciones en la sintomatología depresiva con un tamaño de efecto grande en el primero de los estudios. Hay que tener en cuenta que la investigación de Petkus y Wheterell (2013) es un estudio de caso. Por otra parte, la investigación de Similä et al. (2018) no refleja diferencias significativas en la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento.

***Tabla 4**. Características de los artículos sin ensayo controlado y aleatorizado*[2]

Autores	Intervención ACT y duración	Instrumentos de medida y	Resultados
DOLOR CRÓNICO			
McCracken y Jones (2012)	Intervención ACT basada en Hayes et al. (1999) dentro de un contexto multidisciplinar. Se fomentó la mejora de la flexibilidad psicológica y del funcionamiento diario. 15-20 sesiones grupales (22,5 a 30 horas totales)	CPAQ, AAQ-II, MAAS, CPVI, BCMDI, PASS-20, SIP. Seguimiento tres meses tras la intervención	Disminución significativa tras el tratamiento en la sintomatología asociada al dolor (d=1,17), la discapacidad física (d=0,67) y la social (d=0,50). No se producen cambios significativos en la ansiedad. Los cambios se mantienen tras el periodo de seguimiento: dolor (d=1,27), discapacidad física (d=0,40) y discapacidad social (d=0,56)
Scott, Daly, Yu y McCracken (2017)	Intervención ACT basada en Hayes et al. (1999) dentro de un contexto multidisciplinar. Se fomentó la mejora de la flexibilidad psicológica y del funcionamiento diario. 15-20 sesiones grupales (22,5 a 30 horastotales)	SF-36, PHQ-9, CPAQ, AAQ-II, CFQ, EQ, CAQ. Seguimiento nueve meses tras la intervención	Disminución significativa tras el tratamiento en la sintomatología asociada al dolor (d=0,51), la discapacidad física (d=0,61) y la social (d=0,63) y la depresión (d=0,64). Los cambios se mantienen tras el periodo de seguimiento: dolor (d=0,27), discapacidad física (d=0,50), discapacidad social (d=0,31) y depresión (d=0,40)
DEPRESIÓN			
Karlin et al. (2013)	Protocolo ACT-D para la depresión basado en la aceptación de las preocupaciones y los eventos privados estresantes y el compromiso con acciones valiosas. 12-16 sesiones grupales y consultas telefónicas de 90 minutos de duración. No se especifica la duración de las sesiones	BDI-II, WAI-SR, WHOQOL-BREF. No tiene seguimiento	Disminución significativa de la sintomatología depresiva en el grupo de veteranos (d=0,95). Mejora también la calidad de vida y la alianza terapéutica pero no de forma significativa
Petkus y Wheterell (2013)	Intervención ACT basada en Hayes et al. (1999) y Hayes y Smith (2005) centrada en resaltar las limitaciones de las estrategias orientadas al control y la predisposición a aceptar sin juzgar las preocupaciones y el compromiso con acciones valiosas. 12 sesiones individuales. No se especifica duración de las mismas	BDI. No tieneseguimiento	Solo se indican mejoras significativas en la sintomatología depresiva. No se especifica el tamaño del efecto
Similä et al. (2018)	Protocolo ACT basada en Hayes et al. (2006), a través de una aplicación para móviles. Se fomenta el uso de mindfullness, lashabilidades que repercuten en el bienestar mental y el aumento de la flexibilidad psicológica.	FMI, GDS-15. No tiene seguimiento	No se encuentran mejoras significativas en la sintomatología depresiva ni enatención plena

Fuente: Elaboración propia

[2] MASS: Escala Mindfullness de Atención Plena, BCMDI: Inventario de Depresión Mayor de la Columbia Británica, CFQ: Cuestionario de Fusión Cognitiva, EQ: Cuestionario de Experiencias, CAQ: Cuestionario de Acción Comprometida, WAI-SR: Inventario de Alianza de Trabajo, WHOQOL-BREF: Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, FMI: Inventario Mindfullness de Friburgo

Calidad metodológica de los estudios

La presente RS estaría clasificada como de evidencia sólida, ya que únicamente uno de los trabajos que la forman tiene una mala calidad metodológica y cinco de los mismos presentan una calidad excelente o buena. Los resultados pueden consultarse en la tabla 5.

Tabla 5. *Evaluación de la calidad metodológica de cada artículo según la escala PEDro*[3]

Publicación	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	Total	Calidad
Alonso, López, Losada y González (2013)	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	Excelente
Alonso, López, Losada, González y Wheterell	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	Excelente
Davison, Eppingstall, Runci y O'Connor (2017)	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	Buena
Karlin et al. (2013)	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	Regular
McCracken y Jones (2012)	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	Regular
McCraken, Sato y Taylor (2013)	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	Excelente
Petkus y Wheterell (2013)	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4	Regular
Scott, Daly, Yung y McCracken (2017)	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	Regular
Simila et al. (2018)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	Mala
Wheterell et al. (2011)	1	1	1	1	1			1	1	1	1	9	Excelente

Fuente: Elaboración propia

3 Criterio 1: Criterio de elegibilidad; Criterio 2: Aleatorización; Criterio 3: Aleatorización oculta; Criterio 4: Similitud basal entre grupos; Criterio 5: Cegamiento de los sujetos; Criterio 6: Cegamiento de terapeutas; Criterio 7: Cegamiento de evaluadores; Criterio 8: Más del 85% de los resultados de los sujetos se midieron; Criterio 9: Intención de tratar; Criterio 10: Comparación entre grupos; Criterio 11: Se utilizan medidas puntuales y de variabilidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se puede comprobar por la cantidad de investigaciones consultadas, la Terapia de Aceptación y Compromiso se postula como una alternativa de intervención que se muestra eficaz para los diferentes problemas psicológicos que afectan a la población mayor. Tal y como se ha indicado en un apartado anterior, este enfoque terapéutico muestra una solida evidencia clínica a la hora de abordar problemas tan dispares como el cáncer, el dolor crónico, la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad.

Con respecto al dolor crónico, en dos de los tres estudios experimentales se encontraron mejorías en la aceptación y la interferencia del dolor tras la aplicación del tratamiento y en el periodo de seguimiento, aunque este solo se indicó en uno de los estudios y fue de únicamente tres meses. En los estudios cuasi-experimentales se encontraron mejorías en la sintomatología asociada al dolor y la discapacidad física y social tras la aplicación del tratamiento y en el periodo de seguimiento.

Con respecto a la ansiedad, las dos investigaciones que la tratan son estudios experimentales: uno la aborda junto a la depresión y el otro trata el trastorno de ansiedad generalizada. No se encuentran mejorías en ninguno de los dos en la sintomatología ansiosa y únicamente hay una reducción de la preocupación en el grupo tratado con ACT, pero los cambios no se mantienen tras el periodo de seguimiento.

La depresión es abordada por un estudio experimental, dos estudios cuasi- experimentales, y el estudio de caso. En el primero de ellos se encontró mejoría de la sintomatología depresiva y estos cambios se mantuvieron tras el periodo de seguimiento. Con respecto al resto de estudios, en el estudio de caso y en uno de las investigaciones cuasi-experimentales se encontraron mejorías en la sintomatología depresiva. En el estudio restante las mejorías halladas no fueron significativas. Ninguno de estos estudios tenía periodo de seguimiento.

Si conceptualizamos la eficacia empírica como la capacidad que tendría un tratamiento determinado de producir cambios psicológicos en la dirección esperada y que sean superiores a la no intervención, el placebo o a los tratamientos estándar disponibles (Hermida y Pérez, 2001), los resultados encontrados en la presente revisión sistemática permiten afirmar que la aplicación de ACT produce mejoras significativas en el segmento de población de mayor de 60 años con problemas de dolor crónico y depresión y en menor medida con los trastornos asociados a la ansiedad. Sin embargo, la evidencia sigue siendo limitada y serían necesarios un mayor número de ensayos clínicos

controlados y aleatorizados con periodos de seguimiento de duración superior a un año.

Limitaciones

Entre las principales limitaciones de esta revisión sistemática nos encontramos con que la mitad de las publicaciones seleccionadas no son estudios experimentales controlados y aleatorizados.

Por otra parte, los tamaños de muestra son muy dispares ya que van desde 101 a 1 persona y en seis de los estudios el tamaño de muestra es pequeño lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos y, por tanto, afecta a la validez externa.

En la línea de lo anterior, en la mitad de los estudios seleccionados no hay una descripción exhaustiva de las características sociodemográficas de los sujetos que componen la muestra ni de los trastornos comorbidos que presentan.

Por otra parte, la mitad de los estudios no tienen periodos de seguimiento tras la intervención y los que si los tienen presentan diferente temporalidad (de tres a nueve meses) lo que hace que las conclusiones respecto al mantenimiento de las mejorías no se puedan tomar como definitivas.

De la misma forma, los programas de intervención de cada una de las investigaciones están aplicados para diferentes trastornos (dolor crónico, depresión, trastorno de ansiedad generalizada) y ni siquiera en el protocolo de aquellas investigaciones que se aplican a un mismo problema tienen similar número de sesiones y duración de las mismas en aras de facilitar la replicación de los estudios.

Por último, los propios autores en los trabajos analizados recomiendan cautela con respecto a la generalización de los resultados en base a los problemas metodológicos expresados anteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M. A., López, A., Losada, A. y González, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: A pilot study. *Psicología conductual*, 21(1), 59.
- Alonso, M. A., López, A., Losada, A., González, J. L. y Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain medicine*, 17(2), 264-277.

- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 65(127*), 761-781.
- Cepal, N. (2020). Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., y O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 21(7), 766-773.
- Diefenbach, G. J., Woolley, S. B., y Goethe, J. W. (2009). The association between self-reported anxiety symptoms and suicidality. *The Journal of nervous and mental disease*, *197*(2), 92-97.
- Epps, C. D. (2001). Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia*. Geriatric Nursing, 22(2)*, 71-78.
- Gould R. L., Coulson M. C., Howard R. J. (2012a). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(10), 1817-1830.
- Gould R. L., Coulson M. C., Howard R. J. (2012b). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(2), 218-229.
- Harris, R. (2009). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism, 12*, 99-110.
- Hayes, S. C., y Duckworth, M. P. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy Approaches to Pain. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(3), 185–187. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.002
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 125. https://doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., y French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis care & research*, *63*(S11), S240-S252.
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. y Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for depression: Comparison among older and younger veterans*. Aging & Mental Health*, 17, 555-563.
- Kishita, N., Takei, Y. y Stewart, I. (2017). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *International journal of geriatric psychiatry*, *32*(12), 1352-1361.

- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., y Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, *26*(4), 331-340.
- López de Uralde, M. Á. (2015). Estudio experimental de la defusión verbal en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, Málaga.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 377-394.
- Macea, D. D., Gajos, K., Calil, Y. A. D., y Fregni, F. (2010). The efficacy of Web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, *11*(10), 917-929.
- McCracken, L. M. y Jones, R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: A preliminary study of acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, *13* (7), 861-867.
- McCracken, L. M., Sato, A. y Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, *14*(11), 1398-1406.
- Márquez, M., Fernández, V., Romero, R., y Losada, A. (2013). La terapia de aceptación y compromiso como procedimiento para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo o exitoso. *Información Psicológica, 105, 42-59*.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G.,y Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, *6*(7), e1000097.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *La salud mental y los adultos mayores* [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-saludmental-y-losadultos-mayores
- Petkus, A. J., y Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and behavioral practice*, *20*(1), 47-56.
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K., y Lenze, E. J. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(6), 473-482.
- Reyes Ortega, M. A. (2017). Una interpretación de la terapia dialéctica comportamental desde la ciencia comportamental contextual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19(3)*, 110-123.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L. y McCracken, L. M. (2017). Treatment of chronic pain for adults 65 and over: analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, *18*(2), 252-264.
- Shega, J. W., Tiedt, A. D., Grant, K., y Dale, W. (2014). Pain measurement in the National Social Life, Health, and Aging Project: presence, intensity, and location. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *69*(Suppl_2), S191-S197.

- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of speech and Hearing Research, 14(1)*, 5-13.
- Similä, H., Immonen, M., Toska-Tervola, J., Enwald, H., Keränen, N., Kangas, M., & Korpelainen, R. (2018). Feasibility of mobile mental wellness training for older adults. *Geriatric Nursing*, 39(5), 499-50.
- Skinner B. F. (1953/1970). *Science and Human Behavior*. New York: MacMillan. (Traducción española Ed. Fontanella).
- Smyer M. A., y Qualls, S. H. (1999). *Aging and mental health*. Blackwell Publishing.
- Valero, L. y Ferro, R. (2015). Psicoterapia analítica funcional: el análisis funcional en la sesión clínica. Editorial Síntesis.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R. y Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, *42*(1), 127-134.

6.

COHOUSING Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO COMO MEDIO PARA EVITAR EL DESPOBLAMIENTO RURAL. LA EXPERIENCIA DE PESCUEZA.

COHOUSING AND ACTIVE AGING TO PREVENT RURAL DEPOPULATION.THE EXPERIENCE OF PESCUEZA

ALFONSO VÁZQUEZ ATOCHERO
alfonso@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

SANTIAGO CAMBERO RIVERO
scamriv@unex.es Universidad de Extremadura, Badajoz, España

JESÚS SECO GONZÁLEZ
jseco@unex.es Universidad de Extremadura, Plasencia, España

RESUMEN

La percepción del tiempo cambia de unas culturas a otras y por ende nuestra relación con el devenir del mismo, ya que en definitiva se trata de una construcción social que ha sido alimentada por todos aquellos que nos precedieron, dando lugar a mitos, desde Afrodita, a Dorian Grey pasando por Blancanieves, desde Cleopatra al botox o las operaciones de cirugía estética. El homo sapiens sapiens de nuestros días en su afán de renombrar conductas habla del síndrome de Peter Pan, el carpe diem o el tempus fugi. Cuestiones que nos avisan de que el tiempo no corre a nuestro favor precisamente desde que abandonamos la adolescencia y que en el horizonte más o menos lejano se vislumbra la sombra de la negra dama. Sin embargo, la pandemia del COVID 19 también ha modificado nuestra percepción acerca de esta inexorable realidad, alterando la docilidad con la que el ser humano se aproxima a sus últimos días arrinconado en residencias de ancianos, revelándose ante una situación que puede ser mejorable a partir de nuevas fórmulas de envejecimiento activo que presentamos en este artículo.

Palabras Clave: cohousing, envejecimiento activo, ruralidades, mayorescencia, bienestar, comas.

ABSTRACT

The perception of time changes from one culture to another and therefore our relationship with its future, since ultimately it is a social construction that has been nurtured by all those who preceded us, giving rise to myths, from Aphrodite, to Dorian Gray through Snow White, from Cleopatra to botox or cosmetic surgery operations. The homo sapiens sapiens of our days, in his eagerness to rename behaviors, speaks of the Peter Pan syndrome, carpe diem or tempus fugi. Questions that warn us that time is not running in our favor precisely since we left adolescence and that on the more or less distant horizon the shadow of the black lady can be glimpsed. However, the COVID 19 pandemic has also changed our perception of this inexorable reality, altering the docility with which human beings approach their last days cornered in nursing homes, revealing themselves in a situation that can be improved from of new active aging formulas that we present in this article.

Key words: cohousing, active aging, ruralities, en, wellbeing, inglés.

MARCO CONCEPTUAL

¿Es inevitable la muerte? ¿Estamos condenados a envejecer o podrá la tecnología prolongar la vida? ¿La esperanza de vida seguirá aumentando de manera sosegada como ha ocurrido en los últimos años, nos enfrentamos a une estancamiento de la esperanza de vida o por el contrario daremos un salto cualitativo y cuantitativo en las expectativas de la edad que podríamos llegar a alcanzar? (Cordeiro Mateo, 2018). Desde tiempos remotos el ser humano ha soñado con la eterna juventud y la vida eterna. Y esta búsqueda ha estado ligada al agua. No es cuestión estratificación social ni factores culturales o temporales: el sueño ha estado siempre presente en el horizonte social de innumerables culturales que han fantaseado con el mito de aguas que daban la eternidad a quien las bebiera. Heródoto, en el siglo IV a.C., registraba en su libro III el encuentro entre el rey de Etiopía y la comitiva de Cambises II, rey de los persas, a causa de la supuesta longevidad de este pueblo. El evangelio de Juan cuenta el episodio del estanque de Betesda, en Jerusalén, donde Jesús cura milagrosamente a un hombre lisiado. Alejandro Magno también busco el agua de la vida y en el Libro de las maravillas del mundo,de autoría anónima, el protagonista Juan de Mandeville busca a fuente de la juventud. Al no aparecer este lugar mágico ni en Eurasia ni en África, el descubrimiento de América abrió las puertas a nuevos mitos, y Ponce de León embarcó en el segundo viaje de Cristobal Colón, esperanzado con el éxito de encontrar la fuente de la eterna juventud, leyenda popular entre los nativos de la Española. Y no podemos dejar de lado la función que las religiones cumplen a la hora de

establecer la creencia de una vida eterna en paraísos e inframundos de diversa índole, así como en secuencias de reencarnación.

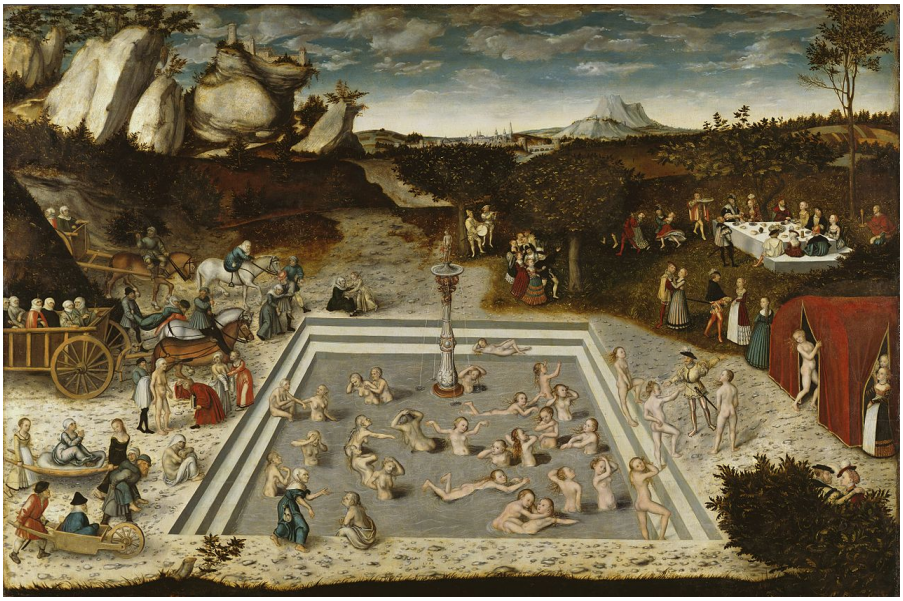


Imagen 1. La fuente de la eterna juventud (1546). Lucas Cranach el Viejo. Gemäldegalerie de Berlín.

Pero el envejecimiento, a pesar de los sueños y mitos, es una realidad; y la eternidad un sueño al que se aferran los creyentes y una inspiración que guía a la medicina y algunas parcelas de la ciencia. No obstante, con ideas reforzadas y rejuvenecidas por los avances tecnológicos, nuevos visionarios y nuevas fantasías resucitan el sueño de la vida eterna. En 2013, la entonces Google (ahora Alphabet) creó Calico Labs (https://www.calicolabs.com/), laboratorio que pretende investigar, desde una fuerte financiación y tecnologías punteras, el retraso del envejecimiento las enfermedades asociadas a él, comprendiendo mejor la biología que contra el envejecimiento y la esperanza de vida. Este proyecto pretende utilizar el conocimiento adquirido para descubrir y desarrollar intervenciones que permitan a las personas vivir una vida más larga y saludable. No se definen ni como una empresa de biotecnología ni como una institución académica, sino una mezcla entre ambos.

Otro vecino de Silicom Valley, Peter Thiel (cofundador de Paypal) hizo una fuerte apuesta económica por Strategies for Engineered Negligible Senescence, SENS, (https://www.sens.org/), una fundación y centro de investigacin que busca medios y remedios para rejuvenecer los tejidos y

reparar las células. Además, declaran en su web que su intención es garantizar un acceso generalizado a las terapias para la reparación integral del daño que se acumula el cuerpo con el tiempo. La literatura científica avala estos procesos (Kim et al., 2022).

Y si los capitales de los grandes consorcios digitales invierten en tecnologías médicas avanzadas, un magnate de los medios de comunicación, Dimitry Itskov, apuesta por un futuro eterno en un entorno digital. El proyecto Avatar 2045 (http://2045.com/) pretende convertirnos en software con una representación holográfica; pero a diferencia de los anteriores, al menos en su primera fase, está reservado a personas acaudalas. Tal como soñaron las hermanas Wachowski en Matrix y Owen Harris en San Junipero (Galati, 2022; Tsgadis 2022), Itskov vaticina un futuro transhumanista con un plan que culminará con la transmisión de las consciencias humanas a un mundo digital, donde las mentes perdurarán libres de sus cuerpos. Si bien el transhumanismo es una corriente cultural e intelectual extendida (Campa, 2013; Casas Salinas, 2017), cuenta con detractores tanto por el componente de ciencia ficción que supone aún su puesta en marcha como por los problemas éticos que presentaría en el caso de poder conseguir sus pretensiones.

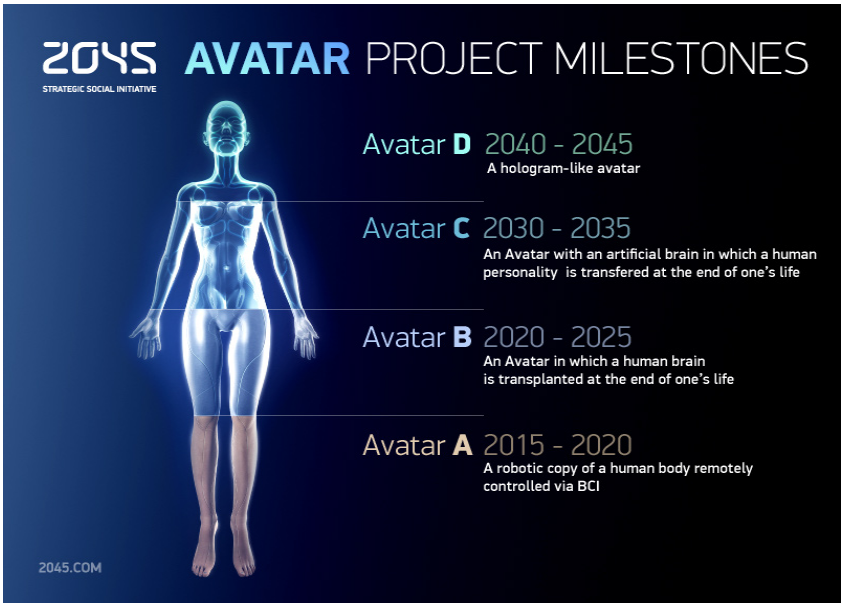


Imagen 2. Fases del proyecto Avatar, de Dimitry Itskov (http://2045.com/)

Sea como fuere, tras este breve recorrido histórico y la presentación de tres propuestas más o menos viables, a día de hoy el ser humano está condenado a morir, a pesar de los avances sanitarios que retrasan cada vez

más el momento, aumentando la esperanza y calidad de vida. La ciencia nos ayuda a controlar, frenar y revertir el proceso de envejecimiento (Sinclair, 2020) y el paso del tiempo no tiene que acarrear necesariamente una pérdida de cualidades que impida llevar una vida satisfactoria (Pámies, 2019), mejorando la calidad de vida y reduciendo la aparición de enfermedades características de esta etapa vital (Blasco, 2016). La vejez es también uno de los grandes desafíos a los que se enfrenta nuestra sociedad, que cada vez es más longeva y menos prolífica, además de poseer un estilo de vida más trashumante y nómada, lo que aumenta la brecha entre generaciones. Necesariamente estos lleva a nuevas maneras de entender el envejecimiento (Yanguas, 2021), más relacionados con la tecnología (Subirats Humet, 2016) y adaptando los espacios a la personas, en vez de las personas a los espacios para posibilitar una vejez activa (Carroggio Rubí, 2014; García-Valdez et all. 2019).

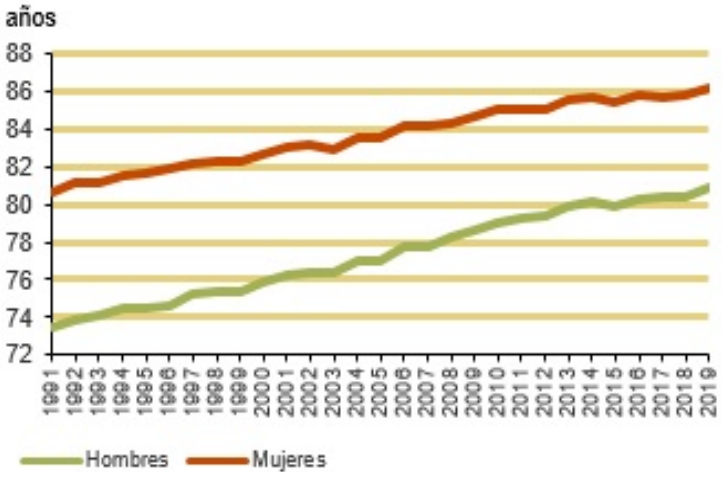
Cohousing. El cohousing, o vivienda colaborativa, es una tendencia creciente que surge como alternativa al estilo de vida individual, en diferentes rangos de edad, niveles socioeconómicos y tipologías de colectivos (Cohousing Spain). El fenómeno de la vivienda compartida surge en diferentes contextos, no necesariamente interrelacionados, como pueden ser motivos económicos, etilo de vida o, simplemente, conciencia social y convencimiento por el propio modelo (Vargas Garya, 2018) mientras que Ruiu (2016) destaca la importancia del capital humano que se genera a partir de esta forma de convivencia. Jarvis (2011) recoge el ahorro en tiempos y espacios en la vida cotidiana que se genera a través de esta práctica.No obstante, se convierte también en una formula habitacional ideal para adultos mayores (Neshama, 2006; Bamford, 2005). Khlel (2013) analiza el impacto, en Alemania, de la convivencia multigeneracional y Glass (2009) pone el foco en la importancia de envejecer en comunidad y en el soporte mutuo que se da en este tipo de comunidades. Por su parte, Sanguinetti (2014) estudia la mejora delas conexiones entre personas y el propio entorno natural.

Envejecimiento activo.

Los cambios sociales que estamos viviendo en las últimas décadas y el aumento de la esperanza de vida que se está experimentando en los países occidentales refleja la mejora en los sistemas sanitarios y la mejor calidad de vida en estos espacios. Este cambio social necesita de políticas efectivas y el circo mediático no ha tardado en mostrarse. El Fondo Monetario Internacional, con Christine Lagarde como voz pública, alertó hace una década del "riesgo de que la gente viva más de lo esperado", introduciendo en el ideario colectivo la perversa idea de que la longevidad era un peligro para las economías de mercado. Precisamente un economista del FMI, José Viñals, acuñó el *riesgo de*

la longevidad. Frente a la perspectiva excluyente de un enfoque meramente económico, hay dirigentes políticos que prefieren hablar de retos demográficos. Y esa es la vía lógica a asumir en sociedades modernas y sensatas: si las poblaciones cada vez son más longevas, busquemos unos modelos de envejecimiento humanizados y que busquen el bienestar de las personas que, a fin de cuentas, han sido y son parte activa de la sociedad. El Libro Blanco del Envejecimiento Activo pone de manifiesto la necesidad de adaptar las oportunidades sociales debido a la reestructuración de las edades y lo cambios en los patrones de enfermedad y muerte (IMSERSO, 2009; 2011). También se ocupa este documento de otras variables que pueden condicionar los tipos de envejecimiento, como puede ser el peso de las enfermedades degenerativas, los cambios de convivencia, los diferentes tipos de familia y el rol de los mayores en el espacio familiar. Recoge problemáticas que encajan perfectamente en el caso extremeño, en general, y de Pezcueza, en particular, como pueden ser los desequilibrios territoriales, el retraso de la dependencia.

Gráfica 1. Evolución de la esperanza del vida al nacimiento. Fuente: INE



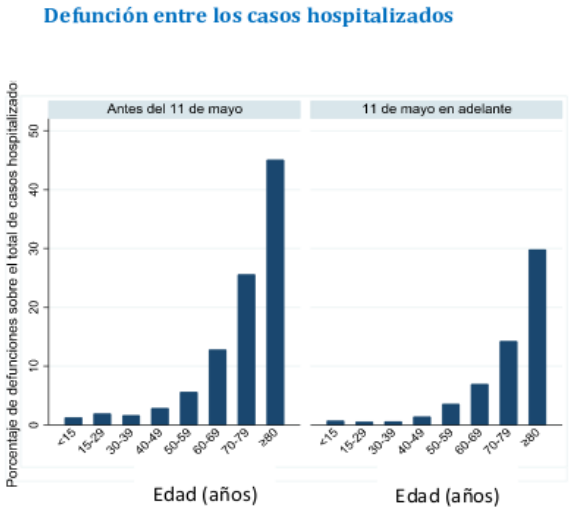
Limón y Ortega (2011) ponen en valor el término envejecimiento activo y su importancia para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores, partir de 80 años. Partiendo de una simple comparación entre la esperanza de vida y el porcentaje estadístico de esta franja erataria entre 1900 y la actualidad, se justifica la necesidad de planes de actuación concretos. Estos planes deberían ir enfocados a vivenciar esta etapa como una más de la vida, que debe ser activa y humanizada. Esta perspectiva no puede enfocarse sin una profunda revisión de los modelos residenciales (Garcia Lantarón, 2015)

Gráfica 2. Modelos de envejecimiento. Limó y Ortega (2011)

Pandemia. La mutación del coronavirus que convenimos llamar COVID-19 y la posterior pandemia mundial que ha creado nos ha llevado a percibir un modelo social diferente. Hemos aceptado que la pandemia era una realidad posible. Pero una realidad poco esperanzadora para el ser humano. Nos ha obligado a aceptar la fragilidad de nuestros cuerpos ante infecciones víricas descontrolados (Marcos 2020). Y nos ha obligado a aceptar nuestra debilidad ante ciertas situaciones. No en vano, España ha sido uno de los países más castigados por la pandemia (Mora-Rodrígues, 2020). En situaciones de crisis, la información es fundamental para coordinar el tratamiento preventivo y paliativo. En momentos críticos hay que informar y tratar de reducir la información falsa (Mora-Rodrígues, 2020). Es una responsabilidad gubernamental, que debe transmitir esta información a través de canales oficiales. También los medios de comunicación necesitaron mantener un flujo constante de titulares. Barraza Macias habla de estrés informativo (2020) y Manfredi-Sánchez (2020) destaca la influencia de las fake news y su capacidad para desinformar y las estadísticas se convierten en una guerra arrojadiza entre gobierno y oposición (Flores-Vivar, 2020) Esta situación dificultó comprender el alcance del problema. Además, la falta de acceso a datos completos y fiables dificultó el propio proceso de investigación. No obstante, los datos oficiales y los ofrecido por lo medios "rebeldes" coinciden en que la población de más de 70 años fue la más castigada por el virus. La frialdad de los datos nos confirma que a partir de los 60 años se comienza a perfilar el grupo de riesgo. A partir de los 80, el riesgo se consolida, tal como demuestra la imagen del RENAVE (2020). La Sociedad Española de Cardiología analizó diversos escenarios que influyen en la tasa de mortalidad (demográficos, sociales) y específica el impacto del COVID en la población mayor. Otro autores se preocupan especialmente por la tasa de envejecimiento poblacional de los

países modernos, lo que abre una emergencia sanitaria de primer nivel (Bonanad et el., 2020).

Gráfica 3 Defunción entre hospitalizados (Años 2020) por tramos de edad. RENAVE



las personas mayores como grupo social fueron atacadas con dureza por el COVID-19 en sus domicilios y en las residencias geriátricas. En España se registraron más de 17.000 fallecimientos de ancianos en las más de 5.500 residencias, tanto públicas como concertadas o privadas, que representa alrededor del 70% de la cifra total de fallecidos por coronavirus. Unas cifras que expresan dramas personales y familiares de gran calado social, dado que cualquiera se atemoriza ante la letalidad vírica propagada mediáticamente entre nuestros familiares más longevos. Sin duda, la protección y la defensa del buen trato hacia los adultos mayores es una constante que subyace en este texto, demostrando así que todos y cada uno de nosotros queremos ser atendidos hasta el final de nuestros días en las mejores condiciones posibles. De ahí, que esperamos que este análisis de la realidad pandémica y la era posCOVID-19, desde la perspectiva micro y macro-sociológica, nos conmueva de tal manera que estemos precavidos como sociedad, y así evitemos cometer los mismos errores funestos.

El dato más sintomático sobre los fallos en el sistema residencial para personas de edad avanzada es que el 72% fallecieran en algunas de las 5.500 residencias en España, es decir, casi 20.000 muertos con Covid-19 o síntomas compatibles. Cabe destacar la complicación de la ecuación cuando la persona mayor reside en residencias. Este escenario vuelve más inestable la seguridad de los ancianos, ya que la propagación del virus se realiza de manera rápida y

genera muchos casos en poco tiempo. Además, la configuración de las instalaciones imposibilitan cumplir condiciones básicas de seguridad, como la distancia social (Haddinni, 2020)

Sin duda, se necesita un cambio urgente de mirada hacia la vejez en todos los órdenes de la sociedad, avanzado del sobretutelaje o la infantilización de la vejez o el abandono de la vejez institucionalizada hacia prácticas sociales no edadistas que permita identificar a quienes representan más de nueve millones de personas mayores de 60 años en España, el 19,3% del total de la población, desde enfoques de género, diversidad étnica o funcional de estas personas. Los sistemas de cuidados y atención centrados en la persona debieran ser un pilar más del llamado Estado de bienestar, que surge tras la II Guerra Mundial en Europa y se extiende hasta nuestros días como eje fundamental de nuestros sistemas y derechos sociales. Ese será uno de los retos de la sociedad posCOVID-19.

Hacia un nuevo modelo asistencial. La presencia de esta pandemia ha cambiado la forma en que visualizamos el envejecimiento y la muerte, sobre todo en cómo caminamos hacia ella. En dónde y con quién serán nuestros últimos años aquejados de dolores, si estaremos hacinados en espacios rodeados de extraños y en estructuras en las que en ocasiones se comercia con los ancianos dependientes, si estaremos rodeados únicamente de nuestros recuerdos o si por el contrario lo haremos en un entorno amable junto a nuestros seres queridos. Uno de los signos evidentes de las sociedades desarrolladas y modernas es el aumento de la esperanza de vida, en la medida en la cual la ciencia es capaz de resolver las enfermedades que aparecen con el paso del tiempo, por lo tanto en estas sociedades llama la atención que las personas viven en promedio más años que antes y se ha producido un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas (Chackiel, 2001), en definitiva son muchos más que antes y demandan mayores servicios.

Los países industrializados han visto como en los últimos años aumenta su esperanza de vida, incrementándose, en consecuencia, el número de personas ancianas con respecto a la población total. Sin embargo, como indica Riley (1987) la posición social de los ancianos en las sociedades modernas es bastante más insegura de los que era en otras culturas, anteriores a la actual. En el pasado, la edad avanzada significaba prestigio, riqueza, poder, sabiduría y las personas ancianas constituían comités de sabias o estructuras similares. Esta situación con el paso del tiempo fue desapareciendo. La pandemia ha puesto de manifiesto que esta sociedad del cansancio, acelerada y volátil, no respeta al anciano, sino que lo abandona rodeado de iguales con problemas de movilidad y memoria hasta su muerte. Sin embargo, el importante volumen

de ancianos fallecidos por el Covid 19 nos ha hecho reflexionar acerca del cambio de paradigma sobre el modelo de tránsito hacia la muerte de nuestros mayores en sus últimos años de vida. Ha sido necesaria una pandemia para pensar en el trato que les conferimos a todos esos miles de abuelos y abuelas que lucharon en la Guerra Civil española, que sacaron adelante a enormes proles durante los años del hambre y que en el ocaso de sus vidas pagaron con sus pensiones los tickets del supermercado de sus hijos en los peores momentos de la última crisis sobrevenida, para darnos cuenta que el modelo implantado no es el mejor.

El Covid 19 nos ha enseñado que puede haber otro modelo asistencial y que probablemente esté localizado en los mismos pueblos, donde nuestros mayores vivieron y fueron felices, rodeados de sus recuerdos y de sus seres queridos. Un lugar que no sea un cementerio viviente, sino un espacio presidido por la calidez, un espacio personalizado, conectado con los servicios de atención a la tercera edad, con viviendas y ancianos monitorizados y en contacto constante y directo con médicos y profesionales de la sanidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: LA EXPERIENCIA PESCUEZA

El modelo de housing de Pescueza ha ido extendiéndose por la región extremeña y bajo el amparo del Grupo de Acción Local del Valle del Alagón se reduplicará en las comarcas cacereñas del Tajo-Salor-Almonte y La Jara-Ibores y las pacenses de La Serena, La Siberia y Tierras de Olivenza. Serán en total 105 municipios lo que supone la cuarta parte de las localidades de Extremadura y de su población.

El modelo, que pretende crear espacios amigables -en comarcas con baja densidad demográfica y problemas de envejecimiento de la población y dificultad en el acceso a los servicios-, persigue convertir en los pueblos de la región con menor población en una opción voluntaria donde vivir y envejecer. No podemos perder de vista que un proceso de esta índole debe ser visibilizado por la ciudadanía para así fomentar la participación, el envejecimiento activo, la prestación de servicios de proximidad, la generación de empleo y la lucha contra la despoblación.

Este modelo supone una oportunidad para el medio rural en el momento en el que el reto demográfico y la España vaciada implican repensar el futuro de nuestros pueblos, consolidando modelos de gobernanza en el que además de los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la perspectiva de género, también sean tenidos en cuenta aspectos como la brecha digital del medio urbano y el rural, dentro de un contexto presidido por la nueva Estrategia de Desarrollo Local Participativo del próximo periodo 2023-2029.

El modelo housing rural que tiene en Extremadura a Pescueza, como uno de sus principales exponentes, es un proyecto que con el paso del tiempo debe de consolidar la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, la dinamización económica y social del territorio, y así vincular el modelo al cambio de relación con la tercera edad surgido en el tiempo post-pandemia, como un dialogo territorial trasversal, formulado desde las distintas administraciones públicas en el marco del paradigma del envejecimiento activo y saludable, para de esta forma tratar de combatir tanto el aislamiento del medio rural, como la soledad de sus mayores.

En Extremadura se están buscando soluciones para que en las residencias haya menos ancianos, evitando la saturación y fomentando la teleasistencia para aquellos que quieren o pueden vivir los últimos años de su vida en sus casas. Este modelo ya lleva años en marcha en la pequeña localidad de Pescueza, donde los mayores son atendidos en sus propios hogares a partir de un centro coordinador. Se trata de un cambio en la manera de gestionar la ancianidad, basado en el acompañamiento, en el envejecimiento activo y en la calidad de los servicios en un entorno rural amable. Es un modelo que además es autosostenible y que sirve de revulsivo para el medio rural, ya que se generan empleos de distinta índole, enfermería, ayuda a domicilio, fisioterapia o psicología, entre otros.

No debemos olvidar que es difícil acometer la inversión de una residencia de ancianos para las localidades más pequeñas, que es difícil de sostener con personas de tercera edad en una región como la extremeña donde abundan las pensiones exiguas, teniendo que asumir la administración pública una gran parte de los gastos, para una población con cada vez un mayor número de personas mayores.

Para la puesta en marcha de este modelo conocido como housing en el contexto europeo y que se ha ido extendiendo entre aquellos pensionistas que cobran mayores pensiones es necesario el perfeccionamiento de la atención domiciliaria, el desarrollo de servicios de proximidad, el apoyo a los cuidadores y a la familia, mejorar la accesibilidad de las viviendas e invertir en el desarrollo de la domótica y la teleasistencia avanzada (Rodríguez, 2011)3.

A día de hoy, existen una diversa variedad de ejemplos de housing, tal y como señala Croucher (2006)4, enunciando distintos modelos en diferentes zonas del mundo diseñados para personas mayores frágiles o en situación de dependencia, tales como supported housing, integrated care", extra care housing, close care, flexi-care, assisted living, retirement village, retirement community y continuing care retirement community, etcétera.

Evidentemente, se trata de un modelo que no está al alcance de todas las pensiones, que tal y como se ha indicado, en el caso de Extremadura debido a la importancia del sector primario son bajas. Sin embargo, en el caso de la localidad de Pescueza el secreto radica en el proceso de participación y dinamización social, a través del cual toda la población forma parte del proyecto y son ellos mismos los gestores de todo el sistema, a través de la creación de una asociación de la que forman parte todos los vecinos del pueblo, contribuyendo con sus cuotas a cofinanciar los gastos junto con la administración pública. Hoy en día toda la población está implicada en un proceso que pretende cambiar el modelo tradicional de centro asistencial.

Sirva como ejemplo que en Pescueza ya hay sistema de televigilancia en las casas, un coche eléctrico transporta a los ancianos, se han colocado pasamanos en las fachadas de las viviendas para evitar caídas y recientemente se ha creado un carril andador, similar al carril bici de las ciudades, en este caso pensado para aquellos ancianos que tienen problemas de movilidad y se ven obligado a ayudarse de un andador.

Pescueza está adaptada para las necesidades cotidianas de la población mayor. De este proyecto denominado “Quédate con nosotros” se han hecho eco diferentes medios de comunicación alrededor del mundo. El proyecto se remonta a 2009, por una idea José Vicente Granado (alcalde), y del actual presidente de la Asociación Amigos de Pescueza, Constancio Rodríguez. Raquel Garcia, gerente de la asociación afirma que «No nos gusta que se diga que hemos transformado el pueblo en una residencia de ancianos. Lo que hacemos es prestar el servicio en sus viviendas, en el Centro de Día, y adaptar las calles a su situación» (Manzano, 2019). La actualidad y el día a día de la las tareas de la asociación se puede seguir en www.amigosdepescueza.org.

CONCLUSIONES

El modelo residencial de Pescueza se constituye como una alternativa en la que convergen los elementos que hemos tratado a lo largo de este ensayo y que combate problemas descritos a la vez que colabora de manera activa en el reto de cohesión territorial y lucha contra el despoblamiento de este enclave típico de la España vaciada. El hecho de qué las personas puedan continuar en su hogar una vez alcanzada una edad crítica es un elemento propiciador para un envejecimiento activo y ayuda al objetivo de ofrecer una mejor calidad de vida en adultos mayores punto al mismo tiempo es un motor de empleo para población de la zona en edad laboral qué encuentran una oportunidad te trabajo sin tener que abandonar su localidad. Desde esta perspectiva coma experiencias como la de pescueza favorecen y ayudan para fijar población y crear estructuras sólidas que se pongan al despoblamiento de las zonas

rurales. Además coma durante los dos últimos años en los que hemos padecido la pandemia por coronavirus con medidas de confinamiento y las que hemos visto como las soluciones habitacionales tradicionales cómo eran las residencias de ancianos se convertían en lugares inseguros y peligrosos. Frente a ese modelo, la propuesta de Pescueza, con residencia en el propio domicilio y servicios asistenciales garantizados, se ha mostrado como una alternativa mucho más eficaz ya que era más sencillo mantener las políticas de distanciamiento.

En pandemia o fuera de ella, el modelo habitacional de envejecimiento activo de esta localidad se muestra como una alternativa seria, viable, sostenible integradora. Exige trabajo e implicación por parte de la asociación y administraciones, pero los evidentes beneficios recaen en todo el pueblo, que resiste a la tendencia migratoria que cercena los pueblos del interior español.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barraza Macías, A. (2020) The informative stress in time of pandemic (COVID 19). *Praxis Investigativa* ReDIE. 12 (23), 63-78 https://bit.ly/3wcyvbA
- Blasco, M. A. (2016) Morir joven, a los 140. El papel de los telómeros en el envejecimiento y la historia de cómo trabajan los científicos para conseguir que vivamos más y mejor. Ediciones Paidós.
- Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F.J., Díez-Villanueva,P. Ayesta, A., Sanchis Forés, J. et al (2020) Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. *Revista Española de Cardiología*, 73 (7) https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027
- Bamford, G. (2005). Cohousing for older people housing innovation in the Netherlands and Denmark. *Australasian Journal on Ageing*, 44-46. https://bit.ly/3P4dfNW
- Cambero Rivero, S. (2021) *Ciudadanía y voluntariado senior en la sociedad temática*. Editamás.
- Campa, R. (2013) *La specie artificiale.* Saggio di bioetica evolutiva. Deleyca Editore
- Carroggio Rubí. M. (2014) *Mantenerse en forma de mayor*. Paidotribo.
- Casas Salinas, M. (2017). *El fin del 'Homo sapiens': La naturaleza y el transhumanismo*. Apeiron.
- Chackiel, J. (2001): *El envejecimiento de la población latinoamericana*. En Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia. VV.AA. Siglo XXI Editores.
- Couhousing Spain (2020) *¿Iniciándote en Cohousing? https://bit.ly/3vR4grP*
- Cordeiro Mateo, J.L (2018) *La muerte de la muerte. La posibilidad científica de la inmortalidad física y su defensa moral*. Deusto
- Croucher, K. (2006): *Housing with care for later life. A literature review*. Editorial Joseph Rowntree Foundation.

- Flores-Vivar, J.M. (2020). Datos masivos, algoritmización y nuevos medios frente a desinformación y fake news. Bots para minimizar el impacto en las organizaciones. *Comunicación y Hombre*, 16, 101-114. https://bit.ly/3wdyDaG
- Galati,G (2022) San Junipero On Disembodied Paradises and Their Transhumanist Fallacies. En Duarte, G.A., & Battin, J.M., (eds.) *Reading »Black Mirror« Insights into Technology and the Post-Media Condition*. Transcript Media Studies.
- García-Lantarón, H. (2015) *Modelos de alojamiento para personas mayores. Orígenes, evolución y tendencias*. Fundación Cáser. https://bit.ly/3wXHEXb
- García-Valdez, M. T., Sánchez-Gonzáles, D., Román-Pérez, R. (2019) Envejecimiento y estrategias de adaptacióna los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios Demográficos y Urbano*s, 34 (1), 101-128 http://dx.doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810
- Glass, A. P. (2009). Aging in a community of mutual support e emergence of an elder intentional cohousing community in the United States. *Journal of Housing for the Elderly*, 283-303.
- Haddinni, J, & Hernández-Cardón, M. (2020) La tercera edad y el COVID. *Acción Social* 4(7). https://cutt.ly/Vgh03uJ
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2009*) Nuevas miradas sobre el envejecimiento.* https://bit.ly/3sOYNQg
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011) *Libro blanco del envejecimiento activo*. https://bit.ly/3G7wMc8
- Jarvis, H. (2011) Saving Space, Sharing Time: Integrated Infrastructures of Daily Life in Cohousing. Environment and Planning A: Economy and Space, 43(3)*„ 560-577. https://doi.org/10.1068/a43296*
- Kehl, K. & Then, V. (2013) Community and Civil Society Returns of Multi-generation Cohousing in Germany, *Journal of Civil Society,* 9(1), 41-57 DOI: 10.1080/17448689.2013.771084
- Kim, K., Admasu, T. D., Stolzing, A., & Sharma, A. (2022). Enhanced co-culture and enrichment of human natural killer cells for the selective clearance of senescent cells. *Aging,* 14(5), 2131–2147. https://doi.org/10.18632/aging.203931
- Limón, M.R. y Ortega, M.C. (2011) Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación* (6), 225-238 https://bit.ly/3ylLiLv
- Manfredi-Sánchez, J., Amado-Suárez, A., & Waisbord, S. (2021). Presidential Twitter in the face of COVID-19: Between populism and pop politics. [Twitter presidencial ante la COVID-19: Entre el populismo y la política pop]. *Comunicar*, 39 (66). https://doi.org/10.3916/C66-2021-07
- Manzano, A. (17 de noviembre de 2019) Pescueza, *el pueblo donde los mayores no son invisibles*. El Periódico Extremadura. https://cutt.ly/Cgh2l9
- Marcos, A. (2020) Con COVID y sin COVID: La vulnerabilidad humana. *Cuadernos de Bioética,* 31(102): 139-149. DOI: 10.30444/CB.58
- Miralles Rojano, A. (2015) Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*. 26 (4), 132-136 https://bit.ly/3z6LChM

- Mora-Rodríguez, A., & Melero-López, I. (2021). News consumption and risk perception of Covid-19 in Spain. [Seguimiento informativo y percepción del riesgo ante la Covid-19 en España]. *Comunicar*, 39 (66). https://doi.org/10.3916/C66-2021-06
- Neshama, A. & Delagrange, K. (2006). Elder cohousing An idea whose time has come. Communities, 60-71. https://bit.ly/3KM84ik
- Pàmies, T (2019). *La aventura de envejecer*. Ediciones Península.
- RENAVE, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2020) Informe nº 48. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. https://cutt.ly/kgh1Hyn
- Riley, M.V. (1987): On the significance of age in sociology. *American Sociological Review*, 52.
- Rodríguez Rodríguez, P. y cols (2011) *Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación*. Editorial Panamericana.
- Rubio, A. (22 de junio de 2020) *Pescueza resiste a la pandemia al lado de sus mayores*. Diario Hoy. https://cutt.ly/igh28Or
- Ruiu, M. L. (2016). The Social Capital of Cohousing Communities. *Sociology*, *50*(2), 400–415. https://www.jstor.org/stable/26556437
- Sanguinetti, A. (2014) Transformational practices in cohousing: Enhancing residents connection to community and nature. *Journal of Environmental Psychology*, 40,86-96 https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.05.003
- Sociedad Española de Cardiología (2020). Coronavirus en el paciente mayor: una emergencia geriátrica. Sección de de Cardiología Geriátrica. https://cutt.ly/Wgh0FUn
- Sinclair, D.A. (2020), *Alarga tu esperanza de vida. Cómo la ciencia nos ayuda a controlar, frenar y revertir el proceso de envejecimiento*. Grijalbo.
- Subirats Humet (2016) Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI. *Edades, condiciones de vida, participación e incorporación tecnológica en el cambio de época*. Ariel.
- Tsagdis, G. (2022) Death in San Junipero .The Hyper-Reality Principle. En Duarte, G.A., & Battin, J.M., (eds.) *Reading »Black Mirror« Insights into Technology and the Post-Media Condition*. Transcript Media Studies.
- Vargas Garay, M. A., Roncancio García, Ángel D., & Cardona García, O. (2018). Cohousing: Una alternativa comunitaria a la propiedad privada. *Cuadernos Latinoamericanos De Administración,* 14(27). https://doi.org/10.18270/cuaderlam.v14i27.2653
- Yanguas, J. (2021) *Pasos hacia una nueva vejez*. Ediciones Destino.

7.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACERCA DE LA USABILIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

EN REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN MOTORA: ENVEJECIMIENTO ACTIVO; APORTANDO UNA VISIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

BIBLIOGRAPHIC REVIEW ON THE USABILITY OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES COMMUNICATION (ICT) IN REHABILITATION IN PATIENTS WITH MOTOR DYSFUNCTION : ACTIVE AGING; PROVIDING A VISION FROM OCCUPATIONAL THERAPY.

Mª TRINIDAD RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ
trdomin@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

CARLOS BARRIGA TALAVERA
cbarrigac@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

ANA HERMOSO DURÁN
ahdterapeuta2020@gmail.com Cáceres, España

RESUMEN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) hacen referencia al conjunto de herramientas o tecnologías que nos permiten obtener, enviar, recibir, modificar o almacenar información, mejorando la comunicación y la calidad de vida de las personas. En la actualidad, estas tecnologías están presentes en nuestra vida cotidiana, independientemente de la edad cada vez son más las personas que hacen uso de estos dispositivos. Es por ello que el objetivo principal que nos planteamos al realizar esta revisión bibliográfica es conocer el uso y beneficios de las TIC en la rehabilitación de personas mayores, desde la visión de la Terapia Ocupacional; puesto que es una forma de envejecimiento activo. La metodología que se va a llevar a cabo es una búsqueda sistemática de información en diferentes bases de datos,

estableciendo una serie de criterios de inclusión que deben cumplir los artículos y también unos criterios de exclusión. En lo que respecta al resultado de este trabajo, se encontraron 23 artículos relacionados con el tema principal, pero solo 8 cumplían los criterios mencionados. La mayoría de los estudios aportan resultados positivos acerca del uso de las TIC como herramienta de rehabilitación. La conclusión que sacamos tras la realización de este trabajo es que el uso de las nuevas tecnologías por parte de Terapeutas Ocupacionales en la rehabilitación tanto física como cognitiva, suponen un elemento favorecedor para las personas, proporcionando beneficios según las necesidades de cada uno. Mejorando en muchos casos las capacidades de los usuarios y la calidad de vida.

Palabras Claves: TIC, Terapia Ocupacional, personas mayores, envejecimiento activo, y rehabilitación.

ABSTRACT

Information and Communication Technologies (ICT) refer to the set of tools or technologies that allow us to obtain, send, receive, modify or store information, improving communication and the quality of life of people. Nowadays, these technologies are present in our daily life, regardless of age, more and more people are using these devices. That is why the main objective of this literature review is to know the use and benefits of ICTs in the rehabilitation of the elderly, from the point of view of Occupational Therapy, since it is a form of active aging. The methodology to be carried out is a systematic search of information in different databases, establishing a series of inclusion criteria to be met by the articles and also exclusion criteria. With regard to the results of this work, 23 articles related to the main topic were found, but only 8 met the aforementioned criteria. Most of the studies provide positive results about the use of ICTs as a rehabilitation tool. The conclusion we draw after carrying out this work is that the use of new technologies by occupational therapists in both physical and cognitive rehabilitation is a favorable element for people, providing benefits according to the needs of each person. Improving in many cases the capabilities of users and quality of life.

Key words: ICTS, Occupational Therapy, seniors, active aging, and rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el envejecimiento se ha convertido en un aspecto importante para la población en general y para muchas disciplinas como la

terapia ocupacional. En 2021 la población mayor de 64 años en España ascendía a 9,38 millones de personas, volviendo a incrementarse como en años anteriores. Entre 2002 y 2021, este grupo poblacional ha aumentado más de dos millones de habitantes (INE, 2021).

Es a partir de estos datos lo que nos motiva a indagar más acerca del envejecimiento de las personas, y sobre todo tratar de mejorarlo. De ahí la importancia de hablar sobre el *envejecimiento activo*, una nueva forma de hacerse mayor que puede mejorar su calidad de vida, y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como "*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*" (Rosado, Abásolo y Silva, 2019).

Por otro lado, se encuentran las tecnologías, actualmente estas se encuentran en nuestro día a día ya que gran parte de la población hace uso al menos de un dispositivo tecnológico (smartphone, tabletas, aplicaciones o internet). Consideramos que estas nuevas tecnologías pueden aportar grandes avances en los ámbitos que competen a los Terapeutas Ocupacionales (TO) y otros profesionales.

¿QUÉ SON LAS TIC?

Existen diferentes definiciones sobre el concepto de las TIC o Tecnologías de la Información y la comunicación. Una manera de describirlas es el conjunto de herramientas o tecnologías que nos permiten obtener, enviar, recibir, modificar o almacenar información, mejorando la comunicación y la calidad de vida de las personas (Rodríguez, Ortega y Sánchez, 2017).

En el año 2001 se definió las TIC como "Tecnologías que están desarrolladas en torno a cuatro medios básicos: la informática, la microelectrónica, los multimedia y las telecomunicaciones. El desarrollo de cada uno de estos campos está interconectado a los demás, lo que permite conseguir nuevas realidades comunicativas, y potenciar las que pueden tener de forma aislada" (Grande, Cañón y Cantón, 2016).

Otros autores, en cambio, establecen una definición de TIC como algo más extenso, esto se da en el caso de Cacheiro que las define como "Tecnologías que permiten transmitir la información en cualquier momento y en cualquier lugar" (Grande, Cañón y Cantón, 2016).

Antecedentes y actualidad de las TIC'S

Fue en 1950 con la aparición de los televisores cuando empezó a estar más presente el concepto de nuevas tecnologías. Anterior al televisor, estaban los primeros teléfonos y años más tardes se crearían los ordenadores; a partir de este momento, entorno los años 80 y 90, ya se implantó la concepción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), ya que todas estas tecnologías permitían establecer una comunicación unidireccional y bidireccional además de proporcionar información a las personas. En el artículo "Tecnologías de la Información y la Comunicación: Evolución del Concepto y Características" se explican varias definiciones de las TIC la más antigua, en el año 1985, redactada por Hawkridge, que las definió como "Tecnologías aplicadas a la creación, almacenamiento, selección, transformación y distribución de información" (Grande, Cañón y Cantón, 2016) y otra más actual, año 2015, desarrollada y definida por Roblizo y Cózar como "Fenómeno revolucionario, impactante y cambiante, que abarca tanto lo técnico como lo social y que impregna todas las actividades humanas, laborales, formativas, académicas, de ocio y consumo" (Roblizo y Cózar, 2015).

A partir de los años 90 estas tecnologías fueron evolucionando hasta llegar al Internet, una nueva tecnología que permitiría un gran avance en las sociedades. En cambio, no fue hasta el siglo XXI que se reconoció la importancia de las TIC en la sociedad. Anterior al siglo XXI, es decir, en el transcurso del siglo XX y más concretamente a finales de este se crean los Software y Hardware una plataforma que revolucionaría el conocimiento de las TIC, pues este software dio lugar a la creación de Windows (Grande, Cañón y Cantón, 2016).

Actualmente existen multitud de herramientas tecnológicas como los Smartphone, tabletas, internet con diferentes buscadores, ordenadores inteligentes, realidad virtual, entre otros. La sociedad ha ido avanzando hasta el punto de dar suma importancia a las tecnologías, y cada día estas evolucionan un poco más. Las nuevas tecnologías son cada vez más accesibles para las personas y se encuentran en nuestra vida cotidiana como una herramienta más (Grande, Cañón y Cantón, 2016).

TIC y Terapia Ocupacional

Dado que vamos a abordar este trabajo desde la Terapia Ocupacional es imprescindible saber que el Marco de Trabajo de la AOTA la define como "el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria con individuos o grupos con el propósito de participar en los roles y en situaciones en el domicilio, colegio, lugar de trabajo, comunidad y otros ambientes". Desde la Terapia Ocupacional

se trata de dar servicios para la promoción de la salud y también bienestar de las personas que padecen o están en riesgo de desarrollar una patología (Ávila, Martínez, Matilla, Máximo, Méndez, Talavera, Rivas y Viana, 2010).

Por ello, en nuestro trabajo es importante hablar de la figura del Terapeuta Ocupacional y en los diferentes ámbitos en los que actúa. Pero sobre todo qué uso hacen estos de las TIC en los diferentes centros.

Uno de los ámbitos donde más ha crecido el uso de TIC es el educativo. Las tecnologías siempre han estado presentes en este ámbito y actualmente el terapeuta ocupacional utiliza estas herramientas dentro de los equipos multidisciplinares de educación, en los lugares donde la figura del TO comienza a ser reconocida en la educación (Barrena, Vila y Puerto, 2013). Las TIC en este ámbito se encuentran muy presentes a través de medios básicos como el uso de internet, material didáctico, pizarra digital en lugar de pizarras comunes, y otros muchos. Estos son empleados por los alumnos mediante un equipo multidisciplinar, donde el TO empieza a formar parte de estos equipos, considerando a éste una figura importante en la educación. Estos profesionales se encargan de solventar las demandas de los centros y superar así los objetivos que estos proponen, como fomentar la interacción y aprendizaje utilizando los recursos de internet. Además, el TO ayudará a los alumnos con diversidad funcional en las adaptaciones curriculares, promoviendo la independencia didáctica. Es por eso que el TO ayuda a los alumnos a través de los conocimientos sobre el uso de ayudas técnicas y nuevas tecnologías que tiene debido a su formación, con el fin de conseguir la autonomía e independencia del usuario en estas competencias (Barrena, Vila y Puerto, 2013).

Según Peralta (2016), en su trabajo "Revisión Bibliográfica: Terapia Ocupacional y Tecnologías de la Información y la Comunicación", explica la importancia de las nuevas tecnologías en el ámbito educativo, considerando a éste como un elemento facilitador para la comunicación o incluso el juego de niños que presentan dificultad. Es una forma de mejorar el aprendizaje de estos usuarios y promover un mejor desarrollo social.

También es importante hablar de esta figura en el ámbito de las personas mayores, tanto las que presentan deterioro cognitivo como aquellas que no presentan ningún tipo de disfunción. Se podría decir que actualmente la mayoría de las personas mayores utilizan al menos una herramienta tecnológica. Además, se les enseña a utilizar diferentes plataformas web y esto ofrece grandes posibilidades en la realización de diferentes tareas (Rodríguez et al., 2017).

Principales características, ventajas y desventajas

Las principales características de las TIC'S son según los artículos (Ortí, 2011; Venzal, 2013; Grande et al., 2016):

- Inmateriales
- Instantáneas
- Permiten la interactividad entre la persona y la tecnología utilizada.
- Están interconectadas.
- Están presentes en todos los sectores (culturales, educativos, sociales…).
- Se transmiten de forma digital.
- Promueven la automatización de las tareas.

Estas nuevas tecnologías, además de las características anteriores, presentan una serie de ventajas, ya sea de forma genérica como centrado en diferentes ámbitos (Rodríguez et al., 2017):

- Proporcionan acceso a mucha información, puesto que pueden ser cosas muy concretas como por ejemplo un ordenador o algo más amplio como la red de Internet.
- Gran fuente de recursos de tipo educativos y sociales, entre otros. Es por esto que se utilizan en diversos ámbitos pues proporcionan una forma diferente de aprendizaje.
- Promueven la adquisición de autonomía personal y mejoran la socialización, ya que tienen libertad de búsqueda por ejemplo en páginas web.
- Permiten una comunicación bidireccional a través por ejemplo del correo electrónico, WhatsApp, Facebook, etc, y en el caso de usuarios que no se comunican verbalmente pueden utilizar tabletas que les permiten establecer una interacción.
- Proporcionan ayuda mediante aplicaciones, para personas con diversidad funcional, como pueden ser personas que asistan a otras personas con déficits visuales en caso de necesidad.
- A través de los juegos en diferentes dispositivos (tabletas, PlayStation, Wii, etc.), se puede llevar a cabo una rehabilitación activa de las personas mayores. También se puede utilizar en personas de otras edades. Facilitando también la realización de actividades en las diferentes áreas ocupacionales.

Por otro lado, también están presentes las desventajas que producen las TIC'S, principalmente (Ortí, 2011):

- Pueden llegar a provocar un aislamiento de la persona.
- Falta de privacidad.
- Elevada dependencia a las tecnologías e internet (redes sociales, juegos de pago...).
- Puede provocar la pérdida de dinero por fraudes.

Dado que la visión que nosotros queremos dar en la realización de este trabajo es el uso de nuevas tecnologías por Terapeutas Ocupacionales, vamos a establecer y explicar aquellos ámbitos y patologías en los cuales son más utilizadas estas TIC.

Como principales ámbitos y patologías donde se hace uso de las tecnologías de la información y la comunicación tenemos los siguientes (Rodríguez et al., 2017):

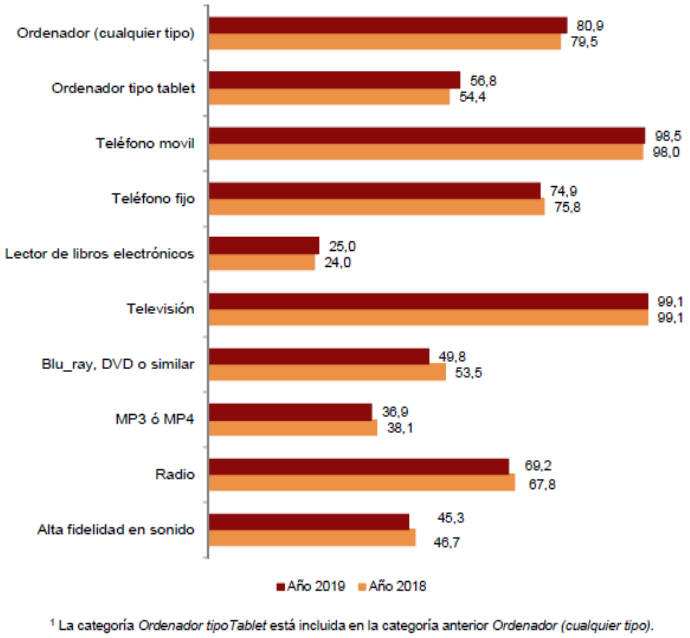
- Geriatría.
- Discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo.
- Discapacidad física o motora.
- Discapacidad psíquica.
- Educación.

Dentro de estos ámbitos se engloban las diferentes patologías (Ortí, 2011):

- Demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo (leve, moderado, grave).
- Accidente cerebrovascular (ACV), lesión medular, personas con movilidad reducida o discapacidad física.
- Trastorno del Espectro del Autismo, Parálisis Cerebral Infantil y discapacidad intelectual.
- Personas que presentan depresión o ansiedad, esquizofrenia e incluso en trastornos de drogodependencia.

La revisión bibliográfica que se lleva a cabo tiene por objeto conocer la eficacia del uso de TIC en diferentes ámbitos de la rehabilitación, aportando una visión desde la Terapia Ocupacional. En primer lugar, es importante tener en cuenta la elevada presencia de tecnologías en nuestra vida cotidiana pues según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2019, un 80,9 % de las personas que conviven en un mismo hogar utilizan al menos un dispositivo tecnológico como un ordenador (ya sea portátil, Tablet u otros) y suelen comprender edades entre los 16 y 74 años (Gráfico 1). Otro de los objetos

tecnológicos que más se usa tanto por adolescentes como por personas adultas o ancianas es el teléfono móvil, el cual representa un 95,5% de uso (Gráfico 1). También dentro de los hogares existe un elevado uso de las tecnologías que nos proporcionan información en un único sentido, como es el caso de la televisión con casi un 100% (99,1%) (INE, 2019).



[1] La categoría *Ordenador tipoTablet* está incluida en la categoría anterior *Ordenador (cualquier tipo)*.

Figura 1. *Equipamiento de los hogares en productos tecnológicos. Años 2018 y 2019. Porcentaje de hogares con algún miembro de 16 a 74 años.*

Fuente: Adaptado de Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares por INE, 2019 (https://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf).

Es a partir de estos datos y de la evolución de las TIC de dónde surge este trabajo. Debido al elevado uso de tecnologías de todo tipo, ya sea en hogares o fuera de estos, es importante conocer si todas estas tecnologías pueden utilizarse de manera didáctica y rehabilitadora con el fin de facilitar la enseñanza y mejorar la calidad de vida de las personas. Desde el punto de vista de Terapia Ocupacional, se considera que el uso de estas nuevas tecnologías puede suponer un elemento facilitador para el establecimiento de relaciones con algunos usuarios, para comunicarse con ellos y también una forma dinámica para la realización de sesiones. Teniendo en cuenta el tipo de centro, la patología, el usuario y sus capacidades.

MARCO METODOLÓGICO

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica, en la cual se manejan diferentes bases de datos. En primer lugar, se realizó un cribado de información con una consulta de artículos sobre el tema a través de Google Académico, para comprobar la cantidad y relevancia de información sobre el uso de TIC en rehabilitación y disciplinas como terapia ocupacional y fisioterapia.

Las bases de datos a las cuales se ha accedido para la obtención de los documentos son Dialnet, Scielo, Sciencedirect, Redalyc y Pubmed. Se establecen una serie de puntos para acotar la búsqueda: artículos científicos de revistas y otros trabajos científicos, años de publicación entre 2014 y 2019.

Por otro lado, los términos claves para la búsqueda han sido:

- Español: "Tecnologías de la Información y la Comunicación", "TIC", "Terapia Ocupacional", "rehabilitación", "videoconsolas", "ancianos".
- Inglés: "Information and Communication Technologies", "TIC", "Occupational Therapy", "rehabilitation", "game consoles", "seniors".

Estas palabras se combinan mediante la utilización de nexos de unión u operadores, dando lugar a la siguiente forma: "Information and Communication Technologies AND Occupational Therapy", "TIC AND Occupational Therapy", "(Information and Communication Technologies OR TIC) AND seniors", "TIC AND seniors", "(Occupational Therapy OR rehabilitation) AND TIC", "game consoles" AND "Occupational Therapy" AND "rehabilitation".

Por otro lado, para realizar una selección adecuada de los artículos que se van a utilizar en el estudio, se establecen una serie de criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión establecidos son:

- Artículos de uso de tecnologías en rehabilitación.
- Artículos publicados entre los años 2014 y 2019 (máximo 6 años).
- Tipo de artículos: revisiones bibliográficas y sistemáticas y estudios de investigación.
- Artículos que incluyan intervenciones, que sean no farmacológicas.
- Artículos donde aparezca la figura del Terapeuta Ocupacional.

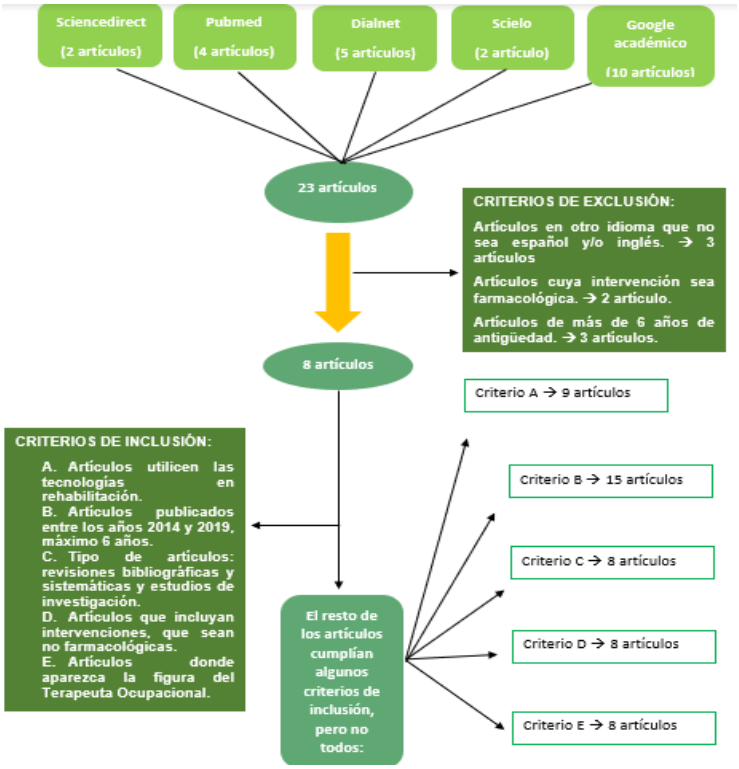
Como criterios de exclusión se establecen los siguientes:

- Artículos en otro idioma que no sea español y/o inglés.
- Artículos cuya intervención sea farmacológica.
- Artículos de más de 6 años de antigüedad.

Finalizada la búsqueda se seleccionan aquellos artículos que cumplen los criterios de inclusión. Para ello, tienen en cuenta tanto el resumen (abstract) como el título del artículo. Los pasos seguidos han sido: elección según título, lectura del resumen; en caso de tener relación con los criterios de inclusión anteriormente citados, se pasa a la lectura completa del artículo. Por último, una vez realizado el análisis de los artículos elegidos, se incluyen en el trabajo aquellos que cumplen correctamente los criterios establecidos.

Finalmente, una vez recopilados los artículos de las diferentes bases de datos y buscadores, solo 8 de los artículos cumplen los criterios de inclusión. En el siguiente apartado se desglosan los aspectos analizados en este estudio.

Figura 2. *Proceso de análisis y cribado de los artículos encontrados en las bases de datos.*



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Tabla 1. *Documentos analizados.*

Autoría Fecha	Título	Tipo/Diseño	Objetivo	TIC´S	Resultados
Peralta (2016)	Revisión bibliográfica: Terapia Ocupacional y Tecnologías de la Información y la Comunicación	Revisión bibliográfica. Se lleva a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos, además del uso de palabras claves en los diferentes buscadores y el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión.	Realización de una revisión acerca del uso de las TICS en TO con el fin de investigar aquellas áreas dentro del ámbito de TO que se benefician más de estas tecnologías.	"No considerado"	Se observa según los resultados, que hay una mayor demanda de tecnologías dentro de los ámbitos: rehabilitación, geriatría, educación y telemedicina. Por lo tanto, podemos ver que la presencia de tecnologías en las sesiones de terapia supone un beneficio para los tratamientos. Hay que seguir investigando.
Blanco (2014)	Eficacia de la intervención cognitiva en el Deterioro Cognitivo Leve y la Enfermedad de Alzheimer a través de TICS: Una mini-revisión	Revisión sistemática. El trabajo se lleva a cabo mediante la búsqueda en diferentes bases de datos utilizando los términos claves y operadores de búsqueda. Se seleccionaron: -Estudios -Tipo de pacientes: adultos mayores con DLC o EA. -Programa de estimulación, rehabilitación o entrenamiento cognitivo por ordenador.	Llevar a cabo una revisión sistemática en la cual se analice la eficacia que tienen los programas de intervención cognitiva que consisten en el uso de TICS en persona que presentan DCL o Enfermedad de Alzheimer (EA).	Ordenador o software.	Se revisaron completamente 13 artículos. En las intervenciones los autores observaron que las funciones que más se trabajaban en las actividades era la memoria, atención, percepción y reconocimiento. En varios de estos se obtienen resultados positivos sobre la efectividad de un programa cognitivo utilizando TICS, también aportan información sobre la mejora del funcionamiento cognitivo en muchos de los usuarios. Aún con estos datos no está del todo claro los beneficios, por ello hay que seguir investigando.
Rodríguez, Ortega y Sánchez (2017)	Aplicación de nuevas tecnologías en personas mayores con trastorno cognitivo leve-moderado desde la Terapia Ocupacional.	Revisión Bibliográfica. Se realiza un análisis de estudios sobre el uso de nuevas tecnologías en personas mayores con trastornos cognitivos. Se seleccionaron 204 artículos que tras un cribado quedaron en 7. En estos artículos se realizó una selección de 188 participantes de edades entre 60 y 90 años que presentaban deterioro cognitivo. Estos fueron sometidos a distintos tipos de terapias con tecnologías.	Pretende ofrecer una visión de las posibilidades que tienen las nuevas tecnologías para las personas mayores con deterioro cognitivo leve-moderado para retardar o frenar los síntomas de esta patología.	"No considerado"	Los resultados de esta revisión nos indican que las nuevas tecnologías ayudan a reducir los síntomas que acompañan la enfermedad, además de mejorar las funciones cognitivas de estas personas.
Compañ, García y Navarrete(2015)	Protocolo de intervención de TO con programa de educación de hábitos en alimentación en niños de 6 años.	Estudio de investigación. Se lleva a cabo una intervención con 3 grupos: - Grupo control no TO: sometido sólo al ambiente. - Grupo sometido a TO convencional: hábitos saludables. - Grupo al cual se le aplican sesiones de TO con nuevas tecnologías: juegos de ordenador. Se seleccionaron escuelas públicas al azar y niños de primaria.	Investigar si hay diferencias en el Índice de Masa Corporal, cuáles son las condiciones antropomórficas y que hábitos saludables llevan los niños de 6 años de la ciudad de San Vicente de Raspeig valorando antes y después de recibir el tratamiento.	Juego de ordenador.	Este estudio no tiene resultados concluyentes.

Contreras, Cubillos, Hernández, Reveco y Santis (2014)	Rehabilitación virtual en la intervención de Terapia Ocupacional.	Estudio de investigación. Se llevaron a cabo tres entrevistas a Terapeutas Ocupacionales de tres instituciones privadas, que utilizaron la rehabilitación virtual en sus sesiones. Para la realización de este trabajo había que tener en cuenta la conducta de las personas. Se seleccionaron a tres T.O de los cuales dos de ellos trabajan con adultos y otro con niños y adolescentes. El tipo de entrevista realizada era semiestructurada y para el posterior análisis de los resultados de estas se utilizaron 8 categorías de división para los datos.	Entender cuáles son los principios fundamentales para el uso de la rehabilitación virtual en Terapia Ocupacional en lo que respecta a la rehabilitación física.	Videoconsolas.	Tras realizar un análisis de los datos obtenidos de la entrevista y conceptualizarlos según una serie de criterios, se observó que los datos podían variar en función de la patología física que presentase cada usuario. Finalmente, se consideró que era necesario continuar investigando acerca de la rehabilitación virtual en el área física.
Rodríguez y Juanes (2015)	Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post-ictus desde Terapia Ocupacional.	Estudio de investigación. Este estudio se lleva a cabo de dos formas: 1. Mediante la confección de una encuesta. Esta fue enviada a unos centros previamente seleccionados, se siguieron unos criterios para esta selección.Una vez obtenidas las respuestas de cada centro se lleva a cabo un análisis de los datos (este análisis al igual que la encuesta se realiza mediante Google Drive). 2. Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos. Los datos obtenidos de la encuesta y los datos de la búsqueda bibliográfica se comparan.	Recabar información acerca de los beneficios y la utilidad que aportan estos dispositivos para llevar a cabo un tratamiento en terapia ocupacional con el fin de recuperar la capacidad funcional del miembro afecto.	Videoconsolas.	Se obtuvieron 22 respuestas a la encuesta, en las cuales se confirmaba la efectividad de las videoconsolas, esto también fue confirmado con 19 artículos de la búsqueda. La mayoría de profesionales afirmaron que el uso de la Nintendo Wii o Kinect, favorecía la recuperación funcional y cognitiva de los usuarios en la rehabilitación post-ictus. Se demuestra el buen funcionamiento y usabilidad de estas videoconsolas, pero se recomienda continuar investigando.
Marchena (2017)	Evidencia científica de los programas de estimulación cognitiva con nuevas tecnologías en pacientes con Enfermedad de Alzheimer en estadio inicial.	Revisión bibliográfica. Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se realizará una búsqueda de información en diferentes bases de datos. Para filtrar los artículos, se seleccionarán aquellos cuyos sujetos tengan una edad mayo o igual a 65 años y con Enfermedad de Alzheimer en estadio inicial, también deben hablar sobre el uso de las nuevas tecnologías en la rehabilitación cognitiva.	Llevar a cabo una revisión acerca de los tratamientos utilizados en personas con Enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales y establecer qué TICS se usarán en la rehabilitación e intervención.	Software, Realidad Virtual y Serious Games.	En los resultados se ha observado como en los diferentes artículos se han utilizado tecnologías que permitían el desarrollo de programas software, realidad virtual (en varios casos se empleaba como método de detección del Deterioro Cognitivo) y juegos serios, siendo estos importante para lograr una mejoría a nivel cognitivo de los usuarios. Hay que resaltar la importancia que tiene que estos tratamientos los lleven a cabo Terapeutas Ocupacionales. Finalmente se puede decir que el uso de TICS beneficia a los usuarios logrando un mantenimiento de sus capacidades y retrasando el avance de la enfermedad.
Martínez (2015)	Catálogo de 60 aplicaciones Android gratuitas de uso en Terapia Ocupacional para el entrenamiento cognitivo.	Recurso material. Para realizar este catálogo se siguen varios pasos en la búsqueda de estas aplicaciones. Se seleccionan una serie de criterios; a continuación, una vez establecidos se accede a diferentes bases de datos y se buscan Apps Android gratuitas para personas con dificultad en el área cognitiva.	Hacer más fácil el aprendizaje y mejorar las habilidades y capacidades de los usuarios con problemas a nivel cognitivo mediante el uso de diferentes aplicaciones Android.	Ordenador, tableta, internet y Apps Android.	Después de una rigurosa búsqueda, fueron 60 Apps las que cumplían los criterios y podían utilizarse con usuarios con dificultad a nivel cognitivo. Se observó según el número de descargas, la puntuación y otros comentarios que estas aplicaciones mejoran el área cognitiva de estas personas y aumentaban su motivación.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Se analizaron los resultados de cada una de las tablas comparando los apartados de estas con cada uno de los artículos obtenidos.

En primer lugar, se hablará del tipo de artículo que se ha encontrado. Por un lado, hay cuatro revisiones bibliográficas o sistemáticas ya que hay una demanda elevada de información sobre las Tecnologías de la Información y la Comunicación y la relación de estas con la Terapia Ocupacional. Además de estas revisiones también se han encontrado otros cuatro estudios de investigación sobre las TIC, cada uno con objetivos diferentes, como se explicará más adelante; también existe un artículo cuya tipología es un recurso material.

En segundo lugar, se establecerá una comparación entre los objetivos de cada uno de los artículos analizados. Entre ellos se pueden encontrar tanto artículos que buscan obtener información acerca del uso y beneficios de las TIC para las personas con algún tipo de problemas hasta artículos como "Protocolo de intervención de TO con programas de educación de hábitos en alimentación en niños de 6 años" , que pretenden llevar a cabo una investigación sobre la existencia de diferencias en el Índice de Masa Corporal, cuáles son las condiciones antropomórficas y que hábitos saludables llevan los niños de 6 años de la ciudad de San Vicente de Raspeig (Compañ et al., 2015).

De la misma forma, otros artículos llegaron a una semejanza en sus objetivos, como en el caso de los artículos de Martínez (2015) y Rodríguez y Juanes (2015), cuyo fin es mejorar las capacidades y habilidades de los usuarios tanto a nivel físico como cognitivo a través de recursos para usar en las sesiones de Terapia Ocupacional (videoconsolas o Apps). Cabe mencionar por otra parte, el objetivo que establece Contreras et al., (2014) en su trabajo, pues tienen una visión similar a los autores anteriores a excepción de que estos pretenden comprender cuales son los principios para usar la rehabilitación virtual en personas con patologías físicas desde la Terapia Ocupacional. En cambio, en el artículo de Blanco (2014) y de Rodríguez et al., (2017) ocurre que ambos han centrado sus trabajos en personas con deterioro cognitivo y tienen por objeto ver la eficacia del uso de TIC o retrasar los síntomas de esta patología, abordados de diferente forma. Por su parte, Marchena (2017) tiene un objetivo similar al de los anteriores autores, con el matiz de determinar qué TIC son más adecuadas en la rehabilitación e intervención de personas con enfermedad de Alzheimer en estadio inicial.

Así mismo, es importante analizar la población de los estudios de investigación. En el artículo "Protocolo de intervención de Terapia Ocupacional con programa de educación de hábitos en alimentación en niños de 6 años" la

muestra fueron 94 niños de primero de primaria divididos en tres grupos de intervención (Compañ et al., 2015), mientras que, en el estudio de Contreras et al., (2014) la muestra seleccionada fueron tres Terapeutas Ocupacionales de tres centros privados de rehabilitación física.

Otro aspecto que vamos a analizar de las tablas es el tipo de procedimiento o diseño que se lleva a cabo en los trabajos. Los artículos de (Blanco, 2014), (Rodríguez et al., 2017) y (Marchena, 2017) llevaron a cabo un procedimiento similar en la búsqueda de información para la realización de la revisión. En su búsqueda utilizaron artículos del tipo estudios de investigación, en los cuales apareciera información sobre personas mayores con deterioro cognitivo o Enfermedad de Alzheimer, también que en las terapias o rehabilitación se emplearan las tecnologías, las cuales difieren de un trabajo al otro.

Por otro lado, los autores Rodríguez y Juanes (2015) son los únicos que en su trabajo confeccionaron una encuesta para la obtención de los datos que más tarde se analizarán. También en el estudio "Rehabilitación virtual en la intervención de Terapia Ocupacional" vemos la presencia de videoconsolas a través de la rehabilitación virtual. En esta investigación se seleccionaron tres T.O. que trabajan con adultos, adolescentes o niños, y se les hizo una entrevista semiestructurada sobre el uso que hacían de las nuevas tecnologías en la rehabilitación física (Contreras et al., 2014).

En cambio, estos no son los únicos procedimientos que se llevan a cabo. En el caso de Compañ et al., (2015), utilizan una división de la muestra en tres grupos: grupo control, terapia convencional y terapia con nuevas tecnologías; algo diferente realiza Martínez (2015) llevando a cabo un recurso material, donde realizará un estudio sobre las App gratuitas más adecuadas para aquellas personas que presentan problemas cognitivos, aportando una visión diferente de cómo trabajar esta área desde la Terapia Ocupacional.

Continuando este análisis de los artículos, se hablará sobre el tipo de tecnologías que se utilizan en los diferentes trabajos expuestos anteriormente. En varias ocasiones no se especifican las TIC usadas, sino que se habla de estas a modo general, como ocurre en el caso de los artículos de Peralta (2016) y Compañ et al., (2015), que realizan una revisión sin establecer en su búsqueda unas tecnologías concretas.

Por otra parte, en los artículos de Blanco (2014) y Martínez (2015), las TIC de las que se van a hablar tanto en la revisión bibliográfica como en el recurso material, son los ordenadores; aportando información diferente según cada uno de los dos artículos mencionados. Ahora bien, estos no son los únicos artículos que utilizan los ordenadores, pues en el trabajo de Compañ et al.,

(2015) se lleva a cabo una intervención mediante el uso de juegos de ordenador. El uso de juegos también aparece reflejado en el artículo de Marchena (2017), pues en su búsqueda de estudios que abordaban la rehabilitación de usuarios con Enfermedad de Alzheimer en estadio inicial, se observó que utilizaban diferentes herramientas, entre ellas se encontraban los juegos serios, programas software y realidad virtual.

El resto de los artículos utilizan otras tecnologías como son las videoconsolas o las redes sociales, ya que existen multitud de TIC para realizar investigaciones o para tratamientos rehabilitadores.

En último lugar, se comparan los resultados a los que llegaron cada uno de estos autores en sus trabajos. Según los resultados del trabajo de Peralta (2016) se observa una mayor demanda en ciertos ámbitos como geriatría, rehabilitación, educación y telemedicina. Algo que se puede observar en el resto de artículos, es la coincidencia con este autor en los ámbitos donde se han aplicado, puesto que (Blanco, 2014) y (Rodríguez et al., 2017) corresponden a trabajos centrados en el deterioro cognitivo y las personas mayores. Esto también es explicado por Marchena (2017) en su artículo, pero más centrado a una patología concreta dentro de la afectación del área cognitiva, en este caso la Enfermedad de Alzheimer. A su vez, Peralta (2016) también coincide con Rodríguez y Juanes (2015) aportando su visión sobre las tecnologías como una buena forma de llevar a cabo la rehabilitación tanto física como cognitiva de las personas con algún tipo de problemas. Contreras et al., (2014) también abordan la rehabilitación física a través de la información que les aportan los Terapeutas Ocupacionales sobre las tecnologías de rehabilitación virtual que utilizan en sus sesiones, cuyos datos varían en función de la disfunción física de cada usuario, por ello consideran importante continuar investigando.

Por otra parte, algunos autores llegaron a coincidencias en sus resultados, ya que trabajaron aspectos similares. Esto es lo que ocurre en el caso del artículo de Blanco (2014) y Rodríguez et al., (2017), pues trabajaron con estudios de personas con deterioro cognitivo con el fin de investigar la eficacia y los beneficios que tenían las nuevas tecnologías sobre estas personas. En sus resultados ambos concluyeron que las TIC utilizadas en sus trabajos daban lugar a una mejora de las funciones cognitivas. Una situación semejante se da en el artículo de Marchena (2017) pues aborda el tema con el fin de lograr un equilibrio entre las terapias convencionales y las terapias que emplean tecnologías para lograr la mejora de la calidad de vida de las personas, retrasando el avance de la enfermedad y con un mantenimiento sus capacidades . Al mismo tiempo, Martínez (2015) muestra ciertas Apps Android que mejoran o favorecen el área cognitiva de los usuarios, las cuales pueden utilizarse en las sesiones de Terapia Ocupacional. Por lo tanto, estos artículos

llegan a la conclusión de que las TIC son elementos favorecedores para la mejora del área cognitiva de las personas. En todos estos trabajos la figura profesional que podemos observar es la del Terapeuta Ocupacional y la presencia e importancia de la Terapia Ocupacional.

En definitiva, podemos decir que según todos estos autores hay un claro beneficio del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, lo cual no significa que en todos los casos tengan el mismo efecto. Por ello, es importante continuar investigando acerca del uso y beneficios que proporcionan las TIC y sobre los profesionales y ámbitos donde se pueden utilizar con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

CONCLUSIONES

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) nos ofrecen diferentes usos y muestran beneficios para la rehabilitación en el campo de la Terapia Ocupacional.

También se observa que mejoran las capacidades de los usuarios tanto a nivel físico como cognitivo y que en ciertos casos retrasa los síntomas de la enfermedad.

Toda la información recabada ha permitido lograr en gran medida los objetivos propuestos en esta revisión bibliográfica, pero es importante continuar investigando sobre el tema, pues se encuentra en constante evolución.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido parcialmente apoyado por los fondos Feder y por los proyectos de la Junta de Extremadura GR21018, IB18056, y por el MICINN RTI2018-099522-B-C42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abades, M., & Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, *23*(4), 151-155. https://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002
- American Occupational Therapy Association, Commission on Practice, & American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain & process*.
- Asamblea General de la ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A)*. Paris, Francia. Recuperado de http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/

- Asamblea General de la ONU. (2006). *Convención Internacional sobre los Drechos de la Personas con Discapacidad*. Nueva York, USA. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
- Berjano, E., & García, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI.* Madrid: FEAPS.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, *54*(24), 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955
- Carratalá, A., Mata, G., & Crespo, S. (2017). *Planificación centrada en la persona. Planificando por adelantado el futuro deseado*. Plena Inclusión España. Recuperado de https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/guia_planificacion_plena_inclusion_completob.pdf
- Causepié, P., Balbontín, A., Porras, M., & Mateo, A. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco.* Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo.
- Comisión de Envejecimiento de la Red Nacional de Vida Independiente de Down España. (2021). *Vida adulta y envejecimiento de las personas con síndrome de Down El papel de las asociaciones y los equipos profesionales*. Madrid: Down España.
- Cruz-Souza, F. (2006). *Género, psicología y desarrollo rural: La construcción de nuevas identidades*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Dumitrache, C. G., Rubio, L., Bedoya, I., & Rubio, R. (2017). Promoviendo el envejecimiento activo en entornos rurales: Un programa de intervención implementado en Orense, España. *Universitas Psychologica*, *16*(3), 1-12.
- García Fraile, M. (2018). *El Envejecimiento en las Personas con Parálisis Cerebral.* Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Gobierno de España. (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, (311, de 29/12/1978), 1-40.
- González-Alonso, M. Y. (2016). *Parálisis cerebral y envejecimiento activo*. Valladolid: Federación ASPACE Castellano Leonesa.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de https://www.ine.es
- Jefatura del Estado. (2022). *Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.* Boletín Oficial del Estado nº78. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/l/2022/03/31/6
- Jiménez Lara, A. (s. f.). *Informe Olivenza 2018, sobre la situación general de la discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Recuperado de https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/04/OED-INFORME-OLIVENZA-2018.pdf

- Jonsson, H., Borell, L., & Sadlo, G. (2003). Jubilación: Una transición ocupacional con consecuencias en la temporalidad, equilibrio y significado de la ocupación *. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (3), 7. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2003.145
- Klingbeil, H., Baer, H. R., & Wilson, P. E. (2004). Aging with a disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *85*, 68-73. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.03.014
- León-Sanromà, M. (2007). El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Atención Primaria*, *39*(8), 451. https://doi.org/10.1157/13108625
- Mehrotra, C., Wagner, L. S., & Fried, S. (2009). *Aging and diversity: An active learning experience* (2nd ed). New York: Routledge.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.* Boletín Oficial del Estado nº289. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/
- Organización Mundial de la Salud. (2002a). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Recuperado de https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002b). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *37*(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Edadismo: Preguntas y respuestas*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism
- Palero, P., Huete, A., Blanco, A., & Berzosa, G. (2015). *El envejecimiento de las personas con discapacidad en Extremadura.* Olivenza, España: Observatorio Estatal de la Discapacidad. Recuperado de https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2021/07/Estudio-Envejecimiento-PCD-Extremadura.pdf
- Plaza, M., Hernández, C., & Vidriales, R. (2018). *Envejecimiento y trastorno del espectro del autismo: Un proceso vital invisible.* Recuperado de http://www.autismo.org.es/sites/default/files/envejecimiento_informe_ejecutivo_version_web.pdf
- Plena Inclusión. (2017). *Posicionamiento de Plena inclusión sobre Terminología*. Recuperado de https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/posicionamiento-de-plena-inclusion-sobre-terminologia/

- Ponce de León, L., & Andres-Cabello, S. (2017). Active aging in rural environment in Spain. *Ehquidad. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (7), 175-198. https://doi.org/10.15257/ehquidad.2017.0006
- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*, *7*(1), 61. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17
- Roqué, M. (2014). *Guía para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Recuperado de https://www.algec.org/wp-content/uploads/2019/06/guia-para-comunicar-con-responsabilidad-sobre-las-personas-mayores.pdf
- Rugde, M. (2020). *Older people's inclusion in the SDGs is essential to leave no one behind*. Londres: HelpAge International. Recuperado de https://www.helpage.org/what-we-do/post2015-process/
- Sheerin, F., McCallion, P., McGlinchey, E., O'Dwyer, M., Reilly, E., & McCarron, M. (2020). Aging with Intellectual Disability: Dementia and Cognitive Decline. En J. L. Matson (Ed.), *Handbook of Dual Diagnosis* (pp. 311-330). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46835-4_19
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2007). *Tratado de Geriatría para residentes*. Madrid, Spain: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Recuperado de https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
- The European federation of retired and elderly persons. (2016). *Carta de los Derechos de las Personas Mayores y Jubiladas de Europa*. Recuperado de https://ferpa.org/wp-content/uploads/2020/10/Charte_droits-personnes-agees_EN1.pdf
- Tse, M. M., Kwan, R. Y., & Lau, J. L. (2018). Ageing in individuals with intellectual disability: Issues and concerns in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*. https://doi.org/10.12809/hkmj166302
- Urizarna-Varona, S., Ruiz, P., Naharro, L., Martínez, I., Sáenz, I., & Carriquiri, J.-C. (2018). Planificación Centrada en la Persona: Metodología de apoyo para que cada persona con discapacidad dirija su vida. La experiencia de ASPRODEMA. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, *8*, 164-187. https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i0.6686

Verdugo, M. Á. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, *41*(4), 7-21.

- Verdugo, M. Á., Córdoba, L., & Rodríguez, A. (2020). Calidad de vida en familias de personas con discapacidad. *Pensando Psicología*, *16*(1), 1-23. https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.01.01
- Wehmeyer, M. L. (2020). The Importance of Self-Determination to the Quality of Life of People with Intellectual Disability: A Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7121. https://doi.org/10.3390/ijerph17197121

8.

EL PIE TAMBIEN ENVEJECE

FEET AGE TOO

BELINDA BASILIO FERNÁNDEZ
bbasfer@unex.es. Extremadura, Plasencia. España.

JUAN FABREGAT FERNÁNDEZ
juanfabregat@unex.es Extremadura, Plasencia. España.

VALLE RAMÍREZ DURÁN
valleramirez@unex.es. Extremadura, Plasencia España.

SONIA HIDALGO RUÍZ
subdircentcupl_estu@unex.es. Extremadura. Plasencia. España.

PILAR ALFAGEME GARCÍA
palfagemeg@gmail.com. Extremadura. Plasencia. España.

ADELA GÓMEZ LUQUE
adelagl@unex.es. Extremadura. Plasencia. España.

ZORAIDA CHAMORRO CLAVIJO
zoraidacc@unex.es. Extremadura. Cáceres. España.

VÍCTOR JIMÉNEZ CANO
victormajc@unex.es. Extremadura. Plasencia. España.
Autor de Correspondencia: Juan Fabregat Fernández. juanfabregat@unex.es.

RESUMEN

El envejecimiento saludable consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar, por ello si cuidamos el pie y conocemos cómo evitar lesiones, o los signos de alarma y dónde dirigirnos en caso de que aparezcan, estaremos fomentando esa funcionalidad. En este momento, estamos inmersos, en la década del envejecimiento activo; con el envejecimiento activo, se buscan no solo, objetivos de salud, sino también objetivos sociales de independencia, de movilidad en el sentido más amplio de la palabra, de facilitar la posibilidad de desarrollar programas y trabajos que, constituyan una continuidad con lo que ha sido la vida previa de cada uno y contribuyan al bienestar individual y comunitario. Si hablamos de independencia y movilidad, el pie, juega un papel fundamental para fomentar estos dos aspectos, ya que es la estructura anatómica que nos sustenta, nos ayuda a mantener el equilibrio, junto con

otras muchas estructuras y sistemas que componen el cuerpo humano. Pensemos que con una lesión en el pie la inestabilidad aumenta, el desequilibrio y la posibilidad de pasar de ser un anciano sano a un anciano frágil o incluso llegar a un síndrome geriátrico como son las caídas, con la pérdida de independencia y funcionalidad, aislamiento social que eso supone. Esto nos hace pensar en la importancia del cuidado del pie cuando somos mayores, el fomentar la educación podológica, el conocimiento del calzado para la prevención de lesiones, incluso del calcetín tanto en ancianos sanos, como en casos especiales, con enfermedades como la diabetes mellitus, en las que el cuidado del pie es una de las piedras angulares, para evitar complicaciones a largo plazo.

Palabras Clave: envejecimiento, pie, cuidados, independencia, calzado, calcetín.

ABSTRACT

Healthy ageing consists of developing and maintaining at an advanced age the functional capacity that makes well-being possible, so if we take care of our feet and know how to avoid injuries, or the warning signs and where to go in case they appear, we will be promoting this functionality. We are currently immersed in the decade of active ageing; with active ageing, not only health objectives are sought, but also social objectives of independence, of mobility in the broadest sense of the word, of facilitating the possibility of developing programmes and work that constitute a continuity with what has been the previous life of each person and contribute to individual and community wellbeing. If we talk about independence and mobility, the foot plays a fundamental role in promoting these two aspects, as it is the anatomical structure that supports us and helps us to maintain our balance, together with many other structures and systems that make up the human body. Let us think that with a foot injury, instability increases, imbalance and the possibility of going from being a healthy elderly person to a frail elderly person or even reaching a geriatric syndrome such as falls, with the loss of independence and functionality and social isolation that this entails. This makes us think about the importance of foot care when we are elderly, the promotion of podiatric education, knowledge of footwear for the prevention of injuries, even the use of socks in healthy elderly people, as well as in special cases, with diseases such as diabetes mellitus, in which foot care will be one of the cornerstones, to avoid long-term complications.

Key words: ageing, foot, care, independence, footwear, sock.

INTRODUCCIÓN

Los pies forman parte de nuestra composición corporal y se consideran esenciales para las actividades tanto básicas como instrumentales de nuestra vida diaria. Sin los pies, no podríamos trasladarnos de un sitio a otro. Estos nos permiten realizar numerosas funciones en nuestro día a día y a lo largo de la vida, como caminar, correr, saltar, bailar, nadar, andar en bicicleta, trepar a los árboles entre otras posibilidades. Podemos afirmar que, el pie es una estructura anatómica que da vida a nuestra vida, y que, cualquier alteración en su morfología y/o funcionalidad, puede disminuir su rendimiento, viéndose afectado el resto del cuerpo.

Según el Instituto de Estadística de Extremadura, en el 64,9 % de los municipios extremeños, 1 de 4 habitantes tiene 65 o más años, es decir, estamos ante una población envejecida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se vaticina un aumento del envejecimiento para el 2050. Se prevé que la tasa de envejecimiento sufra un incremento del 12% al 22%. [1] La población envejece, y los pies también.

Se ha demostrado que existen efectos fisiológicos y patológicos propios del envejecimiento, que afectan al pie, que pueden tener consecuencias sobre la función de equilibrio y la locomoción [2].

Otro dato a tener en cuenta es la disminución de la densidad mineral ósea junto a la masa magra y el aumento de la masa grasa, más en mujeres, que son procesos relacionados con el propio envejecimiento. Las caídas y alteraciones en el equilibrio, entre otros síndromes geriátricos, están ampliamente relacionadas con los procesos descritos anteriormente [3,4] . La existencia de una o varias patologías propias del pie como hallux abductus valgus, deformidades de dedos medios, o atrofia de la almohadilla grasa plantar, unido a los procesos anteriores, hace que la funcionalidad del pie, se vea comprometida y se produzca así, una alteración tanto en la estática, como en la dinámica, pudiendo aparecer lesiones por fricción, presión con el calzado, alteraciones en la marcha y equilibrio, causando malestar y/ o dolor que pone en peligro la independencia funcional y la autonomía [5,6].

Los problemas podológicos que nos encontramos en la clínica habitualmente son consecuencia de enfermedades sistémicas, como la Diabetes Mellitus, procesos que cursen con alteraciones de la coagulación, o la insuficiencia vascular, entre otros, aunque la propia senectud, o el uso de un calzado inapropiado, son también determinantes para que aparezcan esos problemas en el pie.

La OMS respalda que el calzado inapropiado, los cambios tróficos en la piel por insuficiencia vascular, el incorrecto cuidado de las uñas, el déficit sensitivo, e incluso la obesidad o enfermedad incapacitante pueden favorecer al proceso de aparición de problemas podológicos [7]. El uso de un calzado inapropiado no solo está asociado a la presencia de diferentes patologías en el pie, sino que además, es una de las principales causas asociadas al riesgo de caídas en personas mayores. Existe una clara relación entre el uso inadecuado del calzado y las caídas debido a la inestabilidad, todo ello tiene desenlace final un aumento de la dependencia de la persona [8-9].

Por todo ello, se recomienda el uso de un calzado cerrado bien sujeto al pie, con suela de goma antideslizante y tacón bajo [9].

MARCO CONCEPTUAL

Evolución del pie en el anciano: cambios morfológicos y fisiológicos

Los pies son la unidad básica y principal para la marcha y el equilibrio, requieren una especial atención en el adulto mayor, tenga o no patología. Su cuidado, forma parte imprescindible dentro de la asistencia integral del adulto mayor. Juegan un importante papel en la edad geronte y geriátrica, una etapa vital en la que una buena salud podológica puede contribuir notablemente a una mejor calidad de vida.

El pie como estructura musculoesquelética no sólo soporta el peso del cuerpo, sino que es el encargado de realizar los movimientos para la marcha, mantener el equilibrio, formando parte del sistema postural, siendo un captor de estímulos externos [5,6].

La bóveda plantar permite repartir el peso corporal en las zonas de apoyo: el metatarso y los dedos, y la zona del tarso posterior, cuando la bóveda deja de funcionar, el reparto del peso del cuerpo no es efectivo y aparecen alteraciones, en el pie y todo el sistema músculo esquelético, y postural.

Desde la visión dermatológica, la piel en esta zona presenta un elevado número de glándulas sudoríparas ecrinas. Además de tener un mayor grosor del estrato córneo en la planta del pie, que aumenta en caso de zonas en las que haya un aumento de presión, o un desequilibrio en el reparto de cargas, lo que se traduce en la aparición de hiperqueratosis y helomas. Un alto porcentaje de la consulta podológica está relacionada con estas alteraciones dermatológicas, y un alto porcentaje son mayores de 65 años [7]. Más del 80% de la población anciana sufre algún problema podológico. Aunque las afecciones propias del pie no suelen revestir gravedad, sí son frecuentes y

pueden llegar a ser muy molestas, ocasionando importantes descensos en la calidad de vida de los afectados [7]. En el transcurso vital del ser humano el pie está sometido a fuerzas dinámicas y de presión que permiten que este se adapte a las diferentes irregularidades del terreno. A estas fuerzas se le deben sumar los efectos que determinadas enfermedades congénitas o adquiridas pueden tener sobre el propio pie, además de las actividades y/o el tipo de trabajo que se haya tenido durante toda la vida. Todos los programas de atención al adulto mayor deberían contemplar los cuidados podológicos, ya que es primordial para que la persona en esta etapa de la vida continúe siendo independiente. El simple hecho de que un individuo pueda o no caminar le pueden enmarcar en un contexto de dependencia e incluso de ingreso en un centro socio sanitario y ser apartado de la comunidad.

Modificaciones del pie relacionadas con la edad:

Para poder entender las diversas características típicas del pie en el adulto mayor, debemos tener en cuenta que con el paso de los años tiene lugar una atrofia de las células fibroadiposas del talón que condicionan un apoyo excesivo sobre el hueso calcáneo; se le suma que se produce una disminución en la movilidad de las articulaciones del metatarso y del tarso, fruto de los cambios degenerativos del cartílago, a lo que hay que unir cierto grado de atrofia muscular [5,6].

- Alteraciones dermatológicas:

Desde infecciones como verrugas plantares o micosis, hasta las hiperqueratosis. Las hiperqueratosis, son el resultado de microtraumatismos repetidos por una hiperpresión intermitente o el roce del calzado [10,11]. Fig 1y 2.

Fig 1y 2: Dermatopatías y sobrecargas metatarsales

- Deformidades digitales:
  - Hallux abductus valgus o juanete: desviación hacia fuera del primer dedo y la existencia de una tumoración dolorosa, acompañada o no de bursitis, en la cara interna de la cabeza del primer metatarsiano. Pudiendo ésta llegar a ulcerarse e infectarse. Los restantes dedos, sobre todo el segundo, sufren modificaciones a medida que el proceso avanza transformándose en "dedo en martillo", y el resto del antepié se sobrecarga, haciéndose doloroso. A parte de varios factores como el hereditario, el papel del zapato estrecho y puntiagudo es esencial [11,12]. Fig 4.
  - Deformidades de dedos medios: engloba distintos tipos de deformidades como, el "dedo en garra", "en cuello de cisne", o "dedo en martillo" [11,12]. Fig 3 y 4.

Fig. 3 y 4: Alteraciones digitales: deformidades primer dedo y dedos medios

- Alteraciones estáticas del pie:
  - *Pies planos*: hundimiento de la bóveda plantar, normalmente asociado a una desviación hacia fuera del talón con respecto al eje sagital del cuerpo. Generalmente el anciano lo presenta por alteraciones de la extremidad inferior secundarias a sobrepeso o a artritis reumatoide o a fracturas [10,12,13].
  - *Pie cavo:* es el pie con un arco plantar longitudinal de altura excesiva apoyándose sobre todo en el talón y en la base del antepié. En el anciano se origina una sobrecarga, apareciendo dedos en garra e hiperqueratosis en la zona plantar y dorsal de los dedos [10,12,13].
  - *Pie en valgo:* es la desviación hacia fuera con respecto al eje sagital del cuerpo, produciéndose un hundimiento del arco interno e hiperapoyo en la cabeza del primer metatarsiano, provocando en el anciano un juanete [10,12,13].

- *Pie en varo:* es la desviación del pie hacia dentro con respecto al eje sagital del cuerpo, pudiendo inducir en el anciano, una callosidad o callo en la falange del quinto dedo por aumento de la carga en la parte lateral externa [10,12,13].

- Alteraciones de las uñas:

Las uñas con el tiempo reflejan muy rápidamente su estado, llegando a ser duras, secas y quebradizas. Comprenden:

- Uñas encarnadas u onicocriptosis: suelen tener forma de teja, clavándose los picos en el rodete ungueal. Se suelen deber a una hiperpresión del calzado o a un incorrecto corte de uñas [10,12,13]. Fig 5.

- Uñas hipertróficas u onicogrifosis: con un crecimiento desmesurado, alcanzando formas grotescas, creando dolor, y disconfort [10,12,13]. Fig 6.

Fig. 5 y 6: Alteraciones Ungueales: Onicocriptosis/onicogrifosis

- Onicomicosis como tiñas o cándidas. Todas estas alteraciones, dejan su marca acumulativa sobre los pies del anciano, en forma de una amplia morbilidad, discapacidad funcional con limitación de la actividad, disconfort, dolor y limitación de su calidad de vida. [10,12, 13,14]

Alteraciones en el pie por enfermedades sistémicas:

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales patologías que afectan al pie de las personas mayores. Una de las complicaciones crónicas que derivan de la DM, es el pie diabético, es un pie con ulceraciones y heridas de difícil cicatrización, relacionado con la neuropatía, la vasculopatía, o la aparición de ambas. La aparición de lesiones en el pie está relacionada con condicionantes sociales, como vivir solo, tener poca cobertura social, e higiénicos como el calzado o el corte de uñas, son las responsables de los serios problemas del pie [10,11]. Fig 7 y 8.

Fig.7 y 8: Mala higiene, mal calzado relación con lesiones en el pie

Otras enfermedades sistémicas que afectan al pie de las personas mayores son las enfermedades reumáticas, en la que hay alteración de la almohadilla plantar, alteraciones digitales, así como onicopatías y dermatopatías.

Otra enfermedad sistémica que cursa con lesiones en el pie, son algunos tipos de cánceres, relacionados con el tratamiento quimioterápico.

Pie en anciano sano: envejecimiento activo y saludable

La OMS, definió envejecimiento activo como "El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen"[15].

Pero la OMS no solo definió envejecimiento activo, sino que aportó aquellos factores que influyen en este proceso, dividiéndolos en dos grupos, factores externos y factores internos. Dentro de los factores externos agrupó las condiciones sociales, económicas, ambientales y los servicios de salud. Y en los factores internos describió factores como son el estilo de vida, biológicos, genéticos y psicológicos[16].

El envejecimiento activo y saludable consiste, por tanto, en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar.

Cuando envejecemos no solo sufrimos cambios a nivel fisiológico sino también nos afecta a nivel psicológico, emocional, y espiritual, es decir, el envejecimiento nos afecta de manera integral. La proporción de personas de 60 o más años está aumentando con un mayor ritmo que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Esto es debido a dos causas fundamentalmente, la primera es la disminución de la fecundidad y la segunda en el aumento de la esperanza de vida. [15] Esta esperanza de vida puede

entenderse como un logro del envejecimiento activo y saludable, pero también debe entenderse como un reto para la sociedad, para adaptarse a los cambios y mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores.

MARCO METODOLÓGICO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, del envejecimiento en el anciano, centrado en el pie, y cambios más significativos. Incluyendo la prevención de patologías, el cuidado del pie, y la prevención de caídas. Todo basado en le experiencia clínica.

RESULTADOS

La importancia del cuidado del pie en el anciano higiene y cuidados

Dentro de los problemas sanitarios, en el adulto mayor, y anciano, se encuentran los problemas podológicos, causados en un gran porcentaje por el uso de calzado inadecuado, siendo el calzado un agente externo que ayuda a que aparezcan lesiones en el pie, y unido a alteraciones estructurales, hace que las probabilidades de sufrir lesiones en el pie aumenten [17].

La prevención de lesiones, en el adulto mayor, viene dada por la inspección del pie y a su vez por el cuidado, e higiene de este. En cuanto a la higiene, debe ser diaria, es necesario la adquisición de hábitos adecuados para una correcta atención.

En primer lugar, el aseo de los pies debe ser diario. Para ello, no se debe utilizar agua caliente que exceda los 35º centígrados ya que si la persona presentase una alteración neuropática (pérdida de sensibilidad), podría sufrir unas quemaduras, sin tener sensación dolorosa. Para poder controlar la temperatura del agua se puede hacer uso de un termómetro.

El tiempo de los pies en remojo no debe superar los 5 minutos, ya que, si este tiempo fuera superior, la piel de los pies podría macerarse. Se debe utilizar jabón neutro para el aseo, evitando el uso de cepillos y manoplas ásperas o de crin que puedan lesionar la piel del pie. En segundo lugar, tras el lavado, se debe realizar un secado del pie meticuloso, prestando especial atención a las zonas que se encuentran entre los dedos del pie. Se debe prestar especial atención en el aseo a la zona interdigital, y sin duda el secado, entre los dedos, para evitar la maceración, y heridas interdigitales. Fig. 9, 10 y 11.

Fig 9, 10 y 11: Importancias del secado, limpieza, inspección y corte de uñas

Las uñas deben ser cortadas en línea recta o cuadradas, nunca con curvatura para evitar las uñas encarnadas. Es necesario que el corte se realice uno o dos milímetros, como mínimo, por encima del dedo. En caso de padecer diabetes, limar, y acudir a un profesional de podología, para prevenir úlceras [18].

El último paso corresponde a la hidratación del pie tras el baño. Para ello, es recomendable el uso de crema hidratante, que proporcionará a la piel la elasticidad necesaria para que actúe como barrera natural, especial cuidado en no colocar crema entre los dedos, con ello evitamos la maceración en las zonas interdigitales [17].

El pie en el anciano frágil y síndrome geriátrico. Prevención de lesiones y caídas desde el pie.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología define la fragilidad como "un estado de pre-discapacidad o de riesgo de desarrollar una nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente" [19]. Este riesgo es considerado uno de los síndromes geriátricos más prevalentes en nuestra sociedad y son diversos estudios los que así lo demuestran [20,21]. Por otro lado, existen diferentes autores que coinciden en definir la fragilidad como un síndrome inherente asociado al proceso de envejecimiento. Además, es conocido que la fragilidad está vinculada también a caídas, hospitalizaciones, pérdida de movilidad y discapacidad [22, 23, 24,25].

Según el "Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor", Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: "La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad pues es aquella la que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. El objetivo es mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad.

Un acercamiento a ello es el concepto de fragilidad. Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención. La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad"[25].

Una de las consecuencias derivadas de la fragilidad presente en personas mayores son las caídas. La OMS define el término de caída como "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad"[26].

La mayoría de las caídas están asociadas al proceso de envejecimiento y presentan un origen multifactorial entre los que destacan: enfermedades o procesos invalidantes, hipotensión ortostática, medicación, animales de compañía, mal diseño de los espacios, suelos resbaladizos y deterioro del equilibrio y la deambulación asociado, en la mayoría de las ocasiones, a problemas podológicos[27,28,29,30,31].

Es necesario que las intervenciones enfocadas en una disminución en el riesgo de caídas se centren, por un lado, en contemplar a la persona mayor como un ser biopsicosocial y por otro lado, en poner más énfasis en la salud podológica de la persona. Mediante una valoración de factores intrínsecos relacionados con los problemas del pie, como son las alteraciones estructurales, biomecánicas, alteraciones de las marchas, y por otros factores externos como el calcetín, el calzado, o el entorno. La evaluación de todos estos factores es necesaria para prevenir caídas en este sector de la población.

El calzado y el calcetín para prevenir lesiones en el adulto mayor

El calcetín. Figura 12.

A la hora de aconsejar el uso del calcetín en pacientes ancianos es recomendable que estos sean de hilo o algodón, sin costuras gruesas, y evitar compresión (elásticos, gomas, ligas)[32].

En el mercado existen diferentes tipos de calcetines que han sido confeccionados para no comprometer el retorno venoso y reducir al máximo las posibles rozaduras y puntos de presión.

Está confeccionado sin costuras, con un material elástico y suave al tacto (tecnología textil Regenactiv®) compuesto de diferentes tipos de hilados mezclados entre sí, viscosa con quitina y poliamida con plata. Esto le confiere al calcetín unas propiedades antimicrobianas y hemostáticas, así como una alta transpirabilidad y una capacidad absorbente. Esta prenda está indicada para las personas con diabetes y otras afecciones de los pies, como las personas que padezcan enfermedades reumáticas [33].

El calzado. Fig 13.

Que un calzado proporcione seguridad es un aspecto fundamental que hay que considerar a la hora de la elección del zapato en las personas mayores. Un calzado se considerará inseguro si, por sus características de diseño, puede provocar o facilitar una caída. Las caídas son una de las afecciones más temidas en el adulto mayor y anciano, este es un requisito para considerar en el momento de elección del calzado, aunque este no es el único requisito a considerar en la elección del calzado, hay otros peligros potenciales en el uso de un calzado inadecuado que pueden afectar de una manera especial a las personas mayores, como son las lesiones en la piel o las úlceras por sobrepresión en la planta del pie [34].

Requisitos para la elección del zapato considerar:

- Habilidad para calzarse
- Deformaciones del pie
- Dolor
- Preferencia
- Utilidad del calzado

Características generales del calzado en el adulto mayor y anciano:

- El calzado debe ajustarse al pie, para dar seguridad, salubridad y evitar lesiones, y caídas.
- El corte debe ser de piel, de material flexible y que se adapte bien a las deformidades de la persona.
- La horma amplia, y la pala alta, que no oprima, para albergar bien el antepié.
- Cierre: con velcros, gomas, para que sea sencillo de poner y quitar.
- Contrafuerte: Rígido y acolchado, evitando lesiones en tendón aquíleo.
- Suela: dependiendo si tiene o no patología, irá de flexible semirrígida o rígida, más rígida cuanta menos estabilidad tenga. Que la suela sea multiforma, con dibujos diferentes, para que se adhiera bien a las irregularidades del terreno.
- Plantilla interna: amortiguada, para aportar confort en toda la zona plantar.

Que cada paso que des, cuente para que tu camino sea grandioso"

CONCLUSIÓN

Tras esta revisión concluimos la importancia de un buen cuidado del pie, y abordaje de las patologías más frecuente, es básico y a la vez fundamental para la prevención de lesiones, prevención de caídas, y prevención de institucionalización en el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WHO.int [Sede Web]. Envejecimiento y salud. Centro de Prensa [Internet]. 2018.
- Mourey F. Los pies y el envejecimiento: efectos sobre el equilibrio estático y dinámico. EMC - Podol [Internet]. 2020;22(1):1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/s1762-827x(20)43292-4.
- Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Órrio C y Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Atención Primaria. 2015;47(6):367-75. Doi:10.1016/j.aprim.2014.07.012
- Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N, et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015; 50(6):274-80. doi: 10.1016/j.regg.2015.05.005
- Vázquez Navarrete I, Olivares Luna AM, González Pedraza A. Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores. Aten Fam. 2016; 23(2):39-42. doi:10.1016/j.af.2016.03.002.

- Martínez Gallardo L, Hermida Galindo LF, D'hyver de Las Deses C. Prevalencia de patología del pie en una población geriátrica y su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(1):19–22. doi:10.1016/j.regg.2011.05.004
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Cuidado de los pies: parte II [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2015. Guía de diagnóstico y manejo: 7. p. 191-200.
- Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Cuquerella-Piera C, Tara-zona-Santalbina FJ. Alteraciones en los pies en ancianos frágiles comunitarios con patología cardíaca. Factores de riesgo. Aten Prim. 2016 ;48(9):613-14. doi: 10.1016/ j.aprim.2016.02.002.
- Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Orti-Lucas RM, Tarazona-Santabalbina FJ. A predictive model of isolated and recurrent falls in functionally independent community-dwelling older adults. Braz J Phys Ther. 2019;23(1):19-26.
- Adela-Emilia Gómez Ayala. Pie geriátrico. Aproximación desde la farmacia. Offarm. 2010;29:54-60. https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-pie-geriatrico-aproximacion-desde-farmacia-X0212047X10511902.
- Parodi-García, José Francisco. "El pie del adulto mayor." Acta Médica Peruana 22.3 (2005): 123-128. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7975306.
- Vázquez-Navarrete, Isabel, Ana M. Olivares-Luna, and Alberto González-Pedraza Avilés. "Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores." Atención familiar 23.2 (2016): 39-42. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64207.
- Prieto, Esmeralda Carrillo, and Sara Gómez Suárez. "El pie geriátrico y su relación con las caídas." NURE investigación: Revista Científica de enfermería 14.86 (2017): 3. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277928.
- Quispe Quea, Sandra Yanet. "Alteraciones posturales propias del envejecimiento y su relación con la velocidad de la marcha en el adulto mayor. Hospital Geriátrico de la PNP" San José"." 2015.
- Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8; http://whqlibdoc. who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 4 June 2015).
- 57º CONSEJO DIRECTIVO [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Apr 4]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49692-cd57-inf-9-s-pda-personas-mayores&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
- José Muñoz M. Higiene y cuidado de los pies. Offarm [Internet]. 2002 [cited 2022 Apr 5];21(4):68–77. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-higiene-cuidado-pies-13028947
- CUIDADO DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO [Internet]. Sergas.es. [cited 2022 Apr 5]. Available from: https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/ConsejosSalud/pies.htm
- JH Medina Chávez , LP Torres Arreola , RM Cortés González , V. Durán Gómez , F. Martínez Hernández , G. Esquivel Romero. Valoración geriátrica integral. Rev Med Inst. Méx Seg. Soc. , 49 (6) (2011) 669-84.

- Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, López Jiménez M, Sánchez Jurado PM, Atienzar Núñez P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2011;46(2):81–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.004
- Contreras M del M, Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Padrós G, Montero A. Perfil y pronóstico del paciente con anemia mayor de 85 años que vive en la comunidad. Estudio Octabaix. Rev esp geriatr gerontol (Ed impr) [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 5];211–5. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-140490
- Clegg A, Young S, et al. Frailty in older people. Lancet. 2013; seminar vol. 381 (9868):752762.
- Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63:1089–96.
- Afilalo J, Karunananthan S, Eisenberg MJ, et al. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. Am J Cardiol. 2009;103:1616–21.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el "Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor", Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2014. Pág.12.
- Caídas [Internet]. Who.int. [cited 2022 Apr 5]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls
- Villar San Pio T, Mesa Lampré MP, Esteban Gimeno AB, Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. 1.ª ed. Madrid: SEGG; 2006. p. 199-210
- Almeida ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende TL. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012; 58(4): 427-33. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000400012.
- Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Caldevilla MNGN, Henriques CMAD, Severino SSP, Caldeira SMA. Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. Rev. gaúcha enferm. 2016; 37(4) 1-9. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030.
- Alshammari SA, Alhassan AM, Aldawsari MA, Bazuhair FO, Alotaibi FK, Aldakhil AA, et al. Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. J Family Community Med. 2018; 25(1): 29-34.
- Romli MH, Tan MP, Mackenzie L, Lovarini M, Suttanon P, Clemson L. Falls amongst older people in Southeast Asia: a scoping review. Public Health. 2017; 145: 96-112. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.12.035.
- García López, María Victoria, C. Rodríguez Ponce, and A. M. Toronjo Gómez. "Enfermería del anciano." Editorial DAE, Grupo Paradigma. 2001.
- Marín, Lorena Recarte, et al. "Seguridad y grado de aceptación de un calcetín protector cutáneo en pacientes con dermatoporosis y/o cambios cutáneos por insuficiencia venosa crónica." Revista de Enfermería Vascular 3.5. 2020: 13-18.

- Instituto Biomecánico de Valencia. Guía para el asesoramiento en la selección de calzado para personas mayores. https://www.ibv.orgq/publicaciones/manuales-y-guias/indumentaria/el-pie-calzado-guia-para-el-asesoramiento-en-la-seleccion-del-calzado-para-personas-mayores/ .

9.

FÚTBOL CAMINANDO PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

WALKING FOOTBALL FOR ACTIVE AGING

JORGE PÉREZ GÓMEZ
Jorgepg100@gmail.com Universidad de Extremadura, Cáceres, España

MARÍA MENDOZA MUÑOZ
mamendozam@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

JORGE CARLOS VIVAS
jorgecv@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

JOSÉ CARMELO ADSUAR
jadssal@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

RESUMEN

El envejecimiento en un proceso en que acontecen varios cambios en el organismo, si a ese envejecimiento se le añade un estilo de vida sedentario, con poca o nula actividad física los efectos de envejecimiento se ven acentuados, esto lleva consigo una disminución de la funcionalidad de las personas mayores, empeoramiento de la condición física, posible situación de dependencia, etc. todo ello conduce a una disminución de la calidad de vida en esta población.

La actividad física y el ejercicio físico han demostrado reportar muchos beneficios para la salud, son terapias útiles y prácticas para mantener un estilo de vida saludable, además ayudan a minimizar o ralentizar los cambios determinados genéticamente que se manifiestan durante el envejecimiento. Sin embargo, la mayor parte de las personas mayores no cumplen con las recomendaciones de ejercicio físico propuestas por los diferentes organismos internacionales para tener una vida más saludable, algunas razones son la falta de motivación o interés.

El fútbol caminando (Walking football) surge como una modalidad de actividad física que es fácil de practicar, tiene un componente social importante y resulta motivante para las personas mayores ya que se entretienen y divierten realizando esta actividad, es por ello que presentamos este trabajo

como una alternativa de práctica de actividad física a las personas mayores para que se adhieran a este juego y pasen a ser activos, alcanzando de ese modos lo niveles de actividad física recomendados, reduciendo el sedentarismo y llegando a tener un envejecimiento activo con los innumerables beneficios que reporta.

Palabras Claves: Actividad física, Deporte, Ejercicio físico, Personas mayores, Salud.

ABSTRACT

Aging is a process in which several changes occur in the body, if a sedentary lifestyle is added to that aging, with little or no physical activity, the effects of aging are accentuated, this leads to a decrease in the functionality of older people, worsening physical condition, possible situation of dependency, etc. All this leads to a decrease in the quality of life in this population.

Physical activity and physical exercise have been shown to bring many health benefits, they are useful and practical therapies to maintain a healthy lifestyle, they also help minimize or slow down the genetically determined changes that occur during aging. However, most of the elderly do not comply with the recommendations of physical exercise proposed by the different international organizations to have a healthier life, some reasons are the lack of motivation or interest.

Walking football emerges as a form of physical activity that is easy to practice, has an important social component and is motivating for older people since they are entertained and have fun doing this activity, which is why we present this work as an alternative to practicing physical activity for the elderly so that they adhere to this game and become active, thus reaching the recommended levels of physical activity, reducing sedentary lifestyle and achieving active aging with the innumerable benefits that reports.

Key words: Physical activity, Sport, Physical exercise, Elderly, Health.

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que involucra factores fisiológicos y de comportamiento (Allen & Morelli, 2011), hay una disminución de la masa muscular (Koopman & van Loon, 2009), neuronas motoras (Aagaard, Suetta, Caserotti, Magnusson, & Kjaer, 2010), tamaño muscular (Thompson & Brown, 1999), unidades motoras (Faulkner, Larkin, Claflin, & Brooks, 2007), gasto energético (Doherty, 2003), por otro lado, hay aumento de la presión arterial (Polsinelli, Satchidanand, Singh, Holmes, & Izzo, 2017), masa grasa (Zamboni et

al., 2014)... todos los cambios relacionado con el envejecimiento se ha asociado con muchas enfermedades como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, los problemas cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares (Jayawardana et al., 2017; Popa-Wagner, Buga, Doeppner, & Hermann, 2014; Zhao et al., 2021). Además del tema de la salud también hay un coste económico para la sociedad, algunos estudios indican que la inactividad física se asoció con muchas enfermedades (cáncer, diabetes, accidente cerebrovascular isquémico.) todas ellas soportan un coste estimado de más de 1 billón de libras para el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (Allender, Foster, Scarborough, & Rayner, 2007).

Ejercicio físico y actividad física

El ejercicio físico se ha asociado con muchos beneficios para la salud en las personas mayores (Leiros-Rodriguez, Soto-Rodriguez, Perez-Ribao, & Garcia-Soidan, 2018; Silva et al., 2021; Sok, Shin, Kim, & Kim, 2021), la mayoría de los tipos de ejercicio incluyen entrenamiento de resistencia y/o fuerza (Haraldstad et al., 2017; Kwak & Kim, 2019; Yang et al., 2020). Por ello, se han establecido algunas recomendaciones de actividad física para personas mayores ("American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults," 1998; Paterson, Jones, & Rice, 2007; Said, Batchelor, & Duque, 2020).

Desafortunadamente, a pesar de los beneficios para la salud del ejercicio, los mayores no cumplen con las actividades físicas recomendadas (McPhee et al., 2016; Sparling, Howard, Dunstan, & Owen, 2015; Sun, Norman, & While, 2013), por lo que es muy importante involucrarlos en algún tipo de ejercicio para minimizar o reducir los cambios del envejecimiento. Se sabe que la salud funcional disminuye con el envejecimiento, la pérdida de masa muscular provoca una reducción de la fuerza, como consecuencia debilidad, disminución de la movilidad y finalmente discapacidad y pérdida de independencia (Doherty, 2003), y por consiguiente, la calidad de vida en esta población se ve afectada negativamente. Los efectos del envejecimiento se pueden acentuar en ausencia de actividad física en las personas mayores. Por lo que el ejercicio físico no solo ralentiza el cambio asociado al envejecimiento, sino que también previene enfermedades que contribuyen al envejecimiento prematuro y la muerte, tales como enfermedades coronarias, diabetes, obesidad, hipertensión, osteoporosis...

Fútbol Caminando (walking football)

Por ello, es importante encontrar la forma en que los adultos puedan realizar actividad física regularmente, porque mejorará su condición física,

composición corporal, salud mental y calidad de vida relacionada con la salud en general, y como consecuencia también se reducirán las necesidades de atención (McPhee et al., 2016). La investigación debe centrarse en cómo fomentar la participación a largo plazo en actividades físicas para las personas mayores además de que continúen adheridos en el tiempo. Un nivel socioeconómico bajo parece ser una de las barreras que se encuentran en esta población para disminuir la cantidad de actividad física que hacen (Stalsberg & Pedersen, 2018), por ello, el fútbol caminando ofrecido de las ayuntamientos regionales pueden ser una propuesta económica y fácil de llevar a cabo para los participantes. Además, las actividades motivadoras pueden ser una alternativa a los programas de ejercicios convencionales como el entrenamiento de fuerza, resistencia, por ello la práctica de fútbol caminando en mayores parece ser una actividad más motivante que la práctica de ejercicios tradicionales.

Walking football es una versión modificada del fútbol, en la que los jugadores no pueden correr durante el partido, los deportes modificados pretenden que las personas puedan practicar algunos deportes, aunque tengan alguna lesión, movilidad limitada... pero los beneficios de los deportes modificados en personas mayores aún no se han investigado en gran profundidad, habiendo datos limitados (Jenkin, Eime, Westerbeek, O'Sullivan, & van Uffelen, 2017). El fútbol caminando se está convirtiendo en un deporte modificado popular. El primer fútbol caminando se jugó entre veteranos en 1932 (Duvivier et al., 2017), después de unos años desapareció hasta 2011, cuando con el objetivo de aumentar el ejercicio y las redes sociales entre los mayores, el programa de oferta comunitaria del Chesterfield Football Club: fútbol caminando se volvió a ofrecer (Fanning et al., 2016). Desde entonces, el fútbol camianndo ha aumentado su popularidad y ahora lo juegan los clubes de fútbol de forma competitiva o recreativa. Las sesiones de entrenamiento suelen realizarse de 1 a 3 veces por semana, los jugadores no pueden correr, lo que significa que un pie debe estar siempre en contacto con el suelo todo el tiempo (van Gemert et al., 2015). Se juega en un campo y portería más pequeños de los competitivamente practicados (Jansson, Engfeldt, Magnuson, Pt, & Liljegren, 2013).

A pesar de la creciente popularidad del fútbol caminando, existe una falta de información sobre sus beneficios para la salud, algunos estudios han analizado los efectos fisiológicos (Milanovic, Pantelic, Covic, Sporis, & Krustrup, 2015; Milanovic et al., 2019). Pero hay algunas razones que parecen justificar que el fútbol caminando puede ser una actividad saludable, caminar se ha considerado una buena terapia para la prevención de enfermedades cardiovasculares (Murtagh, Murphy, & Boone-Heinonen, 2010). Se utilizan todo

tipo de actividades físicas para mejorar la movilidad y la capacidad funcional en personas mayores (Fielding et al., 2017). Activar los músculos esqueléticos ayuda a reducir aspectos como la resistencia a la insulina (Sampath Kumar et al., 2019). Otro aspecto importante para mantenerse activo son las conexiones sociales y el fútbol caminando es una actividad motivante ya que la practican muchas personas al mismo tiempo (Sampath Kumar et al., 2019). En general, la experiencia positiva, no solo física sino también mental y social, se ha observado en la práctica del futbol caminando (Cholerton, Quirk, Breckon, & Butt, 2021; McEwan et al., 2019). Algunos sujetos indicaron que prefieren caminar fútbol que otro tipo de actividades físicas como ir al gimnasio, que consideran aburrido, o cualquier otro tipo de práctica deportiva que puede ser difícil de practicar por sus exigencias físicas (Cholerton et al., 2021; Reddy et al., 2017).

El fútbol caminando ha demostrado alcanzar una intensidad moderada de actividad física en los participantes, medida por la Escala de Esfuerzo Percibido de Borg (Harper, Field, Corr, & Naughton, 2019) o el equivalente metabólico de la tarea (Heil, Newton, & Salle, 2018). La intensidad es suficiente para producir beneficios para la salud a nivel cardiovascular y metabólico porque supera los umbrales, se sabe que la frecuencia cardíaca promedio alcanza valores superiores al 75%. (Harper et al., 2019; Heil et al., 2018). El fútbol caminando también mostró resultados positivos para la presión arterial (Arnold, Bruce-Low, & Sammut, 2015; Reddy et al., 2017) y el índice de masa corporal (Arnold et al., 2015; McEwan et al., 2019; Reddy et al., 2017), pero no para algunos aspectos cognitivos (Reddy et al., 2017).

La duración de los estudios sobre fútbol caminando oscila entre 8 y 12 semanas (Arnold et al., 2015; McEwan et al., 2019; Reddy et al., 2017). El tamaño de la muestra es pequeño, entre 10 y 25 participantes (Corepal, Zhang, Grover, Hubball, & Ashe, 2020). La mayoría de los estudios se centraron solo en hombres, solo uno ha combinado hombres y mujeres (Cholerton, Breckon, Butt, & Quirk, 2019), tambiés es buena la idea es integrar hombres y mujeres en el mismo equipo para maximizar la diversidad de género en todos los equipos y aumentar su cooperación. Se han realizado muchos estudios sobre el fútbol caminando en personas mayores (Arnold et al., 2015; Barbosa et al., 2020; Cholerton et al., 2019; Cholerton et al., 2021; Corepal et al., 2020; Harper et al., 2019; McEwan et al., 2019; Reddy et al., 2017), pero ninguno de ellos se ha realizado durante un largo período de tiempo, ni se ha analizado el impacto de esta actividad para mantenerse activo. Sería interesante para el futuro identificar la adherencia a esta actividad a largo plazo, así como analizar los posibles efectos para la salud obtenidos. De este modo se puede incorporar un programa de envejecimiento activo donde las personas mayores se

motiven a moverse y hacer ejercicio regularmente. Entonces los gobiernos pueden incorporar esta actividad para que las personas mayores se mantengan físicamente activas. Una de las ventajas de esta actividad es que se ha demostrado que las actividades físicas grupales son más efectivas que las actividades físicas individuales en el hogar, porque el ejercicio en grupo ayuda a la adherencia a largo plazo (Beauchamp et al., 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagaard, P., Suetta, C., Caserotti, P., Magnusson, S. P., & Kjaer, M. (2010). Role of the nervous system in sarcopenia and muscle atrophy with aging: strength training as a countermeasure. *Scand J Med Sci Sports, 20*(1), 49-64. doi:10.1111/j.1600-0838.2009.01084.x
- Allen, J., & Morelli, V. (2011). Aging and exercise. *Clin Geriatr Med, 27*(4), 661-671. doi:10.1016/j.cger.2011.07.010
- Allender, S., Foster, C., Scarborough, P., & Rayner, M. (2007). The burden of physical activity-related ill health in the UK. *J Epidemiol Community Health, 61*(4), 344-348. doi:10.1136/jech.2006.050807
- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. (1998). *Med Sci Sports Exerc, 30*(6), 992-1008.
- Arnold, J. T., Bruce-Low, S., & Sammut, L. (2015). The impact of 12 weeks walking football on health and fitness in males over 50 years of age. *BMJ Open Sport Exerc Med, 1*(1). doi:10.1136/bmjsem-2015-000048
- Barbosa, A., Brito, J., Costa, J., Figueiredo, P., Seabra, A., & Mendes, R. (2020). Feasibility and safety of a walking football program in middle-aged and older men with type 2 diabetes. *Prog Cardiovasc Dis, 63*(6), 786-791. doi:10.1016/j.pcad.2020.06.014
- Beauchamp, M. R., Ruissen, G. R., Dunlop, W. L., Estabrooks, P. A., Harden, S. M., Wolf, S. A., Rhodes, R. E. (2018). Group-based physical activity for older adults (GOAL) randomized controlled trial: Exercise adherence outcomes. *Health Psychol, 37*(5), 451-461. doi:10.1037/hea0000615
- Cholerton, R., Breckon, J., Butt, J., & Quirk, H. (2019). Experiences Influencing Walking Football Initiation in 55- to 75-Year-Old Adults: A Qualitative Study. *J Aging Phys Act*, 1-13. doi:10.1123/japa.2019-0123
- Cholerton, R., Quirk, H., Breckon, J., & Butt, J. (2021). Experiences and Strategies Influencing Older Adults to Continue Playing Walking Football. *J Aging Phys Act, 29*(4), 573-585. doi:10.1123/japa.2020-0058
- Corepal, R., Zhang, J. Y., Grover, S., Hubball, H., & Ashe, M. C. (2020). Walking soccer: A systematic review of a modified sport. *Scand J Med Sci Sports, 30*(12), 2282-2290. doi:10.1111/sms.13772
- Doherty, T. J. (2003). Invited review: Aging and sarcopenia. *J Appl Physiol (1985), 95*(4), 1717-1727. doi:10.1152/japplphysiol.00347.2003
- Duvivier, B., Schaper, N. C., Koster, A., van Kan, L., Peters, H. P. F., Adam, J. J., Savelberg, H. (2017). Benefits of Substituting Sitting with Standing and Walking in Free-Living

Conditions for Cardiometabolic Risk Markers, Cognition and Mood in Overweight Adults. *Front Physiol, 8*, 353. doi:10.3389/fphys.2017.00353

- Fanning, J., Porter, G., Awick, E. A., Wojcicki, T. R., Gothe, N. P., Roberts, S. A., McAuley, E. (2016). Effects of a DVD-delivered exercise program on patterns of sedentary behavior in older adults: a randomized controlled trial. *Prev Med Rep, 3*, 238-243. doi:10.1016/j.pmedr.2016.03.005
- Faulkner, J. A., Larkin, L. M., Claflin, D. R., & Brooks, S. V. (2007). Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clin Exp Pharmacol Physiol, 34*(11), 1091-1096. doi:10.1111/j.1440-1681.2007.04752.x
- Fielding, R. A., Guralnik, J. M., King, A. C., Pahor, M., McDermott, M. M., Tudor-Locke, C., Group, L.S. (2017). Dose of physical activity, physical functioning and disability risk in mobility-limited older adults: Results from the LIFE study randomized trial. *PLoS One, 12*(8), e0182155. doi:10.1371/journal.pone.0182155
- Haraldstad, K., Rohde, G., Stea, T. H., Lohne-Seiler, H., Hetlelid, K., Paulsen, G., & Berntsen, S. (2017). Changes in health-related quality of life in elderly men after 12 weeks of strength training. *Eur Rev Aging Phys Act, 14*, 8. doi:10.1186/s11556-017-0177-3
- Harper, L. D., Field, A., Corr, L. D., & Naughton, R. J. (2019). The Physiological, Physical, and Biomechanical Demands of Walking Football: Implications for Exercise Prescription and Future Research in Older Adults. *J Aging Phys Act*, 1-11. doi:10.1123/japa.2019-0330
- Heil, D. P., Newton, R. U., & Salle, D. D. A. (2018). Characterizing the metabolic intensity and cardiovascular demands of walking football in Southeast Asian women. . *Int J Phys Educ Fit Sports., (3)*, 12-23.
- Jansson, S. P., Engfeldt, P., Magnuson, A., Pt, G. L., & Liljegren, G. (2013). Interventions for lifestyle changes to promote weight reduction, a randomized controlled trial in primary health care. *BMC Res Notes, 6*, 213. doi:10.1186/1756-0500-6-213
- Jayawardana, N., Jayalath, W., Madhujith, W. M. T., Ralapanawa, U., Jayasekera, R. S., Alagiyawanna, S., Kalupahana, N. S. (2017). Aging and obesity are associated with undiagnosed hypertension in a cohort of males in the Central Province of Sri Lanka: a cross-sectional descriptive study. *BMC Cardiovasc Disord, 17*(1), 165. doi:10.1186/s12872-017-0600-8
- Jenkin, C. R., Eime, R. M., Westerbeek, H., O'Sullivan, G., & van Uffelen, J. G. Z. (2017). Sport and ageing: a systematic review of the determinants and trends of participation in sport for older adults. *BMC Public Health, 17*(1), 976. doi:10.1186/s12889-017-4970-8
- Koopman, R., & van Loon, L. J. (2009). Aging, exercise, and muscle protein metabolism. *J Appl Physiol (1985), 106*(6), 2040-2048. doi:10.1152/japplphysiol.91551.2008
- Kwak, Y., & Kim, Y. (2019). Quality of life and subjective health status according to handgrip strength in the elderly: a cross-sectional study. *Aging Ment Health, 23*(1), 107-112. doi:10.1080/13607863.2017.1387766
- Leiros-Rodriguez, R., Soto-Rodriguez, A., Perez-Ribao, I., & Garcia-Soidan, J. L. (2018). Comparisons of the Health Benefits of Strength Training, Aqua-Fitness, and Aerobic Exercise for the Elderly. *Rehabil Res Pract, 2018*, 5230971. doi:10.1155/2018/5230971

- McEwan, G., Buchan, D., Cowan, D., Arthur, R., Sanderson, M., & Macrae, E. (2019). Recruiting Older Men to Walking Football: A Pilot Feasibility Study. *Explore (NY), 15*(3), 206-214. doi:10.1016/j.explore.2018.12.001
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology, 17*(3), 567-580. doi:10.1007/s10522-016-9641-0
- Milanovic, Z., Pantelic, S., Covic, N., Sporis, G., & Krustrup, P. (2015). Is Recreational Soccer Effective for Improving VO2max A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med, 45*(9), 1339-1353. doi:10.1007/s40279-015-0361-4
- Milanovic, Z., Pantelic, S., Covic, N., Sporis, G., Mohr, M., & Krustrup, P. (2019). Broad-spectrum physical fitness benefits of recreational football: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med, 53*(15), 926-939. doi:10.1136/bjsports-2017-097885
- Murtagh, E. M., Murphy, M. H., & Boone-Heinonen, J. (2010). Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention. *Curr Opin Cardiol, 25*(5), 490-496. doi:10.1097/HCO.0b013e32833ce972
- Paterson, D. H., Jones, G. R., & Rice, C. L. (2007). Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Can J Public Health, 98 Suppl 2*, S69-108.
- Polsinelli, V. B., Satchidanand, N., Singh, R., Holmes, D., & Izzo, J. L., Jr. (2017). Hypertension and aging in rural Haiti: results from a preliminary survey. *J Hum Hypertens, 31*(2), 138-144. doi:10.1038/jhh.2016.52
- Popa-Wagner, A., Buga, A. M., Doeppner, T. R., & Hermann, D. M. (2014). Stem cell therapies in preclinical models of stroke associated with aging. *Front Cell Neurosci, 8*, 347. doi:10.3389/fncel.2014.00347
- Reddy, P., Dias, I., Holland, C., Campbell, N., Nagar, I., Connolly, L., Hubball, H. (2017). Walking football as sustainable exercise for older adults - A pilot investigation. *Eur J Sport Sci, 17*(5), 638-645. doi:10.1080/17461391.2017.1298671
- Said, C. M., Batchelor, F., & Duque, G. (2020). Physical Activity and Exercise for Older People During and After the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Path to Recovery. *J Am Med Dir Assoc, 21*(7), 977-979. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.001
- Sampath Kumar, A., Maiya, A. G., Shastry, B. A., Vaishali, K., Ravishankar, N., Hazari, A., Jadhav, R. (2019). Exercise and insulin resistance in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Ann Phys Rehabil Med, 62*(2), 98-103. doi:10.1016/j.rehab.2018.11.001
- Silva, L. A. D., Menguer, L. D. S., Doyenart, R., Boeira, D., Milhomens, Y. P., Dieke, B., Silveira, P. C. (2021). Effect of aquatic exercise on mental health, functional autonomy, and oxidative damages in diabetes elderly individuals. *Int J Environ Health Res*, 1-14. doi:10.1080/09603123.2021.1943324
- Sok, S., Shin, E., Kim, S., & Kim, M. (2021). Effects of Cognitive/Exercise Dual-Task Program on the Cognitive Function, Health Status, Depression, and Life Satisfaction of the Elderly Living in the Community. *Int J Environ Res Public Health, 18*(15). doi:10.3390/ijerph18157848
- Sparling, P. B., Howard, B. J., Dunstan, D. W., & Owen, N. (2015). Recommendations for physical activity in older adults. *BMJ, 350*, h100. doi:10.1136/bmj.h100

- Stalsberg, R., & Pedersen, A. V. (2018). Are Differences in Physical Activity across Socioeconomic Groups Associated with Choice of Physical Activity Variables to Report? *Int J Environ Res Public Health, 15*(5). doi:10.3390/ijerph15050922
- Sun, F., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health, 13*, 449. doi:10.1186/1471-2458-13-449
- Thompson, L. V., & Brown, M. (1999). Age-related changes in contractile properties of single skeletal fibers from the soleus muscle. *J Appl Physiol (1985), 86*(3), 881-886. doi:10.1152/jappl.1999.86.3.881
- van Gemert, W. A., Schuit, A. J., van der Palen, J., May, A. M., Iestra, J. A., Wittink, H., Monninkhof, E. M. (2015). Effect of weight loss, with or without exercise, on body composition and sex hormones in postmenopausal women: the SHAPE-2 trial. *Breast Cancer Res, 17*, 120. doi:10.1186/s13058-015-0633-9
- Yang, S., Li, T., Yang, H., Wang, J., Liu, M., Wang, S., Jiang, B. (2020). Association between muscle strength and health-related quality of life in a Chinese rural elderly population: a cross-sectional study. *BMJ Open, 10*(1), e026560. doi:10.1136/bmjopen-2018-026560
- Zamboni, M., Rossi, A. P., Fantin, F., Zamboni, G., Chirumbolo, S., Zoico, E., & Mazzali, G. (2014). Adipose tissue, diet and aging. *Mech Ageing Dev, 136-137*, 129-137. doi:10.1016/j.mad.2013.11.008
- Zhao, M. J., Yuan, S., Zi, H., Gu, J. M., Fang, C., & Zeng, X. T. (2021). Oxidative Stress Links Aging-Associated Cardiovascular Diseases and Prostatic Diseases. *Oxid Med Cell Longev, 2021*, 5896136. doi:10.1155/2021/5896136

10.

PROPUESTA DE ORIENTACION DEPORTIVA EN EDAD ESCOLAR, ADULTOS Y MAYORES

PROPOSAL OF SPORT ORIENTATION FOR SCHOOL AGE, ADULTS AND ELDIERS

VÍCTOR HERNÁNDEZ-BELTRÁN
vhernandpw@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

LUISA GÁMEZ-CALVO
lgamezna@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

VÍCTOR A. GONZÁLEZ-COTO
vgonzalevr@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

JOSÉ M. GAMONALES
martingamonales@unex.es / josemartin.gamonales@ufv.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

RESUMEN

La oferta de deportes para las personas adultas y mayores es limitada. Además, este colectivo presenta niveles de actividad física inferiores a los recomendados. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue diseñar una propuesta de actividades de orientación deportiva para escolares, personas adultas y mayores. La orientación se entiende como una modalidad deportiva cuya finalidad principal es completar un recorrido pre-establecido y formado por postas en el menor tiempo posible. Para ello, los participantes unicamente dispondrán de una brújula para favorecer su orientación, y un mapa, en el cual están especificados los puntos de control. La práctica de actividad física diaria presenta multitud de beneficios relacionados con el sistema cardiovascular: reduce la hipertensión arterial, la obesidad y previene de accidentes cardiovasculares, además, reduce los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Asimismo, a través de la actividad física, se promueve la salud de toda la población, cuyo principal objetivo es paliar el sedentarismo e incentivar la práctica deportiva disminuyendo de esta forma el impacto de enfermedades crónicas. De la misma forma, la práctica de la orientación deportiva en la franja de edad de los escolares, ayuda al desarrollo de competencias básicas, reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, aumentando de esta forma el

rendimiento académico de los estudiantes. A su vez, permite el desarrollo de valores deportivos, de aceptación hacia los demás y, respeto y cuidado hacia el medio ambiente.

Palabras Claves: actividad física, beneficios, senderismo, inclusión.

ABSTRACT

The sports offer for adults and older adults is limited. Also, this group doesn't achieve the recommended levels of physical activity. Therefore, the aim of the present study was to design a proposal of sports orientation activities for schoolchildren, adults, and the elderly. Orientation is understood as a sport modality in which the main objective is to complete a pre-established route formed by posts in the shortest possible time. To do this, the participants will only have a compass to favor their orientation, and a map in which the control points are specified. The practice of daily physical activity presents a multitude of benefits related to the cardiovascular system: it reduces high blood pressure, obesity and prevents cardiovascular accidents, in addition, it reduces the levels of stress, anxiety and depression. Furthermore, through physical activity, the health of the entire population is promoted, whose main objective is to alleviate sedentary lifestyle and encourage sports practice, thus reducing the impact of chronic diseases. In the same way, the practice of sports guidance in school age children, helps the development of basic skills, reduce stress, anxiety, and depression, thus increasing the academic performance of students. At the same time, it allows the development of sport values, acceptance towards others and respect and care for the environment.

Key words: physical activity, benefits, hiking, inclusive.

INTRODUCCIÓN

La Actividad Física (en adelante, Act. Fís.) es el conjunto de movimientos corporales realizados por el sistema músculo-esquelético, teniendo como resultado un gasto energético añadido al metabolismo basal (Devís & Peiró, 2010). De la misma forma, la Act. Fís. se comprende como aquel movimiento, que surge de la relación y simbiosis del cuerpo con la práctica humana en diferentes dimensiones (biológica, personal y sociocultural) (Varo, Martínez-Hernández & Martínez-González, 2003). Por tanto, la Act. Fís. es cualquier movimiento del cuerpo y requiere energía para activar y mover los músculos para hacer cualquier acción. Además, la oferta de actividades que permiten la práctica físico-deportiva es muy amplia y presenta diferentes objetivos. Normalmente, las finalidades de la Act. Fís. están en función de la edad y características de los participantes. Entre las diferentes modalidades de Act.

Fís., se encuentran acciones necesarias para el mantenimiento de la vida, como es divertirse, relacionarse o mejorar la condición física de los participantes, e, incluso, cuya finalidad principal es la competición (Vidarte, Vélez, Sandoval & Alfonso, 2011). Por consiguiente, la Act. Fís. incide de manera positiva sobre la mayor parte de las funciones físicas y psico-sociales de las personas (Martínez-Heredia, Santaella-Rodríguez & Rodríguez-García, 2021

También, dentro del concepto de Act. Fís., se engloba la Act. Fís. Adaptada (en adelante, AFA), enfocada principalmente al colectivo de personas que presentan discapacidad, limitaciones en el movimiento o personas adultas y mayores (Pérez-Tejero, Reina & Sanz, 2012), cuyos principales objetivos son: terapéutico, recreativo, educativo, e incluso, competitivo orientado a la mejora de la salud y la condición física (Sanz-Rivas & Reina, 2012), como puede ser el fútbol caminando para personas mayores, modalidad deportiva enfocada a mejorar la calidad de vida de este colectivo (Gamonales et al., 2021). Además, la Act. Fís. regular contribuye a la prevención primaria y secundaria de diferentes enfermedades (Barbosa & Urrea, 2018; Warburton, Nicol & Bredin, 2006), así como contribuye a mejorar el estado mental, el bienestar y calidad de vida de las personas con la finalidad de reducir su estrés y mejorar la cognición, capacidad de pensamiento, y fortalecer las habilidades socio-funcionales (Martínez-Heredia, et al., 2021; Limón & Ortega, 2011). Es decir, la Act. Fís. es una herramienta fundamental para mejorar la salud de las personas.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) recomienda un mínimo de 30 minutos diarios de Act. Fís. con la finalidad de evitar una de las principales causas de mortalidad y de discapacidad en el mundo, como es el sedentarismo (OMS, 2020). Según Pardos-Mainer, Gou-Forcada, Sagarra-Romero, Calero & Fernández-Concepción (2021), la obesidad y el sedentarismo afectan a más del 66% de la población adulta. En la literatura científica, existen estudios relacionados con los problemas originados por la inactividad física (Myers, Gibbons, Finlayson & Blundell, 2017), y es una situación preocupante para todos los países (Aguilar-Farias et al., 2018; Ceppi-Larraín, Chandía-Poblete, Aguilar-Farías & Cárcamo-Oyarzún, 2021), puesto que puede ocasionar enfermedades crónicas y/o degenerativas en las personas (Mönckeberg, & Muzzo, 2015), como la hipertensión, la dislipidemia, problemas cardiovasculares o diabetes tipo II entre otros. Por tanto, la práctica de Act. Fís. diaria presenta multitud de beneficios relacionados con el sistema cardiovascular: reduce la hipertensión arterial, la obesidad y previene de accidentes cardiovasculares, además, reduce los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Barbosa & Urrea, 2018). Además, a través de la Act. Fís., se promueve la salud de toda la población, cuyo principal objetivo es paliar el

sedentarismo e incentivar la práctica deportiva disminuyendo de esta forma el impacto de enfermedades crónicas no transmisibles (Ceppi-Larraín et al., 2021; Pérez, 2014).

Por ello, para la sanidad pública es un reto reducir el número de personas que son sedentarias y supone un problema a nivel mundial, puesto que un 23% de los adultos son inactivos y 76.3% adolescentes, 78.4% niños y 84.4% niñas. Además, ser una persona inactiva contribuye a un aumento de las enfermedades no transmisibles (Ceppi-Larraín et al., 2021; Wattanapisit, Tuangratananon & Thanamee 2018). Actualmente, se considera una pandemia mundial que afecta económicamente a todos los países por los recursos que han de emplear para tratar a las personas enfermas o con patologías (Wattanapisit et al., 2018). Según Foster (2017) y Wattanapisit, et al., (2018), promover el ejercicio físico y el deporte en los centros de atención primaria sería un método eficaz para aumentar los valores de práctica de Act. Fís. Además, incluyen la necesidad de profesionales para el asesoramiento de la Act. Fís., y promoción de una práctica regular y satisfactoria para las necesidades de los usuarios. Siendo ideal, que los profesionales de las Ciencias del Deporte ofrezcan el asesoramiento y en el mejor de los casos que hagan un seguimiento sobre los niveles de Act. Fís., así como realizar evaluaciones rutinarias. Sin embargo, hay ciertas barreras que impiden esto, como falta de tiempo para asesorar sobre Act. Fís (Wattanapisit, et al., 2018), e, incluso, la mayor parte del conocimiento científico que hay en este ámbito, se encuentra escrito en idioma inglés, suponiendo esta una barrera lingüística para la población de habla hispana y más aún una limitación importante para la divulgación de información (Garzón-Mosquera & Aragón-Vargas, 2021). Por ello, es imprescindible que los sanitarios ofrezcan información o deriven/ remitan a otros profesionales para el asesoramiento sobre el ámbito de la Act. Fís. (Ceppi-Larraín et al., 2021; Foster, 2018; Wattanapisit, et al., 2018).

Dentro de la oferta de actividades físico-deportivas para prevenir el sedentarismo en la población, se encuentran un amplio número de modalidades deportivas como actividades náuticas, actividades al aire libre, campamentos, salidas a caballo, etc. A su vez, existen prácticas deportivas menos invasivas y agresivas para el colectivo de personas adultas y mayores, como el senderismo, la carrera continua, o, incluso, la orientación, entendida como modalidad deportiva, puesto que permite su práctica en el medio natural, aumentando de esta forma los beneficios de la práctica de Act. Fís. para los usuarios. A menudo, los niños en edad escolar y adolescentes tienden a realizar deporte en clubs, con sus amigos o al aire libre, por el contrario, los adultos prefieren realizarlo en gimnasios o instalaciones deportivas con una rutina o programa establecido (Foster, 2017). En la actualidad, las actividades

en el medio natural están presentes en diferentes ámbitos: a nivel de federaciones, centros educativos, ocio y recreación. Además, estas actividades en un espacio abierto y natural permiten a los participantes adquirir una serie de experiencias que permite estimular forma positiva aspectos fisiológicos y psicológicos (Jiménez-Oviedo, Núñez & Coto-Vega, 2013), debido a su componente de reto y aventura (Caballero, Hernández-Hernández & Reina, 2018). Además, la orientación deportiva, y, en general, las actividades en el medio natural, se pueden utilizar como herramienta de inclusión (Santos-Pastor, Martínez-Muñoz & Cañadas, 2018). De la misma forma, Salazar (2007) explica los beneficios de realizar Act. Fís en el medio natural:

> "los beneficios ambientales incluyen la valorización y el cuidado del ambiente. El ecoturismo, la recreación al aire libre y la educación al aire libre, han hecho conscientes a las personas acerca de la importancia de los recursos naturales, de los lugares históricos y culturales, y de que todos ellos estén protegidos. Por medio de actividades recreativas, las personas aprenden acerca de la flora y la fauna de los lugares que visitan, de las especies en peligro de extinción; valoran la vida salvaje y las zonas protegidas; experimentan vivencias espirituales, al estar en contacto con la naturaleza; aprenden acerca de la historia del lugar; aprecian los paisajes; experimentan paz y tranquilidad; reducen la tensión y adquieren una actitud positiva hacia el ambiente" (p.48).

Por tanto, el medio natural es un terreno idóneo para la práctica deportiva, y ofrece multitud de oportunidades diferentes a las que ofrecen las instalaciones urbanas (López, 2016; Martín-Talavera & Mediavilla-Saldaña, 2020).

Por ello, la orientación deportiva se manifiesta como una herramienta fundamental para combatir y erradicar el sedentarismo de las personas. Además, se entiende como una modalidad deportiva donde los deportistas deben recorrer una serie de puntos marcados en el terreno, denominados puntos de control, en el menor tiempo posible, y únicamente con la información de un mapa y de una brújula, no estando permitido el uso de dispositivos GPS para facilitar la orientación (FEDO, 2022). Según (Casado, 2009), el mapa es el elemento fundamental en la orientación, puesto que representa las características del entorno y los elementos para tener en cuenta para recorrer el terreno y llegar a las balizas. Además, al mapa se le añade otro elemento fundamental, la brújula, cuya lectura permite referenciar el norte y establecer los puntos cardinales. Por otro lado, la orientación es una práctica físico-deportiva que se puede desarrollar tanto en un entorno urbano como en el medio natural, permitiendo su práctica a cualquier persona, independientemente de su edad (Timón & Hormigo, 2010), y sus características. Siendo, fundamental realizar adaptaciones para los usuarios.

Además, la orientación deportiva ha sido ampliamente utilizada en el ámbito educativo debido a la gran cantidad de beneficios que presenta, puesto permite el trabajo y fomento de diferentes competencias (Baena-Extremera & Granero-Gallegos, 2011; Escaravajal-Rodríguez, 2017), o, incluso el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación, mediante el uso de códigos QR en las diferentes postas (Pérez-Rabadán, 2021). Por tanto, la Act. Fís. en el medio natural va a permitir potenciar al individuo un mayor conocimiento de sus propias capacidades y limitaciones (Caballero, 2012). Por ello, se convierte en una herramienta de gran ayuda para los docentes a través de la cual se puede trabajar la percepción, la toma de decisión y la ejecución de diferentes acciones motrices en función de cada momento (Pañarrubia, Guillén & Lapetra, 2016). Por otra parte, permite retomar los contenidos aprendidos en la escuela y desarrollarlos en el medio natural a través de estas propuestas de orientación deportiva en el medio natural (Escaravajal-Rodríguez, Nicolás, Moreno, Ruis & Otálora, 2014). No obstante, no se recomienda llevar a cabo estas propuestas sin previamente haber trabajado la orientación, puesto el nivel de incertidumbre al que se enfrentan los participantes aumentaría considerablemente a la hora de realizar la orientación en el medio natural (Baena-Extremera, Fernández-Baños & Manuel-Serrano, 2014). Además, la orientación puede llevarse a cabo en distintos entornos, incluso variar según el nivel de dificultad requerido (FEDO, 2022).

Tras la revisión realizada, y ante la inexistencia de estudios relacionados con la orientación deportiva para personas en edad escolar, adultos y mayores, el objetivo del presente trabajo es desarrollar una propuesta de orientación deportiva en función de la franja de edad. A través de esta modalidad deportiva, los escolares, adultos y mayores pueden realizar Act. Fís. adicional desde un punto de vista recreativo, contribuyendo al desarrollo de la condición física y mental debido a la lectura del mapa. Siendo, necesario utilizar una metodología inclusiva y estrategias adaptativas en función de la edad. Por otro lado, realizar Act. Fís. de forma continua mejora la calidad de vida de los usuarios.

MARCO METODOLÓGICO

La propuesta de orientación deportiva está enfocada a las personas de edad adulta y mayores, así como para personas en edad escolar, con la finalidad de fomentar la Act. Fís. en todos los grupos de edad, y reducir los niveles de estrés, depresión y ansiedad debido al contacto con el medio natural y al trabajo en equipo. Pues, la Act. Fís. es un componente indispensable para llevar una vida activa y saludable (Garzón-Mosquera & Aragón-Vargas, 2021).

Además, mejora la independencia funcional mediante el refuerzo de la autoestima y la autoeficacia (Martínez-Heredia, et al., 2021; Limón & Ortega, 2011). Por tanto, para una correcta adaptación, se debe conocer el reglamento de la orientación y así realizar las pertinentes adaptaciones en función de las capacidades físicas y funcionales de los participantes. Por ello, en esta propuesta, se van a desarrollar diferentes adaptaciones en función de diferentes criterios:

- En función de la edad y aspectos funcionales (edad escolar, adultos y mayores).
- En función del medio (urbano o natural).
- En función de los aspectos estructurales (distancias, postas, tiempos, etc.).
- En función de la normativa de las diferentes pruebas que se vayan a desarrollar.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es realizar una propuesta de actividades en relación con la orientación deportiva adaptada a personas en edad escolar, adultas y mayores. En la literatura científica, no existen trabajos de adaptaciones de la orientación deportiva en función de la edad de los participantes. Sin embargo, existen investigaciones específicas para conocer la influencia de los componentes curriculares pertinentes en las aulas de escolares (Castillo-Retamal, Cordero-Tapia & Soares, 2019; Escaravajal-Rodríguez et al., 2014; Escaravajal-Rodríguez, 2017), los efectos de unidades didácticas de orientación deportiva (Puente-Maxera, Méndez-Giménez, De Ojeda Pérez & Belmonte, 2018), y/o aplicaciones tecnológicas (Escaravajal-Rodríguez & Baena-Extremera, 2019; Pérez-Rabadán, 2021), entre otros. Por ello, en la presente propuesta, se realiza una secuencia de actividades a desarrollar y diferentes adaptaciones a realizar en función del grupo de edad.

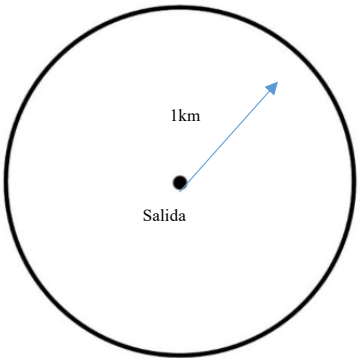
En función de la edad y de los aspectos funcionales de los participantes, se deben tener en cuenta diferentes aspectos a adaptar con la finalidad de hacer más asequible su práctica a personas de avanzada edad. Por tanto, se debe tener en cuenta la edad de los participantes, puesto que el nivel funcional y la capacidad física puede ser diferente entre los escolares y los adultos o mayores. Para ello, es necesario realizar adaptaciones en los aspectos estructurales:

- **Distancias:** reducir distancias de los recorridos en función de los participantes. No superando las distancias totales del recorrido los 5

km, facilitando así la práctica tanto de personas adultas y mayores, como de escolares. En función del nivel que presenten los participantes, la distancia entre las diferentes postas será mayor o menor. Además, la distancia entre las postas se disminuirá o ampliará en función de la condición física, facilitando su práctica a todos los participantes.

- **Postas:** adaptar el número de postas y distancia entre ellas, así como reducir el radio de acción desde el punto de salida (máximo 1 km), distribuyendo los puntos de control en forma circular, manteniendo la salida en el punto central (Figura 1). En función del nivel que presenten los grupos, las postas se colocarán en lugares más o menos visibles por los participantes. Además, es importante el uso de colores más llamativos en el medio natural o urbano.

Figura 1. *Distribución de las postas.*

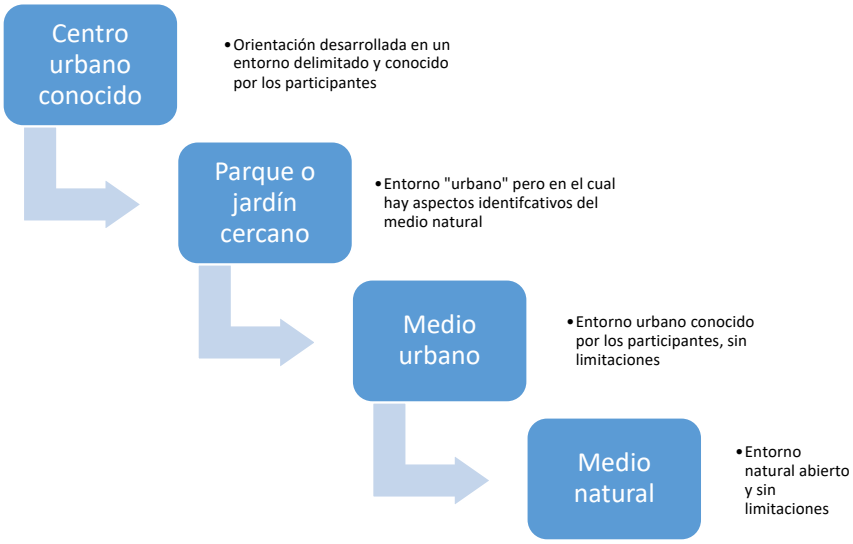


Fuente: *Elaboración propia.*

- **Tiempos:** la duración de las pruebas debe ser en función de la edad y capacidad física de los participantes, se recomienda no superar una duración de 2 horas. Además, se debe tener en cuenta el nivel de entrenamiento de los deportistas, pudiendo aumentar estos factores si presentan una buena preparación.

En la Figura 2, se recoge la progresión recomendable para llevar a cabo la iniciación de la orientación deportiva en personas adultas y mayores, o escolares. Mediante el uso de la metología comprensiva, se debe comenzar por aspectos simples del deporte, y, progresivamente, aumentando la complejidad de las actividades.

Figura 2. *Evolución de las sesiones de orientación en función del medio.*



Fuente: *Elaboración propia.*

Por tanto, una vez conocidas las adaptaciones a desarrollar en función de los grupos de edad, se va a realizar una propuesta de actividades a desarrollar para la iniciación de la orientación deportiva (Tabla 1). También, se van a especificar los objetivos a desarrollar y los contenidos a utilizar en cada una de las sesiones propuestas.

Tabla 1. *Temporalización de las sesiones.*

Nº	Nombre de la sesión	Objetivos	Contenidos
1	"Conoce la orientación"	- Aprender el manejo de la brújula y los diferentes instrumentos relativos a la orientación. - Conocer las diferentes modalidades de orientación deportiva existentes.	Aprendizaje básico del uso de los instrumentos de orientación, así como aprender a interpretar las señales en un mapa.
2	"Técnicas de orientación"	- Conocer los aspectos básicos para una correcta orientación, en el medio natural y urbano. - Realizar actividades de orientación en medio conocido y delimitado. - Aprender a orientarse en el medio sin necesidad de instrumentos auxiliares.	Puesta en práctica de las diferentes técnicas de orientación existentes.
3	"Estima las distancias"	- Conocer las distancias que se paran los objetos a través de estimaciones, saber tomar como referencia objetos en el medio. - Tener un primer contacto con un mapa realizado por el docente, y elegir el camino más rápido de forma teórica.	Conocimiento y uso de la brújula y el mapa, estimando distancias a objetos cercanos, así como, establecer un rumbo sobre el mapa para realizarlo en la siguiente sesión.
4	"Memoriza el mapa"	- Memorizar un mapa simple. - Recordar el lugar dónde están situadas las postas. - Explicar el recorrido a los compañeros, para poder realizarlo sin necesidad de apoyo del mapa.	Memorización de un mapa, y del recorrido a realizar entre las diferentes postas que formen el recorrido.
5	"Primer mapa"	- Determinar y seguir un rumbo establecido entre dos puntos pre-establecidos. - Entender y realizar un recorrido en el medio a partir de un rumbo en el mapa. - Apreciar el trabajo en equipo.	Realización de una primera sesión de orientación en un medio urbano conocido y delimitado por el docente.
6	"¡Oriéntate y gana!"	- Realizar un recorrido de orientación en el medio natural.	Los alumnos deben completar un recorrido de orientación en el medio urbano, sin ayuda por parte del docente. Fomento del trabajo en equipo, y respeto al medio ambiente.

Fuente: *Elaboración propia.*

En la Tabla 2, se desarrolla una sesión a modo de ejemplo para su implementación en un programa de fomento de la orientación deportiva para las personas adultas y mayores, así como para su desarrollo para las clases de Educación Física en los centros educativos (en adelante, Ed. Fís.), con la finalidad de servir de guía y apoyo a los docentes y especialistas encargados de desarrollar la presente propuesta. Para ello, se ha seguido la propuesta de sesión realizada por Hernández-Beltrán, Gámez-Calvo & Gamonales (2021) enfocada a la educación. Además, el modelo de sesión pretende optimizar el tiempo empleado en la orientación deportiva con la finaldiad de desarrollar los objetivos propuestos por el docente o técnico responsable de la actividad. Por otro lado, el modelo de sesión se estructura en diferentes momentos:

- **Encuentro**: en este momento inicial, el responsable o el docente se desplazará hasta el lugar de encuentro y/o recogida de los escolares, personas adultas y/o mayores.
- **Ida**: tanto los alumnos como el docente, se desplazarán hasta el lugar en el cual se va a desarrollar la sesión, ya sea al aire libre o en un espacio destinado para la realización de la sesión de orientación deportiva.
- **Compartir el proyecto**: el técnico responsable iniciará un coloquio inicial con los participantes, en el cual se va a recordar lo realizado en las sesiones anteriores, y se pondrá en conocimiento de los usuarios las diferentes actividades que se van a desarrollar en el día.
- **Puesta en marcha**: momento en el cual los participantes inician la actividad motriz de forma pausada, con la finalidad de activar la musculatura y evitar las lesiones durante la práctica deportiva. Para ello, se recomienda realizar juegos y dinámicas de activación, motivantes y retos.
- **Acción motriz**: tiempo más amplio y principal de la sesión en el cual se desarrollan los principales objetivos propuestos por el instructor.
- **Aseo**: momento en el cual los usuarios (escolares, adultos y/o mayores), se asearán y cambiarán de indumentaria. Además, este tiempo debe ser aprovechado por el técnico deportivo para la explicación de temáticas transversales, como son los hábitos y cuidados de higiene corporal o valores de respeto hacia los compañeros.
- **Puesta en común**: periodo destinado a recopilar lo sucedido durante la sesión. Igualmente, se empleará dicho momento para la resolución

de los posibles conflictos o problemas surgidos durante el desarrollo de la actividad motriz.

- **Material**: momento destinado a la recogida y colocación del material usado durante la sesión.
- **Vuelta**: periodo de tiempo en el cual el instructor junto con los usuarios, vuelven al lugar de comienzo de la actividad, en el cual se dará por finalizada la sesión.
- **Surgidos**: espacio existente en el modelo de sesión y está destinado para anotar aquellas situaciones educativas surgidas durante la sesión. Además, se pueden recopilar los diferentes obetivos trabajados debido a una situación surgida, con la finalidad de poder trabajarlos en sesiones venideras.

Tabla 2. Ejemplo de desarrollo de sesión.

SESIÓN: "¡Oriéntate y gana!" NÚMERO: 1
ENCUENTRO: Encuentro de los participantes y el docente o técnico responsable de la actividad en el lugar establecido.
IDA: Desplazamiento hasta el lugar, presentación de la sesión a realizar, asi como de las tareas y objetivos a desarrollar.
COMPARTIR EL PROYECTO: AYER: Se recordará lo explicado la sesión anterior, recordando los términos básicos de la orientación. HOY: Se llevará a cabo una explicación sobre las diferentes actividades que se van a desarrollar en el día de hoy.
PUESTA EN MARCHA: GUIAR: El docente/técnico repartirá los mapas a los diferentes grupos, y explicará el objetivo de la tarea: "Completar el recorrido habiendo resuelto todos los acertijos encontrados en las postas, en el menor tiempo posible". R: Se les ayudará a buscar, en caso de que no encuentren la información requerida. BÚSQUEDA: Los participantes deben ser capacer por si mismo en completar el recorrido en el menor tiempo posible, siempre y cuando las postas estén recogidas en el orden pre-establecido. R: Una vez completados los recorridos, se volverá al punto de reunión, y se hará una evaluación de los mapas de cada grupo. Las distancias de las postas estarán en función de la franja de edad de los usuarios.
ASEO: Una vez terminada la sesión, los participantes podrán desplazarse hasta el aseo.
PUESTA EN COMÚN: Se llevará a cabo un debate sobre lo tratado durante la sesión. Los participantes deberán proponer actividades que fomenten la inclusión de los compañeros con discapacidad en el ámbito de la orientación deportiva.
MATERIAL: Brújula personal de cada uno de los participantes y un mapa para cada grupo.
VUELTA: Se aprovechará dicho momento para explicar las posibles actividades a realizar en la siguiente sesión.

Fuente: Elaboración propia.

La presente propuesta tiene como principales destinatarios aquellos que no han practicado orientación deportiva previamente, y cuya finalidad es dar a conocer la modalidad para, además, fomentar la práctica físico-deportiva en personas adultas y mayores, así como en personas en edad escolar. Por tanto, para un correcto desarrollo, esta sesión se va a llevar a cabo mediante el uso de la metodología comprensiva, comenzando por conceptos básicos, y aumentando poco a poco la complejidad de las tareas.

Además, para el desarrollo de las sesiones de orientación deportiva, se va a emplear una metodología de asignación de tareas, descubrimiento guiado y resolución de problemas. Pues, el docente/técnico será el encargado de presentar las tareas y comunicar el objetivo principal de cada una de las sesiones, pero son los participantes, los encargados de resolver de forma autónoma cada una de las tareas propuestas durante las sesiones.

CONCLUSIONES

La naturaleza como contexto educativo, recreativo y lúdico fomenta la participación de todos los individuos, y posibilita la vivencia de los contenidos tratados a través de la Act. Fís., de esta forma el proceso de enseñanza-aprendizaje será más completo y permitirá un desarrollo integral de todos los participantes. Además, al llevarse a cabo en el medio natural, facilita el desarrollo de competencias personales como la autonomía o la autoconfianza.

Se recomienda incentivar la práctica de Act. Fís. independientemente del rango de edad, desarrollando propuestas de intervención con la finalidad de aumentar la calidad de vida y reducir los riesgos de muerte causados por el sedentarismo. La Act. Fís. se considera un factor principal a la hora de promocionar la salud.

La orientación deportiva, y a su vez el senderismo, permite a los participantes un acercamiento al medio natural, realizando de la misma forma actividad física. Al mismo tiempo, la realización de Act. Fís. permite fomentar la inclusión, mejorar la autoestima y la autoeficacia.

De la misma forma, la práctica de la orientación deportiva en la franja de edad de los escolares, ayuda al desarrollo de competencias básicas, reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, aumentando de esta forma el rendimiento académico de los estudiantes. A su vez, permite el desarrollo de valores deportivos, de aceptación hacia los demás y, respeto y cuidado hacia el medio ambiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Farias, N., Martino-Fuentealba, P., Carcamo-Oyarzun, J., Cortinez-O'Ryan A., Cristi-Montero, C., Von, A., & Sadarangani, K. (2018). A regional vision of physical activity, sedentary behaviour and physical education in adolescents from Latin America and the Caribbean: results from 26 countries. *International Journal of Epidemiology*, *47*(3),976-986. https://doi.org/10.1093/ije/dyy033
- Baena-Extremera, A., Fernández-Baños, R., & Manuel-Serrano, J. (2014). Elaboración de una carrera de orientación para Educación Física en Sierra Nevada. *RETOS: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, (25), 136–139.
- Baena-Extremera, A., & Granero-Gallegos, A. (2011). Propuesta didáctica para el trabajo de orientación deportiva en los centros educativos. *Trances: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, *3*(6), 735–750.
- Barbosa, S., & Urrea, A. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud física y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis*, (25), 141–159.
- Caballero, P. (2012). Potencial educativo de las actividades físicas en el medio natural: Actividades de colaboración simple. *EmásF: Revista Digital de Educación Física*, *19*, 99–114.
- Caballero, P., Hernández-Hernández, E., & Reina, M. (2018). Análisis de los factores universales de las actividades físicas en el medio natural / actividades físicas de aventura en la naturaleza: estudio preliminar. *Espiral: Cuadernos del Profesorado*, *11*(22), 61–68.
- Casado, J.M. (2009). *Deportes de Orientación. Manual Técnico Nivel I: Iniciación.* Granada, España: Culb de Orientación VELETA.
- Castillo-Retamal, F., Cordero-Tapia, F., & Soares, A. (2019). Interdisciplina y Educación: la orientación deportiva como propuesta sistemática. *Pensar en Movimiento: Revisa de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, *17*(2), 163-185. http://dx.doi.org/10.15517/pensarmov.v17i2.36693
- Ceppi-Larraín, J., Chandía-Poblete, D., Aguilar-Farías, N., & Cárcamo-Oyarzún, J. (2021). Relación entre el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física y de sueño y el exceso de peso en escolares de la ciudad de Temuco, Chile. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *119*(6), 370-377.
- Devís, J., & Peiró, C. (2010). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona, España: Inde Publicaciones.
- Escaravajal-Rodríguez, J. C., & Baena-Extremera, A. (2019). Las aplicaciones tecnológicas en el deporte de orientación y en educación física. *Habilidad Motriz. Revista de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, (53), 28–40.
- Escaravajal-Rodríguez, J. C., Nicolás, J., Moreno, S., Ruis, Z. M., & Otálora, F. J. (2014). Orientación deportiva en bachillerato. *Espiral: Cuadernos del P*rofesorado, *7*(15), 75–81.
- Escaravajal-Rodríguez, J. C. (2017). La orientación deportiva como medio interdisciplinar. *Trances: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, *9*(6), 885–908.

- FEDO, Federación Española de Orientación (2022). Federación Española de Orientación. Retrieved May 4, 2022, from ¿Qué es la orientación? website: https://www.fedo.org/web/orientacion
- Foster, C., Moore, J. B., Singletary, C. R., & Skelton, J. A. (2018). Physical activity and family-based obesity treatment: a review of expert recommendations on physical activity in youth. *Clinical Obesity*, *8*(1), 68-79. https://doi.org//10.1111/cob.12230
- Gamonales, J. M., Martín-Casañas, E., Hernández-Beltrán, V., Gámez-Calvo, L., León, K., & Muñoz-Jiménez, J. (2021). Fútbol caminando para personas mayores: Revisión sistemática. *Ebalonmano.Com: Revista de Ciencias del Deporte*, *17*(3), 195-210.
- Garzón-Mosquera, J., & Aragón-Vargas, L. F. (2021). Sedentarismo, actividad física y salud: una revision narrativa. *RETOS: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, *42*, 478-499. https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.82644
- Hernández-Beltrán, V., Gámez-Calvo, L., & Gamonales, J. M. (2021). Evolución de las sesiones de educación física. *EmasF: Revista Digital de Educación Física*, *73*(6), 1–14.
- Jiménez-Oviedo, Y., Núñez, M., & Coto-Vega, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, *14*(27), 168–181.
- Limón, M. R., & Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, *6*, 225-238.
- López, A. (2016). Organización de actividades deportivas en el medio natural: contratación y aspectos jurídicos relevantes. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, *412*, 45-57.
- Martínez-Heredia, N., Santaella-Rodríguez, E., & Rodríguez-García, A.M. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. Revisión bibliográfica. *RETOS: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, (39), 829-834. https://doi.org/10.47197/retos.v0i39.74537
- Martín-Talavera, L., & Mediavilla-Saldaña, L. (2020). Diferencias de género en el perfil y los hábitos de practicantes de actividades en el medio natural. *RETOS: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, (38), 713-718. https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.78499
- Mönckeberg, B.F., & Muzzo, B.S. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, *42*(1),96-102.
- Myers, A., Gibbons, C., Finlayson, G., & Blundell, J. (2017). Associations among sedentary and active behaviours, body fat and appetite dysregulation: investigating the myth of physical inactivity and obesity. *British Journal of Sports Medicine*, *51*(21), 1540-1544. https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095640
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2020). Actividad física. Retrieved May 4, 2022, from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
- Pardos-Mainer, E., Gou-Forcada, B., Sagarra-Romero, L., Calero, S., & Fernández-Concepción, R. (2021). Obesidad, intervención escolar, actividad física y estilos de vida saludables en niños españoles. *Revista Cubana de Salud Pública*, *47*(2), e1096.
- Peñarrubia, C., Guillén, R., & Lapetra, S. (2016). Las Actividades en el medio natural en Educación Física, ¿teoría o práctica? *Cultura, Ciencia y Deporte*, *31*(11), 27–36.

- Pérez-Tejero, J., Reina, R., & Sanz, D. (2012). La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual. *Cultura, Ciencia y Deporte*, *7*(21), 213–224. http://dx.doi.org/10.12800/ccd.v7i21.86
- Pérez, B. (2014). Salud: entre la actividad física y el sedentarismo. *Anales Venezolanos de Nutrición*, *27*(1), 119–128.
- Pérez-Rabadán, R. (2021). Diseño y evaluación de una aplicación para Educación Física de orientación deportiva en el medio natural. *Revista Interuniversitaria de Investigación en Tecnología Educativa*, (10), 43–61. https://doi.org/10.6018/riite.432941
- Puente-Maxera, F., Méndez-Giménez, A., de Ojeda Pérez, D. M., & Belmonte, J. L. (2018). El modelo de Educación Deportiva y la orientación. Efectos en la satisfacción con la vida, las inteligencias múltiples, las necesidades psicológicas básicas y las percepciones sobre el modelo de los adolescentes. *SPORT TK: Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 115-128.
- Salazar, C. (2007). *Recreación*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Sanz-Rivas, D., & Reina, R. (2012). *Fundamentos y bases metodológicas de las actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Santos-Pastor, M. L., Martínez-Muñoz, L. F., & Cañadas, L. (2018). Actividades Físicas en el Medio Natural, Aprendizaje-Servicio y discapacidad intelectual. *Espiral: Cuadernos del Profesorado*, *11*(2), 52–60.
- Timón, L. M., & Hormigo, F. (2010). *La orientación deportiva en el marco escolar. Propuesta Educativa para la Educación Física.* Sevilla, España: Wanceulen Editorial Deportiva S.L.
- Varo, J. J., Martínez-Hernández, J. A., & Martínez-González, M. A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, *121*(17), 665–672. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)74054-8
- Vidarte, J. A., Vélez, C., Sandoval, C., & Alfonso, M. L. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, *16*(1), 202–218.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., Bredin, S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. C*anadian Medical Association Journal*, *174*, 801-809. https://doi.org/10.1503/cmaj.051351
- Wattanapisit, A., Tuangratananon, T., & Thanamee, S. (2018). Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. *BMC Medical Education*, *18*(1), 159. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1268-1

11.

APROXIMACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL CANICROSS EN ADULTOS Y MAYORES

APPROACH AND ADAPTATION OF CANICROSS IN ADULTS AND OLDER

JOSÉ M. GAMONALES
martingamonales@unex.es / josemartin.gamonales@ufv.es
Universidad de Extremadura, Cáceres, España. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

VÍCTOR HERNÁNDEZ-BELTRÁN
vhernandpw@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

VÍCTOR A. GONZÁLEZ-COTO
vgonzalevr@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

LUISA GÁMEZ-CALVO
lgamezna@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

RESUMEN

Las personas en edad adulta y mayores suelen presentar limitaciones en la participación en actividades físico-deportivas. Por esto, muchas terapias incluyen el contacto con animales con finalidades terapéuticas, pero no durante la práctica de actividades físicas. El presente trabajo pretende mostrar los beneficios de combinar ambas, puesto que no hay constancia que se hayan aplicado con anterioridad. El Canicross adaptado puede ser una actividad terapéutica cuya finalidad es aumentar la motivación y fomentar la participación en actividades físico-deportivas en personas adultas y mayores. Para ello, es fundamental la interacción con los perros, mejorando la estabilidad socioemocional, así como aumentado los sentimientos de empatía y respeto. Además, contribuye a mejorar las capacidades físicas básicas por medio de la actividad, y disminuir el estrés. Por otro lado, la propuesta de adaptación del Canicross da a conocer a los profesionales del deporte nuevos campos de actuación mediante el tratamiento para personas adultas y mayores utilizando como herramienta el canicross, así como proponiendo un enfoque alternativo a las actividades convencionales. Por ello, el programa de intervención combina la práctica deportiva del Canicross con las propiedades físicas y psicológicas de las actividades físicas acompañadas de animales, con

la finalidad de dotar a las personas adultas y mayores de una mejora de su calidad de vida. Pues, la única aproximación y adaptación del canicross existente en la literatura científica está destinada a personas con discapacidad intelectual.

Palabras Claves: actividad física, calidad de vida, canicross.

ABSTRACT

Adults and elderly people usually have limitations in physical-sports activities. For this reason, many therapies include contact with animals for therapeutic purposes, but not during the practice of physical activities. This document aims to show the benefits of combining both, since there is no evidence that they have been applied before. Adapted Canicross can be a therapeutic activity with the aim of improve motivation and participation in physical-sports activities in adults and elderly people thanks to the interaction with dogs, improving socio-emotional stability, as well as promoting feelings of empathy and regard. In addition, it helps to improve basic physical abilities through activities with dogs and reduce stress. On the other hand, the Canicross adaptation proposal introduces sports professionals to new fields of action through treatment for adults and the elderly using canicross as a tool, as well as opening an alternative approach to conventional activities. For this reason, the intervention program combines the sports practice of Canicross with the physical and psychological properties of physical activities accompanied by animals, in order to provide adults and the elderly an improvement in their quality of life. Furthermore, in the scientific literature, the only adapted proposal for canicross is destinated to people with intellectual disability.

Key words: physical activity, quality of life, canicross.

INTRODUCCIÓN

La Actividad Física (en adelante, Act. Fís.) para las Personas Adultas y Mayores (en adelante, PAyM) forma parte de un estilo de vida saludable y activo, siendo esto fundamental e importante para la sociedad actual, puesto que el ejercicio físico y el deporte son claves para prevenir y tratar enfermedades, así como en el proceso de recuperación (Aldas-Vargas, Chara-Plua, Guerrero-Pluas & Flores-Peña, 2021; Barrera-Rodríguez, 2021). Además, la Act. Fís. aporta en las PAyM diferentes beneficios a nivel emocional (mejora la actividad mental, combate el estrés y la ansiedad, aporta diversión, y/o ayuda a combatir el insomnio), y a nivel físico (disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades, minimiza la pérdida de masa muscular y ósea,

mejora la coordinación motriz y/o ayuda a mantener el peso) (Basilio, 2013). También, la práctica de Act. Fís. regular contribuye a mejorar el estado de ánimo (Cassilhas, Antunes, Tufik & De Mello, 2010), así como el bienestar mental y la adquisición de una actitud positiva hacia uno mismo (Araque-Martínez, Ruiz-Montero & Artés-Rodríguez, 2021; Stathi, Fox & McKenna, 2002). Por tanto, la mayoría de la gente conoce algunos de los beneficios de la Act. Fís. Sin embargo, no está claro cómo esto se relaciona con el funcionamiento físico y social, así como la vitalidad para realizar las actividades diarias y su relación con la alimentación (Aldas-Vargas et al., 2021). Por ello, para las PAyM la práctica físico-deportiva es una herramienta fundamental y motivante con la finalidad de fomentar y cultivar las relaciones sociales, mantener un óptimo estado de salud y mantenerse activos (Bárzaga, Pérez-Merino & García-Gómez, 2022). Es decir, la Act. Fís. para la salud es una evidencia en la medicina e indiscutible para prevenir, tratar, controlar y rehabilitar diferentes enfermedades. Siendo, el ejercicio físico el mejor remedio, y que todo profesional de la salud debería recomendar (Mahecha-Matsudo, 2019). Siendo, el ejercicio aeróbico fundamental para prevenir y tratar muchas patologías y enfermedades vinculadas con el envejecimiento (Cerin et al., 2013; Mercedes-Cabezas et al., 2017).

Respecto a las actividades físico-deportivas que pueden practicar las PAyM con o sin discapacidad, se encuentran las actividades de recreación, las actividades multicomponente (Valenzuela et al., 2020), y las modalidades físico-deportivas de equipo adaptadas (Gamonales et al., 2021), así como las Terapias Asistidas con Animales (en adelante, TAA) (Bermeja & Ausín, 2018). Entre las actividades físico-deportivas que han sido adaptadas a esta población, no se encuentra el Canicross. Sin embargo, existe una aproximación y adaptación para personas con discapacidad intelectual (Gamonales, León & Muñoz-Jiménez, 2017).

El Canicross es una disciplina deportiva de equipo en el que un atleta humano es remolcado por un atleta canino (Jendro et al., 2018). Es decir, consiste en realizar running con el canino atado a la cintura mediante un cinturón (Lafuente & Whyle, 2018; Gamonales & León, 2014a; Gamonales & León, 2014b). Por ello, es fundamental practicarlo al aire libre y en un entorno limpio de contaminación (Gómez-Gayosso, 2019), puesto que permite estar en contacto con la naturaleza. Por consiguiente, es una manera perfecta de compartir el tiempo libre realizando Act. Fís. con lo que más les gusta a los perros: correr (Aguijar, 2010), y su práctica habitual se realiza sobre caminos naturales de hierba y tierra, aunque existen pruebas especiales sobre nieve, corriendo en este caso con raquetas (Jorquera, Gamonales & Pérez-Rico, 2013). Por otro lado, los programas terapéuticos asistidos con animales tienen un

gran potencial como una herramienta de inclusión para cualquier colectivo, independientemente de la edad, y aporta múltiples beneficios a los participantes (Álvarez-Cejudo, 2019; Prieto-Padín, 2020).

Por otro lado, a lo largo de la historia, ha existido vinculación entre las personas y el resto de los animales (Correa-Duque et al., 2019). Es decir, la Act. Fís. como recurso en las TAA, ha ocupado una posición central en las teorías sobre la ontología y el tratamiento de las enfermedades (Álvarez-Cejudo, 2019; Fine, 2003) con el desarrollo de programas terapéuticos con la finalidad de ayudar a las personas. Sin embargo, no se conoce con exactitud el inicio de las TAA. Pues, existen manuscritos que mencionan la existencia de tratamientos terapéuticos con perros y caballos en la época de la Antigua Grecia (Gutiérrez, 2015). Otros documentos exponen que fue en el siglo XVII, cuando se inició en Europa un programa de Act. Fís. con caballos para el tratamiento y rehabilitación de personas con alto grado de discapacidad física. Más tarde, el programa de TAA se extendió a Estados Unidos, y, actualmente, hay más de quinientos programas de equitación terapéutica con esta finalidad (Arias, Arias & Morentín, 2008; Oropesa, García, Saní & Matute, 2009). A partir de este momento, empezaron a surgir las primeras teorías sobre la influencia de los animales de compañía en los procesos terapéuticos como son la hipoterapia (Gámez-Calvo, Gamonales, Hernández-Beltrán & Muñoz-Jiménez, 2022; Gámez-Calvo, Gamonales, León & Muñoz-Jiménez, 2021; Gámez-Calvo, Gamonales, Silva-Ortiz & Muñoz-Jiménez, 2020), o la delfinoterapia (Belmonte-Parralo, Ibáñez & Muñoz-Vico, 2018). Sin embargo, el perro, es el animal más utilizado fundamentalmente por la variedad de razas, temperamento y facilidad de adiestramiento (Chacón-Herrera & Serradas, 2018; Fine, 2003), puesto que este animal está naturalmente vinculado al contacto con las personas, y puede ser fácilmente entrenado (Ferreira et al., 2016). Asimismo, existen estudios para conocer la repercusión de programas de TAA en mayores, puesto que son medidas preventivas útiles en la reducción del riesgo de caídas (Gámez-Calvo et al., 2021, Moreno-Rubio, 2019), si se realizan de forma progresiva y correcta. Para ello, es fundamental tener un equipo profesional y multidisciplinar óptimo (Gámez-Calvo et al., 2021).

Además, los programas terapéuticos se dirigen principalmente a personas en riesgo de exclusión social por razón de edad, delinquías, discapacidad y/o por enfermedad (Gamonales et al., 2017; Jorquera et al., 2013; Zamarra, 2002), así como personas vulnerables como los adultos y mayores como consecuencia del envejecimiento (Gámez-Calvo et al., 2020; Gámez-Calvo et al., 2021; Medina-Fernández, Casco-Gallardo, Tello-García, Sifuentes-Leura & Villareal-Reyna, 2019), con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los participantes. Otros beneficios de las TAA son: empatía, enfoque exterior,

relaciones, aceptación, entretenimiento, socialización, estimulo mental, contacto físico y beneficios fisiológicos, lo que permite plantear los objetivos de la intervención en función de las necesidades concretas de cada colectivo (Martínez-Abellá, 2009). También, permite reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, así como aumentar la relajación y la autoestima (Gómez-García et al., 2017; González & Ladero, 2011; Shoda, Stayton & Martín, 2011; Tárraga-Mínguez, Lacruz-Pérez, Peiró-Estela & Sanz-Cervera, 2021), así como mejora el equilibrio estático y dinámico, la movilidad funcional o la flexibilidad (Gámez-Calvo et al., 2021).

Por tanto, en el presente trabajo se va a realizar una aproximación y adaptación del Canicross para PAyM similar a la existentes en la literatura para personas con discapacidad intelectual Gamonales et al., 2017). Por ello, los objetivos programados para la propuesta de intervención buscan determinar unas metas específicas y adaptadas a las necesidades y características individuales de las PAyM, pero comunes a otros los colectivos:

I) Ampliar la motivación y participación en actividades físico-deportivas de las PAyM gracias a la interacción con los perros, mejorando la estabilidad socioemocional, así como fomentar los sentimientos de empatía y respeto hacia los demás.
II) Mejorar las capacidades físicas por medio de las actividades con perros, disminuyendo el estrés, y aumentando la relajación y la autoestima.
III) Proporcionar a los profesionales del Deporte nuevos campos de actuación mediante el tratamiento para PAyM utilizando como herramienta el canicross, y abriendo un enfoque alternativo a las actividades tradicionales.
IV) Desarrollar actividades adecuadas al nivel de competencia motriz y al estilo de aprendizaje de cada usuario, con la finalidad de ser adaptada a las características de cada persona.
V) Mostrar un nuevo modelo de sesión para las TAA con la finalidad de aprovechar mejor el tiempo.

MARCO METODOLÓGICO

La propuesta de TAA para PAyM utilizará como herramienta de intervención el procedimiento de canicross realizada por los autores Gamonales et al., (2017), para personas con discapacidad intelectual. Además, la propuesta de intervención buscará desarrollar la socialización mediante el contacto animal, potenciando así la mejora de la funcionalidad de los participantes y ofreciendo la posibilidad a este colectivo de conocer vías

alternativas a los programas tradicionales. Para ello, será importante tener controlado el mayor número de variables a la hora de organizar las sesiones de Canicross. Igualmente, será fundamental tener en cuenta una serie de aspectos con relación a su implementación. Según Martínez-Abellá (2009), es importante elaborar un sistema de análisis completo, emparejar cuidadosamente el animal con el sujeto, atendiendo a sus necesidades y capacidades físicas, definir el criterio, la metas y resultados, comprender los beneficios y riesgos, formar y orientar concretamente a los implicados en el proceso, supervisar a los participantes de forma continuada, evaluar los datos del coste-beneficio y mantener expectativas realistas, así como tener en cuenta los tipos de actividades a desarrollar durante las TAA. Pues, las acciones a realizar van a estar en función del momento de intervención, el momento de la sesión, el tipo de actividad o la finalidad a desarrollar en el usuario.

Por tanto, será fundamental revisar las sesiones de TAA para PAyM mediante observación o por medio de cámaras que registren de forma integral las clases (Chacón-Herrera & Serradas, 2018; Jorquera et al., 2013). Siendo, fundamental realizar diferentes procesos de evaluación por personas expertas en TAA. Para ello, se recomienda realizar evaluaciones en tres momentos: antes del inicio, durante y al finalizar el programa de intervención con perros (Vidal et al., 2020), y utilizar diferentes herramientas de evaluación como la Escala de Autoestima de Rosenberg (Vázquez-Morejón, Jiménez & Vázquez-Morejón, 2004), y/o la Escala de Impulsividad de Plutchick (Páez et al., 1996).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el óptimo desarrollo del programa de intervención para PAyM (Figura 1), hay que tener en cuenta una serie de adaptaciones relacionadas con los recursos:

- **Humanos**. Será necesario contar con profesionales del Deporte con conocimientos sobre PAyM y TAA, y en concreto TAA con perros, así como conocer previamente al individuo en particular y sus características funcionales. Para ello, deben ser comunicados y asesorados por profesionales y/o tutores. Además, se precisa un guía canino, encargado de controlar a los perros durante la actividad. Si los participantes cuentan con su propia mascota, los pueden acompañar afianzando el vínculo con el animal, tanto dentro como fuera de la actividad. De esta manera, se reduce el estrés del animal con el dueño, puesto que se distienden y tranquilizan (Oropesa et al., 2009), e igualmente les ayuda a mejorar la autoestima y seguridad en sí mismo. Es decir, el vínculo humano-animal contribuye a mejorar los niveles de

depresión, disminuir el estrés, aliviar el sufrimiento y la ansiedad, tanto en el participante como en el animal (Gómez-García et al., 2017; Jorquera et al., 2013; Shoda et al., 2011), así como mejorar las capacidades físicas básicas de los usuarios (Gamonales & León, 2014a; Gamonales & León, 2014b; Gamonales et al., 2017). Respecto a los profesionales del Deporte, pueden ser:

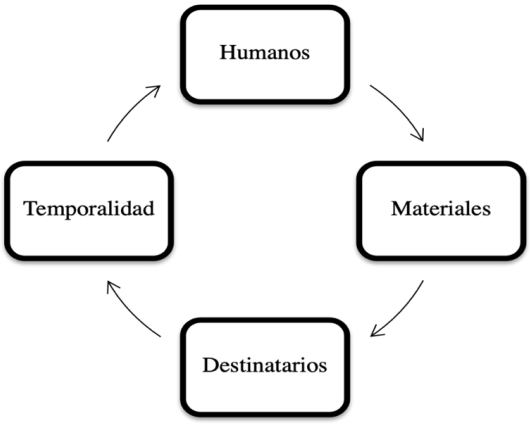
  - Graduado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, o licenciatura correspondiente.
  - Diplomado/ Graduado en Educación, especialidad/mención en Educación Física.
  - Técnico Superior en Actividades Físicas y Animación Deportiva.
  - Técnico Medio en Conducción de Actividades Deportivas en el Medio Natural.
  - Certificados de profesionalidad relacionados con el Deporte.

- **Materiales.** Cada participante necesitará de ropa deportiva cómoda que no dificulte una práctica deportiva en óptimas condiciones, y permita cubrir y proteger el cuerpo de las inclemencias del tiempo (Esparza, 2010). Además, será necesario contar con cinturones adaptados a la cintura de cada usuario y una línea de tiro que conectará el cinturón al arnés del perro.

- **Destinatarios.** El número de PAyM estará determinado en función de la disponibilidad de profesionales. En líneas generales, se propone que cada individuo cuente con un técnico a su cargo o, en caso en los que los participantes gocen de suficiente autonomía y funcionalidad, podrá asignarse dos participantes por profesional. Todo ello, se desarrollará bajo la supervisión, en un segundo plano, de su tutor o profesional al cargo y del guía canino. Por tanto, la ratio PAyM será 1/1 o 1/2. Esta proporción de personal es similar a la propuesta realizada por Gamonales et al., (2017), en las TAA para personas con discapacidad intelectual, con la finalidad de dar una atención individualizada a los usuarios.

- **Duración del programa.** El tiempo del programa de intervención para PAyM estará en función de las capacidades individuales de cada sujeto. Se recomienda una duración de 45-60 minutos, 3 días por semana, siendo todo esto modificable según los objetivos a desarrollar y la evolución de cada sujeto, con el objetivo de crear un estilo de vida activo como alternativa al sedentarismo.

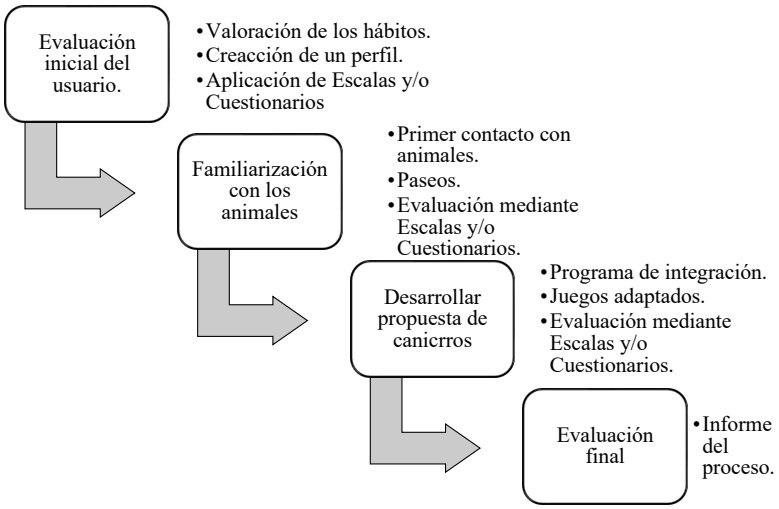
Figura 1. Elementos fundamentales para el proceso de intervención en PAyM.



Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, las fases de la propuesta de adaptación del canicross para PAyM tendrán por objetivo desarrollar la intervención de una manera coherente y eficaz, así como inculcar un estilo de vida activo en las PAyM. En la Figura 2, se muestran las diferentes etapas del proceso (*Evaluación inicial*, *Familiarización con los animales*, *Desarrollo de la propuesta adaptada del Canicross* y *Evaluación final del programa*). Las diferentes etapas de la intervención pueden variar y deben ser adaptadas en función de las necesidades individuales de cada sujeto puesto que cada persona tiene sus propias emociones, sentimientos, costumbres, o gustos.

Figura 2. Etapas del proceso de intervención en PAyM.



Fuente: Elaboración propia.

En la literatura existente, es posible encontrar una gran variedad de trabajos científicos relacionados con programas donde intervienen animales y cuya finalidad es la mejora de la calidad de vida de diversos colectivos, tanto a través de la convivencia y la interacción humano-animal (Bermeja & Ausín, 2018; Cirulli, Borgi, Berry, Francia & Alleva, 2011), la inclusión en intervenciones asistidas (Perea-Mediavilla, López-Cepero, Tejada-Roldán & Sarasola, 2014), o, como a través de las distintas fases de la propuesta (Gamonales et al., 2017; Martínez-Abellá, 2009; Oropesa et al., 2009). Además, existen diversas aplicaciones y experiencias registradas de los programas de intervención con perros (Correa-Duque et al., 2019), como, por ejemplo: permiten reducir las conductas desadaptativas, de soledad o la ansiedad (Ortiz-Jiménez, Landero-Hernández & González-Ramírez, 2010). Sin embargo, en la actualidad, la TAA está experimentando un gran desarrollo dentro y fuera de nuestro país, debido a la existencia de diferentes programas de TAA en todo el mundo (Martínez-Abellá, 2009). Por tanto, la aproximación y adaptación del canicross para PAyM puede ser un gran complemento a las terapias y tratamientos educativos o reeducativos convencionales, así como herramientas de atención primaria, puesto que está comprobado que la práctica físico-deportiva de forma regular ahorra gastos en sanidad.

Además, la propuesta adaptada del canicross busca la mejora de la calidad de vida de PAyM, como sucede en otros programas de intervención basados en el contacto con animales, que reportan mejoras en diferentes aspectos del bienestar físico personal (Arias et al., 2008; Belmonte-Parralo et al., 2018; Gamonales et al., 2017; González & Ladero, 2011), la inclusión social (Gámez-Calvo et al., 2020; Gámez-Calvo et al., 2021; Gámez-Calvo et al., 2022; Martínez-Abellá, 2009), el desarrollo personal (Buil & Canals, 2011; Cirulli et al., 2011), o las relaciones interpersonales (Cusack, 2008). Sin embargo, esta idea va más allá. Es un programa de intervención innovador, porque utiliza el canicross como herramienta de intervención en PAyM. Por tanto, el presente trabajo plantea una adaptación coherente que permite la práctica del canicross para este colectivo, donde las adaptaciones se centran en los recursos humanos, materiales, destinatarios y duración del programa, con unas fases de desarrollo de la actividad similares a otras terapias con animales existentes en la literatura científica. Además, se ha tenido en cuenta la evaluación como herramienta fundamental para el programa de intervención en las PAyM, con la finalidad de identificar y conocer los aprendizajes de los usuarios, los errores del procedimiento, la calidad de los materiales y de los profesionales implicados.

Para las PAyM a las que les gusta el deporte, la naturaleza y los animales, el canicross puede ser una alternativa ideal para mantener un estilo de vida

activo. Al igual que en el resto de deporte, para iniciarse en esta actividad es necesario realizar una progresión, tanto para el entrenamiento de la persona como del perro. De este modo, se establecen tres fases progresivas para la práctica de este deporte:

1. *Familiarización del perro y el humano con el material*. En primer lugar, se debe crear un vínculo afectivo, de confianza y de seguridad entre el humano y el perro. Además, ambos deben estar familiarizados con el material a emplear, así como de su utilización y mantenimiento. Es decir, se deben desarrollar actividades de conexión muy complejas y sencillas, donde los usuarios irán aprendiendo a interactuar con el animal. Por otro lado, los materiales indispensables para la práctica del canicross son un arnés de tiro, la línea de tiro, que sirve para amortiguar el impacto de la fuerza del perro, y un cinturón. En esta fase, se debe acostumbrar al perro a llevar el arnés de manera natural, para que se sienta cómodo y seguro con el puesto. También, se debe asegurar en todo momento que el arnés no lastime o hiera al animal, especialmente si aún está poco entrenado.

2. *Iniciación en la práctica*. En esta fase, humano y animal comienzan a realizar ejercicios propios del canicross. El entrenamiento comenzará de manera progresiva, realizando varios entrenamientos semanales de poca duración, hasta lograr alcanzar el tiempo de práctica objetivo. Además, en esta fase del entrenamiento el perro debe aprender a tirar, ya que una de las normas principales del canicross es que el perro debe ir siempre por delante del corredor. El plan de entrenamiento debe velar por el bienestar físico y emocional tanto del humano como del perro.

3. *Práctica recreativa o de competición.* Fase final y de mantenimiento de la práctica. En esta fase tanto el perro como el humano están totalmente familiarizados con la práctica del canicross, pudiéndola realizar de manera totalmente autónoma. Se debe asegurar que los practicantes conozcan las principales nociones de esta práctica deportiva, así como, las normas de seguridad.

A continuación, en la Tabla 1, se presenta una propuesta de sesiones básicas a desarrollar durante un programa de fomento de la Act. Fís. a través del canicross para las PAyM.

Tabla 1. Propuesta de temporalización de las sesiones

Nº	*Nombre de la sesión*	*Objetivos*	*Espacio*
1	"Familiarización ¿Qué sabemos del canicross?"	Conocer mejor al binomio humano-perro. Conocer las nociones básicas del canicross y sus diferentes modalidades. Ser consciente de los vínculos de confianza necesarios para la práctica exitosa del canicross.	Pabellón deportivo o Parque
2	"Conociendo el material de canicross"	Conocer los diferentes materiales empleados para la práctica del canicross. Presentar los diferentes materiales al perro y colocarle el arnés.	Parque o zona al aire libre.
3	"Nos ponemos en marcha"	Realizar una pequeña caminata con el arnés y la línea de tiro en la mano del corredor.	Parque o zona al aire libre.
4	"Aprendiendo a tirar"	Aprender la colocación del arnés y la línea de tiro al cinturón del corredor. Vivenciar las situaciones de tiro sin perder el equilibrio. Enseñar al perro las órdenes de salida y parada.	Parque o zona al aire libre.
5	"Giros y cambios de velocidad"	Conocer y aplicar las órdenes de giro y cambio de velocidad Aprender a realizar un recorrido con nuestro perro y todo el material necesario.	Parque o zona al aire libre.
6	"¡A correr!"	Aprender a correr al ritmo del perro. Ser capaces de mantener el equilibrio cuando el perro tira de nosotros. Saber cómo mantener en todo momento el control y la seguridad de la práctica.	Parque o zona al aire libre.

Fuente: Elaboración propia

A modo de ejemplo, en la Tabla 2, se desarrolla una sesión, con la finalidad de servir de guía y apoyo a los docentes y especialistas encargados de llevar a cabo la presente propuesta. Para ello, se ha seguido la propuesta de sesión educativa realizada por Hernández-Beltrán, Gámez-Calvo y Gamonales (2021). Dicho modelo de sesión, ha sido adaptado al programa de intervención para PAyM con la finalidad de aprovechar el tiempo de los diferentes momentos:

- **Encuentro**: en este momento inicial, el profesional del Deporte se desplazará hasta la puerta de las instalaciones para recoger a los

usuarios, PAyM, y trasladarse hasta el espacio donde realizarán las actividades de conexión con los perros.

- **Ida**: tanto los usuarios como el técnico en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, se desplazarán hasta las instalaciones de los animales, o en su defecto, al espacio donde se desarrolle la sesión de intervención con los perros.
- **Compartir el proyecto**: el especialista en TAA desarrollará una conversación inicial con las PAyM donde se va a recordar lo realizado en la sesión anterior, y se expondrán las diferentes actividades que se van a desarrollar durante la sesión. Además, se le hará reflexionar a los participantes sobre diferentes temáticas relacionadas con los estilos y calidad de vida.
- **Puesta en marcha**: momento donde las PAyM inician la actividad motriz con el objetivo de activar la musculatura. Para ello, será fundamental realizar actividades de conexión entre animal-humano como juegos básicos de caricias o de pelota. Es decir, se busca una óptima sintonía entre perro y usuario.
- **Acción motriz**: momento principal de la sesión de TAA. Durante este momento, se van a utilizar los diferentes contenidos para desarrollar los diferentes objetivos propuestos por el profesional del Deporte. Para ello, será fundamental tener una planificación previa de los aprendizajes a desarrollar, y debe ser supervisado previamente por el equipo multidisciplinar.
- **Aseo**: las PAyM se asearán una vez terminada la sesión. Además, este momento se aprovechará para dar recomendaciones relacionadas con los hábitos y cuidados de higiene deportiva y corporal, así como realizar tareas de limpieza y dar de comer a los perros.
- **Puesta en común**: periodo destinado a recopilar lo sucedido durante la sesión de canicross. Igualmente, se empleará dicho momento para la resolución de los posibles conflictos surgidos.
- **Material**: momento destinado a la recogida y colocación del material usado durante la sesión de canicross.
- **Vuelta**: momento donde las PAyM se trasladará junto con el técnico al lugar de recepción, y se despedirán hasta la próxima sesión.

Tabla 2. Ejemplo de desarrollo de sesión.

SESIÓN: "Familiarización ¿Qué sabemos del canicross?" NÚMERO: 1
ENCUENTRO: Encuentro de los participantes y el monitor en el lugar establecido.
IDA: Desplazamiento hasta el lugar, presentación de la sesión a realizar, así como de las tareas y objetivos propuestos.
COMPARTIR EL PROYECTO: AYER: Se recordará lo explicado en la reunión inicial, recordando los términos básicos del canicross. HOY: Se llevará a cabo una explicación sobre las diferentes actividades que se van a desarrollar en la sesión actual.
PUESTA EN MARCHA: GUIAR: El profesional del deporte explicará los objetivos a desarrollar durante la sesión: - "Conocer mejor al binomio humano-perro" - "Conocer las nociones básicas del canicross y sus diferentes modalidades". - "Ser consciente de los vínculos de confianza necesarios para la práctica exitosa del canicross" R: Los participantes buscarán la forma de dar respuesta a cómo desarrollar los objetivos. Se les ayudará a buscar, en caso de que no encuentren la información requerida. ACTIVIDADES: Se realizarán actividades de conexión y confianza, así como tareas de cooperación con los perros. Además, se pueden realizar dinámicas grupales para mejorar la cohesión entre los participantes. - Acariciar al perro en diferentes partes. - Realizar paseos cortos con el perro atado. - Soltar al perro y dar la orden de volver. R: Una vez completadas todas las actividades propuestas se volverá al punto de partida.
ASEO: Una vez terminada la sesión, las PAyM podrán desplazarse hasta el aseo. .
PUESTA EN COMÚN: Se llevará a cabo un debate sobre lo tratado durante la sesión. Los participantes deberán proponer actividades que fomenten la cooperación y la cohesión grupal.
MATERIAL: Ropa deportiva, arnés adaptado al perro, línea de tiro y cinturón.
VUELTA: Se aprovechará dicho momento para explicar las posibles actividades a realizar en la siguiente sesión.

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

La propuesta de intervención por medio del canicross para PAyM puede ser viable, y ofrece una nueva alternativa de ocio y tiempo libre, acorde con los múltiples beneficios constatados de las actividades con perros en esta población. Además, permite mejorar el binomio humano-perro.

El canicross adaptado es una herramienta eficiente para mejorar aspectos cognitivos y fomentar las relaciones sociales, favoreciendo el desempeño funcional de las actividades de la vida diaria. Un entorno más accesible permitirá a las PAyM disminuir las barreras presentes en su día a día. Por tanto, se recomienda este tipo de TAA con la finalidad de mejorar a nivel físico y psicosocial, puesto que estos beneficios tienen como consecuencia la mejora

de la calidad de vida de las PAyM. Por otro lado, el canicross para PAyM puede ser una herramienta fundamental para la atención primaria con la finalidad de prevenir y reducir el riesgo de caídas.

La principal limitación con la que cuenta este trabajo es que la propuesta aún no se ha desarrollado para PAyM como sucede con idea para personas con discapacidad intelectual, pero se encuentra fundamentada en una extensa literatura científica. Pues, investigaciones previas reconocen las múltiples ventajas que supone la práctica físico-deportiva y la interacción de personas con o sin discapacidad con animales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguijar, U. (2010). Actividades físicas en la naturaleza: el Canicross. *EFDeportes.com: Revista Digital, 15*(151), 1-1.
- Aldas-Vargas, C. A., Chara-Plua, N. J., Guerrero-Pluas, P. J., & Flores-Peña, R. (2021). Actividad física en el adulto mayor. *Revista Científica: Dominio de las Ciencias*, *7*(5), 64-77. http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i5.2233
- Álvarez-Cejudo, G. (2019). Beneficios de la intervención asistida con animales en el aula. *Papeles Salmantinos de Educación*, *23*, 167-202.
- Araque-Martínez, M. Á., Ruiz-Montero, P. J., & Artés-Rodríguez, E. M. (2021). Efectos de un programa de ejercicio físico multicomponente sobre la condición física, la autoestima, la ansiedad y la depresión de personas adultas-mayores. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, *39*, 1024-1028. https://doi.org/10.47197/retos.v0i39.83282
- Arias, V., Arias, B., & Morentín, R. (2008). Terapia asistida por caballos: nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y buenas prácticas. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, *226*(39), 18-30.
- Barrera-Rodríguez, D. F. (2021). Revisión teórica sobre los efectos de la actividad física en el adulto mayor. *Revista Digital Actividad Física y Deporte*, *7*(2), e1937. http://doi.org/10.31910/rdafd.v7.n2.2021.1937
- Bárzaga, N., Pérez-Merino, A. M., & García-Gómez, F. (2022). Diagnóstico de la motivación para la incorporación del adulto mayor masculino a las actividades físico-recreativas. *Olimpia*, *19*(1), 349-361.
- Basilio, A. (2013). *Sin excusas*. Monterrey. El sol S.A.
- Belmonte-Parralo, J. F., Ibáñez, V., & Muñoz-Vico, F. J. (2018). Efecto de la terapia asistida con delfines en los niveles de estrés fisiológicos en niños con discapacidad de origen neuropsiquiátrico. *Cuestiones de fisioterapia: Revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia*, *47*(1), 25-33.
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2018). Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *53*(3), 155-164. https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006
- Buil, I., & Canals, M. (2011). Terapia Asistida con Animales. *UAB*, 1-31.

- Cassilhas, R. C., Antunes, H. K., Tufik, S., & De Mello, M. T. (2010). Mood, anxiety, and serum IGF-1 in elderly men given 24 weeks of high resistance exercise. *Perceptual and Motor Skills*, *110*(1), 265-276. https://doi.org/10.2466/PMS.110.1.265-276
- Cerin, E., Sit, C. H., Barnett, A., Cheung, M. C., & Chan, W. M. (2013). Walking for recreation and perceptions of the neighborhood environment in older Chinese urban dwellers. *Journal of Urban Health*, *90*(1), 56-66. https://doi.org/10.1007/s11524-012-9704-8
- Chacón-Herrera, C., & Serradas (2018). Terapias asistidas con animales: una perspectiva de proección animal. *Revista Scientific*, *3*(9), 275-296.
- Cirulli, F., Borgi, M., Berry, A., Francia, N., & Alleva, E. (2011). Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, *47*(4), 341-348.
- Correa-Duque, M. C., Cárdenas, A. M., Rivera, H., & Cadavid, A. (2019). Educación asistida con perros: aplicaciones pedagógicas en contextos educativos. *Inclusión y Desarrollo*, *1*(6), 1-10.
- Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Barcelona, España: Fondo editorial de la Fundación Affinity.
- Esparza, M. Á. (2010). La indumentaria deportiva en la modernidad y en la posmodernidad. *EFDeportes.com: Revista Digital*, *145*(6), 1-18.
- Ferreira, A. O., Rodrigues, E. A., Santos, A. C., Guerra, R. R., Miglino, M. A., Maria, D. A., & Ambrósio, C. A. (2016). Animal-assisted therapy in early childhood schools in São Paulo, Brazil. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, *36*(1), 46-50. https://doi.org/10.1590/S0100-736X2016001300007
- Fine, M. (2011). *Manual de terapia asistida por animales*. Barcelona, España: Fondo Editorial de la Fundación Affinity.
- Gámez-Calvo, L., Gamonales, J. M., Hernández-Beltrán, V., & Muñoz-Jiménez, J. (2022). Beneficios de la hipoterapia para personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en edad escolar. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, *43*, 88-97.
- Gámez-Calvo, L., Gamonales, J. M., León, K., & Muñoz-Jiménez, J. (2021). Efectos terapéuticos de la hipoterapia para personas mayores: revisión de la literatura. *Archivos de Medicina del Deporte*, *38*(3), 198-208. https:// doi.org/ 10.18176/archmeddeporte.00044
- Gámez-Calvo, L., Gamonales, J. M., Silva-Ortiz, A. M., & Muñoz-Jiménez, J. (2020). Benefits of hippotherapy in elderly people: Scoping review. *Journal of Human Sport and Exercise*, *17*(2), 302-313. https:// doi.org/10.14198/jhse.2022.172.06
- Gamonales, J. M., & León, K. (2014a). Actividad Física Adicional (AFAd) para los cazadores. *Revista Digital CazaFederada, 34*, 15.
- Gamonales, J. M., & León, K. (2014b). *La caza en España. Las capacidades físicas del cazador*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura. Cáceres (España).
- Gamonales, J. M., León, K., & Muñoz-Jiménez, J. (2017). *Aproximación y adaptación del canicross para deportistas con discapacidad intelectual*. 1º Congreso Internacional de

Discapacidad Intelectual. Actividad física y salud, del 16 al 18 de Noviembre. Facultad Ciencias de la Educación, Universidad de Sevilla. Sevilla (España).

- Gamonales, J. M., Martín-Casañas, E., Hernández-Beltrán, V., Gámez-Calvo, L., León, K., & Muñoz-Jiménez, J. (2021). Fútbol caminando para personas mayores: Revisión sistemática. *Ebalonmano.Com: Revista de Ciencias del Deporte*, *17*(3), 195-210.
- Gómez-García, M. E., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-Sánchez, B., González-López, M, & Garrido-Ardila, E. M. (2017). Efectividad de la terapia asistida con animales en pacientes con demencias, una revisión sistemática. *Fisioterapia*, *39*(6), 242-249. https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.05.002
- Gómez-Gayosso, J. C. (2019). Canicross. *Logos Boletín Científico De La Escuela Preparatoria No. 2*, *6*(12), 31-32.
- González, M. T., & Ladero, R. (2011). Diferencias en estrés percibido, salud mental y física de acuerdo con el tipo de relación humano-perro. *Revista Colombiana de Psicología, 20*, 75-86.
- Gutiérrez, E. (2015). *Terapia asistida con perros en pacientes con discapacidad intelectual gravemente afectados* (Tesis de Maestría). Universidad Pontifica Comillas de Madrid. Madrid, España. Recuperado de https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1048
- Hernández-Beltrán, V., Gámez-Calvo, L., & Gamonales, J. M. (2021). Evolución de las sesiones de educación física. *EmasF: Revista Digital de Educación Física*, *73*(6), 1–14.
- Jendro, A. M., Clarke, S. B., Jensen, R. L., Wuorinen, E., & Hunt, T. (2018). Synchronization and towing effect on adult one-dog canicross performance. *ISBS: Proceedings Archive*, *36*(1), 158-161.
- Jorquera, J., Gamonales, J. M., & Pérez-Rico, D. (2013). Innovación deportiva en el medio natural: caniduatlón y canitriatlón. *Revista Internacional de Deportes Colectivos*, *15*, 553-553.
- Lafuente, P., & Whyle, C. (2018). A retrospective survey of injuries occurring in dogs and handlers participating in canicross. *Veterinary and comparative orthopaedics and traumatologyipating*, *31*(5), 332-338. https://doi.org/10.1055/s-0038-1661390
- Mahecha-Matsudo, S. M. (2019). Recomendaciones de actividad física: un mensaje para el profesional de la salud. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, *2*(2), 44-54. https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.006
- Martínez-Abellá, R. (2009). Atención a la diversidad y terapia asistida por animales. Programas y experiencias en el centro penitenciario. *Revista de Educación Inclusiva, 2*(3), 111-132.
- Medina-Fernández, J., Casco-Gallardo, K., Tello-García, M., Sifuentes-Leura, D., & Villareal-Reyna, M. (2019). Terapia asistida por animales: opinión sobre la intervención de enfermería aplicada al adulto mayor. *Revista Salud y Bienestar Social*, *3*(1), 55-64.
- Mercedes-Cabezas, M., Álvarez-Mites, J., Guallichico-Aguilar, P., Chávez Hernández, J., & Romero-Frómeta, E. (2017). Entrenamiento funcional y recreación en el adulto mayor: influencia en las capacidades y habilidades físicas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 36*(4), 1-13.

- Moreno-Rubio, S. (2019). Implantación de nuevas medidas para prevenir caídas en una residencia de mayores: terapia asistida por animales y marcha. *Parainfo Digital*, *13*(30)-1-6.
- Oropesa, P., García, I., Saní, P., & Matute, Y. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *MEDISAN, 13*(6), 1-9.
- Ortiz-Jiménez, X., Landero-Hernández, R., & Gonzáles-Ramírez, M. (2010). Terapia asistida por perros en el tratamiento del manejo de las emociones en adolescentes. *SUMMA psicológica*, *9*(2), 25-32.
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Ariza, J. P., Soto, H. O., & Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, *19*(Supl 3), 10-12.
- Perea-Mediavilla, M., López-Cepero, J., Tejada-Roldán, A., & Sarasola, J. (2014). Intervenciones asistidas por animales y calidad de vida: expectativas en estudiantes universitarios españoles. *Escritos de Psicología*, *7*(3), 10-18.
- Prieto-Padín, P. (2020). La actividad productiva de los animales. Su papel fundamental para el trabajo de algunas personas trabajadoras. *Lan harremanak: Revista de relaciones laborales*, (44), 379-416.
- Shoda, T., Stayton, L. E., & Martín, C. (2011). Friends with benefits: on the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*(6), 1239-1252.
- Stathi, A., Fox, K. R., & McKenna, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, *10*(1), 76-92. https://doi.org/10.1123/japa.10.1.76
- Tárraga-Mínguez, R., Lacruz-Pérez, I., Peiró-Estela, R., & Sanz-Cervera, P. (2021). Terapias y actividades asistidas con animales para niños con TEA: un estudio de revisión. *Universitas Psychologica*, *20*, 1-11.
- Valenzuela, P. L., Ortiz-Alonso, J., Bustamante-Ara, N., Vidán, M. T., Rodríguez-Romo, G., Mayordomo-Cava, J., ... & Lucia, A. (2020). Individual responsiveness to physical exercise intervention in acutely hospitalized older adults. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(3), 797. https://doi.org/10.3390/jcm9030797
- Vázquez-Morejón, R., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, *22*(2), 247-255.
- Vidal, R., Vidal, L., Ristol, F., Domènec, E., Segú, M., Vico, C., ... & Ramos-Quiroga, J. A. (2020). Terapia Asistida con Perros en niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal. *Psicosomàtica y Psiquiatría*, (13), 41-49. https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1306
- Zamarra, M.P. (2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. *Temas de hoy*, 143-149.

12.

EJERCICIO ACUÁTICO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON FIBROMIALGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

AQUATIC EXERCISE AND ACTIVE AGING FOR PEOPLE WITH FIBROMYALGIA: SYSTEMATIC REVIEW

LUISA GÁMEZ-CALVO
lgamezna@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

VÍCTOR HERNÁNDEZ-BELTRÁN
vhernandpw@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

VÍCTOR A. GONZÁLEZ-COTO
vgonzalevr@alumnos.unex.es Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

AGUSTÍN ACOSTA-GALLEGO
aacosta@uic.es Universidad Internacional de Cataluña, Barcelona, España.

JOSÉ M. GAMONALES
martingamonales@unex.es / josemartin.gamonales@ufv.es
Universidad de Extremadura, Cáceres, España. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

RESUMEN

La Fibromialgia es un síndrome que causa dolor músculo-esquelético crónico, difuso y benigno de forma desconocida. El tratamiento farmacológico es el más empleado en pacientes con fibromialgia. Por ello, un correcto tratamiento debe incluir la práctica de actividad física. Por tanto, el presente trabajo tiene por objetivo desarrollar una revisión sistemática, con la finalidad de conocer los beneficios extraídos de la práctica de ejercicio acuático en personas con fibromialgia. Para llevar a cabo la búsqueda de los documentos, se emplearon las siguientes palabras clave: "*Fibromyalgia*" y "*Aquatic exercise*". Los manuscritos fueron buscados en las siguientes bases de datos: *Web of Science* y *PubMed*. Con el objetivo de ajustar la búsqueda de documentos, se establecieron una serie de Criterios de inclusión: i) *Contar con un programa específico de ejercicio acuático pautado por profesionales para personas con fibromialgia*, ii) *Mencionar al menos alguno de los beneficios del ejercicio acuático*

en el tratamiento de la fibromialgia, iii) *Estar publicado en los últimos 10 años*, iv) *Ser estudios empíricos con metodología cuantitativa* y v) *Estar escrito en español, inglés o portugués*, siendo elegibles los manuscritos publicados hasta marzo de 2022. La revisión sistemática sobre ejercicio acuático para personas con fibromialgia se conformó de nueve manuscritos y muestran que entre sus beneficios destacan la disminución del nivel de estrés, la mejora en la sintomatología de depresión y ansiedad, la reducción de la fatiga, así como la disminución del dolor y de los problemas de insomnio. Los programas de ejercicio acuático son herramientas no farmacológicas que mejoraran la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Claves: actividad física, afección crónica, fatiga, calidad de vida.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome that causes chronic, diffuse, and benign musculoskeletal pain of unknown cause. Pharmacological treatment is the most common treatment in patients with fibromyalgia. However, a correct treatment should include physical activity. Therefore, the present study aims to develop a structured systematic review, to know the benefits of aquatic exercise practice in people with fibromyalgia. To carry out the search of the documents, the following keywords were used: "*Fibromyalgia*" and "*Aquatic exercise*". Manuscripts were searched in the following databases: *Web of Science* and *PubMed*. To adjust the search to the object of study, a series of inclusion and exclusion criteria were established: i) *Have a specific aquatic exercise program for people with fibromyalgia prescribed by professional*s, ii) *Mention at least some of the benefits of aquatic exercise in the treatment of fibromyalgia*, iii) *Be published in the last 10 years*, iv) *Be empirical studies with quantitative methodology* and v) *Be written in Spanish, English or Portuguese*. Obtaining a final number of nine valid documents published prior to March 2022. The results shows that some of the benefits of aquatic exercise programs are the reduction of the stress level, the improvement in depression and anxiety symptoms, the reduction of fatigue, as well as the reduction of pain and insomnia problems. Aquatic exercise programs are a non-pharmacological approach that may improve the quality of life of patients with fibromyalgia.

Key words: physical activity, chronic condition, fatigue, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (en adelante, FM) es una enfermedad de origen desconocido (Gómez-Argüelles, Maestú-Unturbe & Gómez-Aguilera, 2018; Wolfe et al., 1995), que provoca una disminución del umbral de dolor y

síntomas característicos como el sueño no reparador, fatiga general, rigidez y alteración del estado de ánimo (Wolfe et al., 1995; Wolfe, 1996). Además, causa dolor músculo-esquelético crónico, difuso y benigno (Barrenengoa-Cuadra et al., 2021; Wolfe et al., 1990). Estos síntomas provocan una disminución en la función física de los pacientes (Gowans, 2010; Jones, Rutledge, Jones, Matallana & Rooks, 2008; León-Llamas, Villafaina, Murillo-Garcia & Gusi, 2021), una disminución de la calidad de vida (Jansen, Linder, Ekholm & Ekholm, 2011), y una mayor prevalencia de enfermedades con sintomatología psicológica, tales como depresión, ansiedad o trastornos de la memoria (Bradley, 2009; Clauw, 2009; Smith, Harris & Clauw, 2011).

Por otro lado, afecta entre el 2-4% de la población mundial (Gómez-Argüelles et al., 2018; Neumann & Buskila, 2003; White & Harth, 2001), y de forma mayoritaria a mujeres de entre 20 y 55 años (Heidari, Afshari & Moosazadeh, 2017). También, la prevalencia de la FM en la población general es menor que las poblaciones con alguna enfermedad (Cabral, Miyamoto, Franco & Bosmans, 2021; Heidari et al., 2017). En España, la prevalencia es del 2,4%, siendo más frecuente en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%), y, siendo el intervalo de edad de mayor incidencia el situado entre los 40 y 49 años (Mas, Carmona, Valverde & Rivas 2008; Sauch-Valmaña, Miró-Catalina & Vidal-Alaball, 2022). Por tanto, la FM es una enfermedad de difícil diagnóstico que influye en el bienestar de las personas. Además, tiene gran repercusión en el envejecimiento como consecuencia de la pérdida sensorial y declive cognitivo (Cavazzana et al., 2018; Montoya et al., 2006).

De este modo, el envejecimiento es un proceso natural e inevitable (Berbes, Coronados, Semino & Andrade, 2018). El aumento de la población mayor de 60 años, junto al aumento de la esperanza de vida, está causando un aumento considerable de las personas longevas en los países en desarrollo (López-Gómez & Marín-Baena, 2016). Por consiguiente, está provocando un aumento de las enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento (McCarthy, Bigal, Katz, Derby & Lipton, 2009). Es decir, el proceso de envejecimiento conlleva cambios de forma gradual y continuo que se inician en la edad adulta temprana a nivel biológico, cognitivo y social (Cavazzana et al., 2018; Steves, Spector & Jackson, 2012), así como la pérdida de capacidades físicas como la fuerza y potencia muscular (Carville, Perry, Rutherfor, Smith & Newman, 2007; Montaya et al., 2006). Estos cambios, a menudo provocan una alteración de funciones físicas que interfieren en las habilidades funcionales de la vida diaria, y suelen ir acompañadas de una preocupación por el deterioro cognitivo producido (Mora et al., 2012), así como del estado de ánimo (Ayalas & Soto, 2017). Por tanto, puede influir a nivel psicológico produciendo

depresión y/o ansiedad en las personas con FM (Cavazzana et al., 2018; Montoya et al., 2006).

En la actualidad, el tratamiento de la FM está dirigido a la mejora de los síntomas y no a la cura de la enfermedad (Cabral et al., 2021), presentando un abordaje multidisciplinar, en el cual se diferencian principalmente dos tipos de tratamientos: los farmacológicos y los no farmacológicos (Davenport & Velázquez, 2012; Imamura, Cassius & Fregni, 2009). Respecto al tratamiento farmacológico, los medicamentos más utilizados en personas con FM son los antidepresivos, analgésicos o ansiolíticos por su capacidad para aliviar el dolor, mejorar el sueño y aportar un bienestar general (Cabral et al., 2021; Uçeyler et al., 2008). Por tanto, el tratamiento farmacológico es el más empleado para el tratamiento de la FM. Sin embargo, un correcto tratamiento debe incluir terapia no farmacológica como la práctica de actividad física (Braz, De Paula, Diniz & De Almeida, 2011; Busch, Barber, Overend, Peloso, & Schachter, 2007; León-Llamas et al., 2021; Staud, 2007). Siendo, el ejercicio aeróbico supervisado por profesionales de medicina y de la actividad física y el deporte beneficioso sobre las capacidades físicas y los síntomas de FM (Busch et al., 2007), y el enteramiento de fuerza (Cabral et al., 2021). Por tanto, la práctica de actividad física es beneficiosa para las personas con FM, destacando entre sus beneficios la disminución del nivel de estrés, reducción de la fatiga, la mejora en la sintomatología de depresión y ansiedad, así como, disminución del dolor y mejora de la calidad del sueño (Ambrose, Lyden & Clauw 2003; Ambrose & Golightly, 2015; Busch et al., 2007). También, provoca una mejora en su capacidad aeróbica, función física, y en la sensación subjetiva de bienestar general y autoeficacia (Bionde et al., 2017; Kurtze, 2004). Actualmente, el Ejercicio Acuático (en adelante, EA) ha tenido un gran auge entre la población que presenta FM (Raffaelli, Milanese, Lanza & Zamparo, 2016), como consecuencia de ser una actividad con bajo impacto. Además, la actividad física contribuye a reducir el coste-efectividad en las terapias para las personas con FB.

Además, las características del medio acuático facilitan la flotación del cuerpo, lo que permite liberar a las articulaciones de las cargas de trabajo que supone el soporte del peso del cuerpo, y mejora de la movilidad en los diferentes ejercicios (Gusi & Tomas-Carus 2008). Por ello, el EA supone un menor esfuerzo auto percibido que ejercicios de la misma intensidad realizados fuera del medio acuático (López, Martínez, Meza, Jiménez & Bertruy, 2017). Además, debido a la temperatura del agua (entre 28 y 32 ºC), permite reducir la sensación de dolor (Pérez-De la Cruz & Lambeck, 2014; Riquelme, Melipillán, Bacon, Niño-Méndez & Núñez-Espinosa, 2021), la tensión muscular y aumentar la relajación, facilitando la ejecución de los diferentes ejercicios

(Rodríguez & Iglesias, 2002), así como permite aumentar la autonomía y mejorar los momentos sensibles de las personas con FM. Por tanto, las ventajas del EA hacen que sea una opción para el tratamiento de la FM (Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2007; Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2008; McVeigh, McGaughey, Hall & Kane, 2008; Riquelme et al., 2021), siendo las características más comunes de un programa de terapia acuática la realización de trabajo aeróbico como base (Perraton, Machotka & Kumar, 2009; Munguía-Izquierdo & Legaz-Arrese, 2008; Raffaelli et al., 2016). Siendo, los momentos de calentamiento y durante los ejercicios de relajación los tiempos que aportan mayores beneficios a las personas con FM (Perraton et al., 2009). Es decir, el EA es uno de los tratamientos no farmacológicos más aplicados para el tratamiento de FM (Ambrose & Golightly, 2015; Riquelme et al., 2021). La realización de un programa de EA puede reducir el impacto negativo de la FM en la salud física y mental de los pacientes (Gusi & Tomas-Carus 2008; Tomas-Carus, Gusi, Leal, García, & Ortega-Alonso, 2007a; Tomas-Carus et al., 2007b). Además, la realización de ejercicio físico en un ambiente acuático cálido ha demostrado que produce una reducción de la sensación de dolor (Miranda et al., 2013), produciendo mayores beneficios que la realización de ejercicio físico no acuático (Ambrose & Golightly, 2015), y con mayores beneficios en el manejo del dolor (Miranda et al., 2013; Riquelme et al., 2021). De esta manera, el EA parece ser el componente más importante en los programas de intervención no farmacológicos para personas con FM como consecuencia de los beneficios que aporta (Tomas-Carus et al., 2007a). Sin embargo, se debe investigar en la rentabilidad de los programas de EA.

Por ello, las intervenciones a través de ejercicio físico acuático son un tipo de tratamiento no farmacológico para tener en cuenta en el tratamiento de pacientes con FM y para un adecuado envejecimiento activo. Por tanto, los objetivos del presente estudio fueron: i) realizar una revisión sistemática de la literatura que complete el estado del arte en torno a la investigación relacionada con el ejercicio físico acuático en pacientes con FM, y ii) conocer los principales beneficios de este tipo de intervenciones.

MÉTODO

Diseño

Este trabajo se encuentra dentro de los *Estudios Teóricos* de revisión (Montero & León, 2007). Para ello, se llevó a cabo una búsqueda, recopilación y selección de manuscritos científicos mediante un modelo de "*Acumulación de datos y selección de estudios*" (Ato, López & Benavente, 2013), con el objetivo de analizar los documentos publicados con relación al EA como tratamiento

suplementario en personas con FM, así como conocer los principales beneficios de realizar actividad física en un medio acuático.

Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda, recopilación y selección de manuscritos científicos, se emplearon las palabras clave: *"Fibromyalgia"* y *"Aquatic exercise",* que fueron introducidas en las bases de datos informatizadas: *Web of Science* (en adelante, *WOS*) y *PubMed*. El operador booleano empleado fue "*And"* con la finalidad de asociar dos términos relacionados con la temática objeto de estudio. Por tanto, la frase de búsqueda final fue: *"Fibromyalgia - and - Aquatic exercise".* Por último, se aplicaron los *Criterios de inclusión y exclusión* establecidos por los investigadores al inicio del estudio (Tabla 1), considerándose válidos para la revisión un total de 9 documentos relacionados con el EA para personas con FM. Además, la búsqueda de los manuscritos se llevó a cabo en el mes de marzo de 2022. Por consiguiente, únicamente se tuvieron en cuenta los estudios publicados hasta dicha fecha.

Criterios para la selección de los estudios

Los documentos científicos seleccionados para formar parte de la muestra cumplían los siguientes *Criterios de inclusión y de exclusión* (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios para la inclusión y exclusión de documentos relacionados con el EA para personas con FM.

Nº	*Criterios de inclusión*
1	Contar con un programa específico de EA pautado por profesionales para personas con FM.
2	Mencionar al menos alguno de los beneficios del EA en el tratamiento de la FM.
3	Estar publicado en los últimos 20 años.
4	Ser estudio empírico con metodología cuantitativa.
5	Estar escrito en español, inglés o portugués.
Nº	*Criterios de exclusión*
6	Mencionar solo la/s palabra/s clave/s introducida/s.
7	Hacer solo referencia al tratamiento de la FM en general.
8	Tener una calidad metodológica baja (inferior a 5) según la escala PEDro.

Fuente: Elaboración propia.

Codificación de las variables

Los manuscritos incluidos en esta revisión sistemática fueron clasificados según los siguientes criterios (Tabla 2):

- Variables generales: Título, Autor/es, Año y Resumen.

- Variables específicas de los manuscritos: Palabras clave, Base de datos, Accesibilidad al documento, Tipo de documento y Muestra.
- Variable relacionada con la calidad de los documentos: Calidad (Escala PEDro) (Maher, Sherrington, Herbert, Moseley & Elkins, 2003).

Tabla 2. Características de las variables del estudio relacionado con el EA para personas con FM.

Variables	***Acrónimo***	***Descripción***
Variables generales	Título	Título original del documento seleccionado.
	Autor/es	Nombre científico del autor/es.
	Año	Año oficial de la publicación del manuscrito seleccionado.
	Resumen	Breve escrito que incluya las ideas principales y el objetivo del documento seleccionado.
Variables específicas de los manuscritos	Palabras clave	Palabras clave originales del manuscrito seleccionado.
	Base de datos	Plataforma de datos en la que se localiza el documento seleccionado.
	Accesibilidad al documento	Disponibilidad a texto completo (Sí/No).
	Tipo de documento	Clasificación de los manuscritos en función del Tipo de documento establecido por Gamonales, Muñoz-Jiménez, León & Ibáñez (2018): *Tesis doctoral, Libro, Capítulo de libro, Proyecto académico, Publicación en Congreso, Artículo de Revista* y *Documento de patente.*
	Muestra	Conjunto de sujetos o documentos empleados como muestra en los manuscritos seleccionados.
Variable relacionada con la calidad de los documentos	Calidad	Puntuación de calidad de cada documento seleccionado según la escala PEDro.

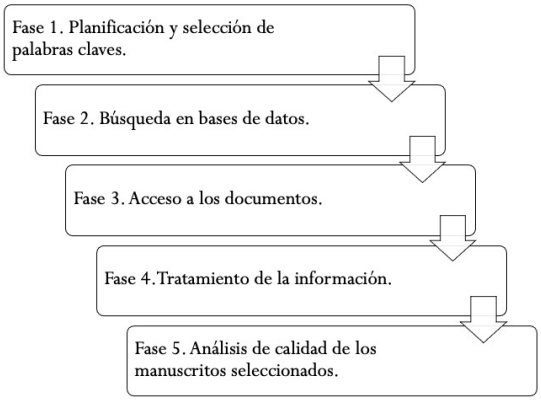
Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento de registro para los estudios

El procedimiento empleado para la búsqueda, registro y análisis de manuscritos relacionados con el EA para personas con FM es similar a los existentes en la literatura científica (Gámez-Calvo, Gamonales, Hernández-Beltrán & Muñoz-Jiménez, 2022; Gamonales et al., 2018; Gamonales et al., 2021; Hernández-Beltrán, Gámez-Calvo, Rojo-Ramos & Gamonales, 2021). Además, es fundamental utilizar proceso de revisión sencillo, intuitivo y fácil de usar con la finalidad de captar el mayor número de documentos relacionados

con el objeto de estudio. En la Figura 1, se muestra el proceso de búsqueda empleado en este trabajo.

Figura 1. Fases del proceso de búsqueda de documentos relacionado con el EA para personas con FM.



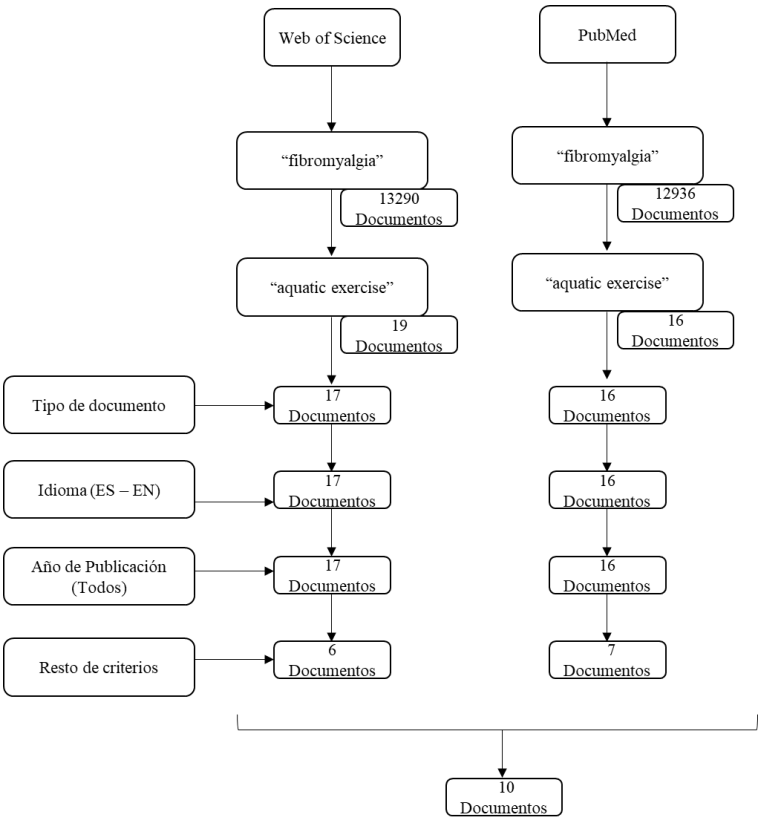
Fuente: Elaboración propia.

- *Fase 1. Planificación y selección de las palabras clave.* La identificación de las *Palabras clave* es una de las fases más importantes para tener en cuenta en una revisión sistemática de la literatura puesto que una correcta o mala selección determinará tener una óptima selección de manuscritos. Por tanto, para la selección de los términos clave se han tenido en cuenta los objetivos propuestos. Por ello, se seleccionaron los siguientes términos en lengua inglesa para aumentar los resultados: "*Fibromyalgia*" y "*Aquatic exercise*", pues, es el inglés el idioma en el cual se encuentran escritas la mayoría de las investigaciones.
- *Fase 2. Búsqueda en bases de datos*. Se realizó la búsqueda bibliográfica en las *Bases de datos* informatizadas *WOS* y *PubMed*. Para ello, se empleó el procedimiento booleano de búsqueda (*And*), con el propósito de encontrar la mayor cantidad posible de documentos relacionados. La estructura de búsqueda de manuscritos en las distintas plataformas de datos se muestra en la Figura 2. Además, se observa como a medida que se iban introduciendo los términos en la búsqueda, los resultados disminuían considerablemente. Posteriormente, se aplicaron los *Criterios de inclusión y exclusión de documentos* (Tabla 1).
- *Fase 3. Acceso a documentos*. Para poder realizar la consulta de todos trabajos originales a texto completo, se empleó el portal web de la biblioteca electrónica de la *Universidad de Extremadura*. Además, se

emplearon distintas plataformas y buscadores web de contacto con los autores, como *ResearchGate* (Gámez-Calvo et al., 2022; Gamonales et al., 2021; Hernández-Beltrán et al., 2021).

- *Fase 4. Tratamiento de la información*. Cada uno de los documentos identificados y seleccionados para la realización de la revisión sistemática fue clasificado en función de las diferentes variables (Tabla 2) propuestas para el estudio de EA para personas con FM. Para ello, se utilizó una hoja *Excel*, facilitando de esta forma la organización de la información, así como su posterior análisis estadístico (Gamonales et al., 2018).

Figura 2. Estructura de búsqueda de documentos relacionados con el EA para personas con FM.



Fuente: Elaboración propia.

- *Fase 5. Análisis de la calidad de los manuscritos seleccionados*. La calidad metodológica de los documentos científicos comprendidos en esta

revisión sistemática fue analizada mediante la *Escala PEDro*, que permite valorar la calidad y validez interna (Maher et al., 2003). Cada uno de los manuscritos seleccionados, fue clasificado como (A) *Excelente calidad metodológica*, con puntuación 9-10, (B) *Buena calidad metodológica*, con puntuación 6-8, (C) *Calidad metodológica justa*, con puntuación 4-5, y, (D) *Pobre calidad metodológica*, con puntuación <4. En la escala PEDro, la máxima puntuación es 10 puesto que el primer ítem valora la calidad metodológica externa (Maher et al., 2003).

RESULTADOS

En la Tabla 3, se muestran las *Variables generales* y *Variables específicas* de los trabajos seleccionados, así como la puntuación obtenida mediante la *escala de evaluación PEDro* para conocer la calidad metodológica.

Tabla 3. Variables generales y específicas de los documentos seleccionados relacionados con el EA para personas con FM.

Id	*Título*	*Autor/es*	*A*	*Resumen*	*Palabras Clave*	*BD*	*AcD*	*TD*	*Muestra*	*PEDro*
1	Aquatic exercise and Far Infrared (FIR) modulates pain and blood cytokines in fibromyalgia patients: A double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study	Salm et al.	2019	Este trabajo analiza los efectos de la asociación de ejercicio aeróbico acuático con aplicación de infrarrojos en comparación con el ejercicio físico sin aplicación de infrarrojos, sobre marcadores bioquímicos dedolo e inflamación, así como umbrales de dolor y calidad de vida en pacientes con FM.	Pain; fibromyalgia; aquatic exercise; far infrared; cytokines	WOS/PubMed	Sí	AR	28 mujeres con FM de entre 30 y 69 años.	7/10
2	Land- and pool-based intervention in female fibromyalgia patients: A randomized-controlled trial	Acosta-Gallego, Ruiz-Montero & Castillo-Rodríguez	2018	Este estudio evalúa el efecto de un programa de intervención físico-rehabilitadora estandarizada (IFRE), en piscina y en seco, aplicado a mujeres con FM con síntomas leves a moderados durante 20 semanas.	Female; fibromyalgia; pain; physical activity; interventional; program	WOS/PubMed	Sí	AR	76 mujeres con FM de entre 48.2±6.8 años. 36 en el grupo de ejercicio en seco y 37 en el grupo de piscina.	8/10
3	Análisis de un programa de Intervención Físico Rehabilitadora Estandarizada (IFRE) en medio acuático en mujeres con fibromialgia	Acosta-Gallego, Castillo-Rodríguez & Chinchilla-Minguet	2016	Este trabajo analiza un programa de Intervención Físico Rehabilitadora Estandarizada (IFRE) realizada en medio acuático para mujeres con FM, con el objetivo de paliar la sensación de dolor.	Fibromyalgia; treatment; physical activity; preventive health	WOS	Sí	AR	37 mujeres españolas de entre 30 y 59 años con FM	7/10

Id	*Título*	*Autor/es*	*A*	*Resumen*	*Palabras Clave*	*BD*	*AcD*	*TD*	*Muestra*	*PEDro*
4	An exploratory study of the effect of regular aquatic exercise on the function of neutrophils from women with fibromyalgia: Role of IL-8 and noradrenaline	Bote, García, Hinchado & Ortega	2013	Este estudio evalúa, el efecto de un programa de ejercicios acuáticos sobre la función de los neutrófilos (proceso fagocítico), y sobre IL-8 y NA como potenciales mediadores inflamatorios y de estrés, respectivamente, en pacientes con FM.	Physical activity; chemotaxis; phagocytosis; fungicidal activity; noradrenaline; IL-8; inflammation; stress; fibromyalgia; women	WOS/PubMed	Sí	AR	10 mujeres con FM de entre 53 ± 2 años.	6/10
5	Aquatic exercise improves the monocyte pro- and anti-inflammatory cytokine production balance in fibromyalgia patients	Ortega, Bote, Giraldo & García	2012	Este trabajo analiza cómo afecta un programa de ejercicio físico acuático en pacientes con FM como una intervención antiinflamatoria. Buscan probar la hipótesis de que una respuesta inflamatoria desregulada mediada por los monocitos pude contribuir a los trastornos inflamatorios de la FM.	Fibromyalgia; aquatic exercise; anti-inflammatory intervention.	WOS/PubMed	Sí	AR	9 mujeres con FM de entre 28 y 55 años. Grupo control de mujeres sin FM.	6/10
6	Cost-utility of an 8-month aquatic training for women with fibromyalgia: a randomized controlled trial	Gusi & Tomas-Carus	2008	Este estudio evalúa el coste-utilidad de implementar un programa de EA para mujeres con fibromialgia. Para ello tiene en cuenta los costes de tratamiento para el sistema salud y para la sociedad	Cost-utility; fibromyalgia; aquatic training; randomized controlled trial	PubMed	Sí	AR	33 mujeres con FM 17 en el grupo experimental y 16 en el grupo control.	7/10
7	Effectiveness of aquatic therapy in the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled open study	Evcik, Yigit, Pusak & Kavuncu.	2008	Este trabajo analiza la eficacia de ejercicio físico acuático en pacientes con FM. El grupo experimental realiza EA y el grupo control ejercicio general en casa. Analiza el dolor, la capacidad funcional y la probabilidad de tener depresión.	Aquatic therapy; fibromyalgia; home exercise	PubMed	Sí	AR	63 mujeres con FM de ± 43.4 años.	8/10

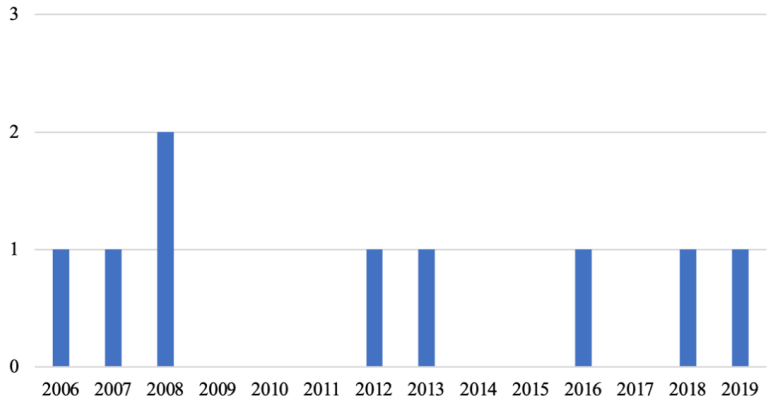
Id	*Título*	*Autor/es*	*A*	*Resumen*	*Palabras Clave*	*BD*	*AcD*	*TD*	*Muestra*	*PEDro*
8	Aquatic training and detraining on fitness and quality of life in fibromyalgia	Tomas-Carus, Häkkinen, Gusi, Leal, Häkkinen & Ortega-Alonso	2007	Este estudio indaga sobre los efectos de un programa de ejercicio físico acuático de 12 semanas de duración y su consecuente posterior desentrenamiento en las variables de salud relacionada con calidad de vida y aptitud física en mujeres con fibromialgia.	Exercise; pool; health; pain; balance; women.	PubMed	Sí	AR	35 mujeres con FM de edad comprendida entre 35 y 73 años.	8/10
9	A randomized controlled trial of deep water running: clinical effectiveness of aquatic exercise to treat fibromyalgia.	Assis et al.	2006	Este trabajo analiza la efectividad clínica de un programa de ejercicio aeróbico en agua con un programa de caminata en mujeres con FM.	Fibromyalgia; treatment; hydrotherapy; physical fitness; aerobic exercise; randomized clinical trial.	WOS	Sí	AR	60 mujeres sedentarias con FM de entre 18 a 60 años.	8/10

Id: Ítem del documento; A: Año de publicación; BD: Base de Datos; AcD: Accesibilidad al manuscrito; TD: Tipo de Documento; PEDro: Calidad según la escala PEDro; AR: Artículo de Revista; FM: Fibromialgia.

***F**uente: Elaboración propia.*

En la Figura 3, se muestra el análisis descriptivo relacionado con el *Año de publicación* de los documentos seleccionados. Siendo, el año 2008, el que presenta el mayor número (*n*=2) de manuscritos publicados. Además, es el único año en el que se ha publicado más de un *Artículo de revista*.

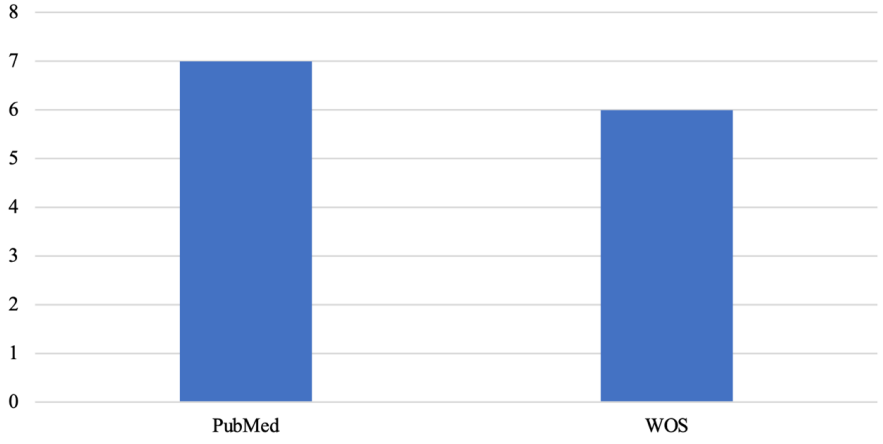
Figura 3. Número de documentos seleccionados en función del Año de publicación.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la búsqueda en las distintas *Bases de datos* (Figura 4), en la plataforma *PubMed* fue donde se encontró un mayor número de *Artículos de revista* (*n*=7). Por tanto, es un dato anecdótico puesto que normalmente los documentos de otras temáticas se encuentran principalmente en la plataforma *WOS*.

Figura 4. Número de documentos seleccionados en función de la Base de datos.



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue analizar la literatura científica relacionada con el EA en el tratamiento de pacientes con FM y envejecimiento activo mediante una revisión sistemática. Para ello, fue necesario seguir procedimiento de búsqueda de documentos existentes en la literatura científica (Gámez-Calvo et al., 2022; Gamonales et al., 2018; Gamonales et al., 2021; Hernández-Beltrán et al., 2021). Por ello, es fundamental utilizar procesos sencillos, intuitivos y fáciles de usar. Además, en esta revisión sistemática se han incluido 9 manuscritos que cumplen con los *Criterios de inclusión y exclusión* propuestos por los investigadores, así como están publicados entre los años 2006 y 2019. Por tanto, se trata de un tema de interés científico de actualidad. Al tratarse de documentos recientes permiten conocer el estado actual de los programas de EA para personas con FM. También, los *Artículos de revista* incluidos en la revisión sistemática han sido analizados de forma exhaustiva con la finalidad de conocer las intervenciones actuales de EA para personas con FM. No obstante, se recomienda aumentar las investigaciones, y evaluar la mejoría de los pacientes, puesto que las terapias de EA tienen beneficios para las personas con FM (Salm et al., 2019).

Teniendo en cuenta las *Variables generales* y *Variables específicas de los documentos*, las *Palabras claves* más utilizadas son "*Fibromyalgia*" y "*Aquatic exercise*", lo que permite conocer cuáles son los principales intereses sobre la temática de estudio. En cuanto a la *Base de datos*, el mayor número de *Artículos de revista* incluidos es *PubMed* (*n*=7), y después, la plataforma de datos *WOS* (*n*=6). Todas las investigaciones incluidas en esta revisión sistemática son *Estudios Empíricos con Metodología Cuantitativa*. En la literatura científica, no existen estudios que corroboren los resultados obtenidos. Sin embargo, en la elaboración de un trabajo científico de investigación, un aspecto importante es la búsqueda de información adecuada (Rodríguez-Fleitas, Báez-Pérez, Fernández-Morín & García-Suárez, 2016; Codina, 2018). Por ello, es imprescindible tener conocimientos de las bases de datos a emplear para poder obtener información científica fiable, relacionada con el tema de investigación a desarrollar (Espinoza-Freire, 2020). Por consiguiente, se recomienda utilizar procedimiento de búsqueda existentes en la literatura científica con la finalidad de evitar errores.

En cuanto a la *Calidad de los documentos seleccionados*, los manuscritos muestran *Buena calidad metodológica* (puntuación 6-8 sobre 10), siendo adecuado que los *Artículos de revista* analizados sean óptimos y cuenten con suficiente evidencia científica. Además, resulta relevante que la totalidad de la

muestra de los documentos seleccionados están compuesta por mujeres de mediana edad con FM. Por ello, sería recomendable y necesario incluir muestra masculina en este tipo de estudios, puesto que la incidencia de FM ha ido en aumento en el género masculino, encontrando cada vez un número mayor de pacientes diagnosticados (Hernández-Forero, Tautiva & Galindo, 2014). El número de sujetos de la *Muestra* es variable en los estudios analizados, siendo el *Artículo de revista* de Ortega et al., (2012), el que cuenta con una menor muestra (*n*=9 mujeres con FM), y el trabajo de Acosta-Gallego et al., (2018), el que cuenta con un mayor número de sujetos analizados (*n*=76 mujeres con FM). Por tanto, se recomienda para futuros trabajos aumentar el número de participantes con FM, puesto que la muestra es un aspecto fundamental en los estudios cuantitativos y ayudan a determinar las hipótesis establecidas por los investigadores. Por otro lado, los manuscritos seleccionados muestran los principales beneficios de las terapias de EA para personas con FM como disminuye el nivel de estrés (Acosta-Gallego et al., 2018; Bote et al., 2013), la reducción de la fatiga y la mejora en la sintomatología de depresión y ansiedad, así como, una disminución del dolor (Acosta-Gallego et al., 2016; Evcik et al., 2008) y de los problemas de insomnio.

Los programas de ejercicios físicos realizados en los *Artículos de revista* seleccionados han sido planificados e implementados por profesionales. Siendo, las actividades más propuestas para las personas con FM, los ejercicios de fuerza, estiramientos y trabajo aeróbico. Además, entre los programas llevados a cabo en los diferentes documentos hay una gran variedad de ejercicios y métodos. No obstante, todos ellos coinciden en que el EA es beneficioso para el tratamiento de la FM y la disminución de la sensación de dolor (Acosta-Gallego et al., 2018; Salm et al., 2019). Por otro lado, las intervenciones estuvieron compuestas por 2 sesiones semanales de entre 40 y 60 minutos de duración durante al menos 8 semanas, siendo el programa de mayor duración el realizado por Ortega et al., (2012), con 32 semanas de duración. Los ejercicios propuestos en cada uno de los programas comprenden ejercicio aeróbico de intensidad media, ejercicios de fuerza de los principales grupos musculares, y ejercicios de estiramientos y movilidad articular, entre los que se incluye el Pilates o Tai Chi acuático (Pérez-De la Cruz & Lambeck, 2014). Por tanto, se recomienda realizar investigaciones con diferentes programas de actividad física con la finalidad de determinar cuáles son más eficacias para las personas con FM, así como analizar los momentos de las sesiones. Pues, existen estudios que determinan que los momentos de calentamiento y ejercicios de relajación son los tiempos que aportan mayores beneficios a las personas con FM (Perraton et al., 2009). Por último, los *Artículo*

de revista analizados concluyen que el EA es una herramienta efectiva en la reducción del dolor a corto plazo. Además, el EA combinado con otro tipo de terapias es más efectivo a medio y largo plazo en la reducción del dolor. Por otro lado, se recomienda la inclusión de sujetos masculinos en las diferentes investigaciones para conocer la respuesta fisiológica de estos programas en hombres.

CONCLUSIONES

Los documentos relacionados con EA como tratamiento no farmacológico para las personas con FM son escasos. Además, el EA es una alternativa eficaz y complementaria a la terapia convencional puesto que aportan beneficios a los usuarios con FM como disminución del nivel de estrés, reducción de la fatiga y/o mejora de la sintomatología de depresión y ansiedad, entre otros.

Los programas de EA utilizan el agua y sus características como medio para el logro de sus objetivos. Las características del medio acuático permiten liberar a las articulaciones de las cargas de trabajo que supone el soporte del peso y el trabajo provocado por los ejercicios a realizar. Además, la temperatura templada permite reducir la sensación de dolor, la tensión muscular y aumentar la relación.

Por último, el presente estudio presenta limitaciones como son la escasa literatura científica existente en relación con el EA para personas con FM. Por ello, es necesario seguir ampliando las investigaciones en la temática, y sería recomendable: i) diseñar y validar una herramienta para conocer los estilos y calidad de vida o satisfacción de los programas de EA para las personas con FM, ii) realizar estudios con sujetos masculinos, y iii) analizar la carga interna y externa de las personas con FM durante los programas de EA.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Gallego A., Castillo-Rodríguez A. & Chinchilla-Minguet J. L. (2016). Análisis de un Programa de Intervención Físico-rehabilitadora Estandarizada (Ifre) en Medio Acuático en Mujeres con Fibromialgia. *Archivos de Medicina, 12*(1), 1-9. https://doi.org/10.3823/1285
- Acosta-Gallego, A., Ruiz-Montero, P. J., & Castillo-Rodríguez, A. (2018). Land- and pool-based intervention in female fibromyalgia patients: A randomized-controlled trial. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *64*(4), 337–343. https://doi.org/10.5606/tftrd.2018.2314

- Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, *29*(1), 120–130. https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022
- Ambrose, K., Lyden, A. K., & Clauw, D. J. (2003). Applying exercise to the management of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Report*, *7*(5), 348-354. https://doi.org/10.1007/s11916-003-0033-1
- Assis, M. R., Silva, L. E., Alves, A. M., Pessanha, A. P., Valim, V., Feldman, D., Neto, T. L., & Natour, J. (2006). A randomized controlled trial of deep water running:clinical effectiveness of aquatic exercise to treat fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, *55*(1), 57–65. https://doi.org/10.1002/art.21693
- Ato, M., López-García, J.J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Annals of Psychology*, *29*(3), 1038-1059. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511
- Ayalas-Rojas, R., & Soto-Añari, M. (2017). Indicadores de envejecimiento patológico y lugar de residencia en adultos mayores. *Revista de Psicología, 7*(2),13-24.
- Barrenengoa-Cuadra, M. J., Angón-Puras, L. Á., Moscosio-Cuevas, J. I., González-Lama, J., Fernández-Luco, M., & Gracia-Ballarín, R. (2021). Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria. *Atención Primaria*, *53*(1), 19-26. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.007
- Berbes, L., Coronados, Y., Semino, L., & Andrade, J. A. (2018). Desafíos sociales del envejecimiento de la población. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, *10*(2), 1-3.
- Bionde, J., Busch, A., Schachter, C.L., Overend, T.J., Kim, S. Góes, S., Boden, C., & Foulds, H. (2017). Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, CD012700. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012700
- Bote, M. E., García, J. J., Hinchado, M. D., & Ortega, E. (2014). An exploratory study of the effect of regular aquatic exercise on the function of neutrophils from women with fibromyalgia: role of IL-8 and noradrenaline. *Brain, behavior, and immunity*, *39*, 107–112. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.009
- Bradley, L.A. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *American Journal of Medicine, 122*(12 Suppl), S22-S30. https://doi.org/ 10.1016/j.amjmed.2009.09.008
- Braz Ade, S., Dde Paula, A.P., Diniz, Mde FM., & Dde Almeida, R.N. (2011). Non-pharmacological therapy and complementary and alternative medicine in fibromyalgia. *Revista Brasileña de Reumatología*, *51*(3), 269-282.
- Busch, A.J., Barber, K.A., Overend, T.J., Peloso, P.M., & Schachter, C.L. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Review,* (4), https://doi.org/10.1002/14651858.CD003786
- Cabral, C. M., Miyamoto, G. C., Franco, K. F., & Bosmans, J. E. (2021). Economic evaluations of educational, physical, and psychological treatments for fibromyalgia: A systematic review with meta-analysis. *Pain*, *162*(9), 2331-2345. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002233

- Carville, S. F., Perry, M. C., Rutherford, O. M., Smith, I. C., & Newham, D. J. (2007). Steadiness of quadriceps contractions in young and older adults with and without a history of falling. *European Journal of Applied Physiology*, *100*, (5), 527-533. https://doi.org/10.1007/s00421-006-0245-2
- Cavazzana, A., Röhrborn, A., Garthus-Niegel, S., Larsson, M., Hummel, T., & Croy, I. (2018). Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLOS ONE*, *13*(8), e0202969. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202969
- Clauw, D.J. (2009). Fibromyalgia: an overview. *American Journal of Medicine*, *122* (12 Suppl), S3-S13.https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.09.006
- Codina, L. (2018). Sistemas de búsqueda y obtención de información: componentes y evolución. *Anuario ThinkEPI*, *12*, 77-82.
- Davenport, D., & Velázquez, C.R. (2012). New directions in fibromyalgia. *Missouri Medicine*, *109*(1),49-52.
- Espinoza-Freire, E. E. (2020). La búsqueda de información científica en las bases de datos académicas. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, *3*(1), 31-35.
- Evcik, D., Yigit, I., Pusak, H., & Kavuncu, V. (2008). Effectiveness of aquatic therapy in the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled open study. *Rheumatology Iinternational*, *28*(9), 885–890. https://doi.org/10.1007/s00296-008-0538-3
- Gámez-Calvo, L., Gamonales, J.M., Hernández-Beltrán, V., & Muñoz-Jiménez, J. (2022). Beneficios de la hipoterapia para personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en edad escolar. Revisión sistemática exploratoria. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (43), 88–97. https://doi.org/10.47197/retos.v43i0.88655
- Gamonales, J.M., Durán-Vaca, M., Gámez-Calvo, L., Hernández-Beltrán, V., Muñoz-Jiménez, J., & León, K. (2021). Fútbol para personas con amputaciones: revisión sistemática exploratoria. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, (42), 145-153.https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.86380
- Gamonales, J.M., Muñoz-Jiménez, J., León, K., & Ibáñez, S.J. (2018). 5-a-side football for individuals with visual impairments: A review of the literature. *European Journal of Adapted Physical Activity*, *11*(1), 1-19. https://doi.org/10.5507/euj.2018.004
- Gómez-Argüelles, J.M., Maestú-Unturbe, C., & Gómez-Aguilera, E.J. (2018). Neuroimagen en fibromialgia. *Revista de Neurología*, *67*(10), 394-402.
- Gowans, S.E. (2010). Fibromyalgia: Increased regular physical activity as "exercise" in fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology, 6*(9), 499-500. https://doi.org/10.1038/nrrheum.2010.135
- Gusi, N., & Tomas-Carus, P. (2008). Cost-utility of an 8-month aquatic training for women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis research & therapy*, *10*(1), R24. https://doi.org/10.1186/ar2377

- Heidari, F., Afshari, M., & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International*, *37*(9), 1527–15393. https://doi.org/10.1007/s00296-017-3725-2
- Hernández-Forero, M., Tautiva, H., & Galindo, L. (2014). Subdiagnóstico de la fibromialgia en hombres: revisión de la literatura y reporte de un caso. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, *24*(2), 158-166. https://doi.org/10.28957/rcmfr.v24n2a9
- Hernández-Beltrán, V., Gámez-Calvo, L., Rojo-Ramos, J., & Gamonales, J.M. (2021). La Joëlette como herramienta de inclusión. Revisión de la literatura. *E-Motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, *16*, 47–68. http://dx.doi.org/10.33776/rev.%20e-motion.v0i16.5127
- Imamura, M., Cassius, D.A., & Fregni, F.. (2009). Fibromyalgia: From treatment t o rehabilitation. *European Journal of Pain*, *3*(2), 117-122.
- Jansen, G.B, Linder, J, Ekholm, K.S & Ekholm, J. (2011). Differences in symptoms, functioning, and quality of life between women on long-term sick-leave with musculoskeletal pain with and without concomitant depression. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *4*, 281-292. https://doi.org/10.2147/JMDH.S21827
- Jones J., Rutledge D.N., Jones K.D., Matallana L., & Rooks D.S. (2008). Selfassessed physical function levels of women with fibromyalgia: a national survey. *Womens Health Issues 18*, 406-412. https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.04.005
- Kurtze, N. (2004). Fibromyalgia effect of exercise. (2004) *Journal of the Norwegian Medical Association*, *124*(19), 2475-2478.
- León-Llamas, J.L., Villafaina, S., Murillo-Garcia, A., & Gusi, N. (2021). Impact of Fibromyalgia in the Hippocampal Subfields Volumes of Women-An MRI Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*, 1549. https://doi.org/10.3390/ ijerph18041549
- López-Gómez, M.P., & Marín-Baena, R.A. (2016). Revisión teórica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España 2009-2013. *Revista Científica General José María Córdova*, *14*, (17), 155-202.
- López, J. A., Martínez, P. Y., Meza, E. I., Jiménez, J. M., Bertruy, O. G. & Dantas E. H. (2017). Hydrogymnastics training program on physical fitness in elderly women. *Revista Internacional de Medicina en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, *17*(66), 283- 298. https://doi.org/10.15366/rimcafd2017.66.005
- Maher, C., Sherrington, C., Herbert, R., Moseley, A., & Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy*, *83*(8), 713-721.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., & Ribas B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology, 26*, (4), 519-526.

- McCarthy, L.H., Bigal, M.E., Katz, M., Derby, C., & Lipton, R.B. (2009). Chronic pain and obesity in elderly people: results from the Einstein aging study. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(1), 115-119. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02089.x
- McVeigh, J.G., McGaughey, H., Hall, M., & Kane, P. (2008). The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Rheumatology International*, *29*(2), 119-130.
- Miranda, J. P., Quezada, P., Caballero, P., Jiménez, L., Morales, A., Bilbeny, N., & Vega, J. C. (2013). Revisión sistemática: epidemiología de dolor crónico no oncológico en Chile. *Revista el Dolor*, *59*, 10–7.
- Montero, I., & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(3), 847–862.
- Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Rodríguez-Cotes, A., Izquierdo, R., Truyols, M., & Collado, D. (2006). Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, *54*(6), 19952003. https://doi.org/10.1002/art.21910
- Mora, G.S., García, R., Perea M., Ladera V., Unzueta J., Patino M., & Rodríguez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista Neurológica*, *54,* 303-310. https://doi.org/10.33588/rn.5405.2011538
- Munguia-Izquierdo, D., & Legaz-Arrese, A. (2007). Exercise in warm water decreases pain and improves cognitive function in middle-aged women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology, 25*, 823-830.
- Munguía-Izquierdo, D., & Legaz-Arrese, A. (2008). Assessment of the effects of aquatic therapy on global symptomatology in patients with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *89*(12), 2250–2257. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.03.026
- Neumann, L., & Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports, 7*(5), 362-368. https://doi.org/10.1007/s11916-003-0035-z
- Ortega, E., Bote, M. E., Giraldo, E., & García, J. J. (2012). Aquatic exercise improves the monocyte pro- and anti-inflammatory cytokine production balance in fibromyalgia patients. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *22*(1), 104–112. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01132.x
- Pérez-De la Cruz, S., & Lambeck, J. (2014). Efectos de un programa de Ai Chi acuático en pacientes con fibromialgia. Estudio piloto*. Revista de Neurología*, *60*(2), 59-65.
- Perraton, L., Machotka, Z., & Kumar, S. (2009). Components of effective randomized controlled trials of hydrotherapy programs for fibromyalgia syndrome: A systematic review. *Journal of Pain Research*, *2,* 165-173. https://doi.org/10.2147/jpr.s8052
- Raffaelli, C., Milanese, C., Lanza, M., & Zamparo, P. (2016). Water- based training enhances both physical capacities and body composition in healthy young adult women. *Sport Science Health*, *12*(2), 195- 207.
- Riquelme, M.M., Melipillán, C.A., Bacon, A.A., Niño-Méndez, O.A., & Núñez-Espinosa, C.A. (2021). Efectos del ejercicio aeróbico en agua sobre el dolor percibido y la

variabilidad cardiaca en mujeres con fibromialgia. *Archivos de medicina del deporte*, *38*(1), 8-14.

- Rodríguez-Fleitas, I.Y., Báez-Pérez, E., Fernández-Morín, J., & García-Suárez, L. (2016). Necesidades de aprendizaje de residentes para búsqueda y referenciación bibliográfica del trabajo de terminación de la especialidad. *Revista Médica Electrónica*, *38*(2), 132-144.
- Rodríguez, G., & Iglesias, R. (2002). Bases físicas de la hidroterapia. *Fisioterapia*, *24*(2), 14-21.
- Salm, D.C., Belmonte, L., Emer, A.A., Leonel, L., de Brito, R.N., da Rocha, C.C., Martins, T.C., Dos Reis, D.C., Moro, A., Mazzardo-Martins, L., Kviecinski, M.R., Bobinski, F., Salgado, A., Cidral-Filho, F.J., & Martins, D.F. (2019). Aquatic exercise and Far Infrared (FIR) modulates pain and blood cytokines in fibromyalgia patients: A double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study. *Journal of neuroimmunology*, *337*, 577077. https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2019.577077
- Sauch-Valmaña, G., Miró-Catalina, Q., & Vidal-Alaball, J. (2022). Prevalence and Incidence of Patients with Fibromyalgia in Catalonia Between 2010 and 2017: A Descriptive Observational Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, *13*. https://doi.org/10.1177/21501319221094169.
- Smith H.S., Harris R., & Clauw D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician Journal, 14*, E217-E245.
- Staud, R. (2007). Treatment of fibromyalgia and its symptoms. Expert Opinion on Pharmacotherapy, *8*(11), 1629-1642. https://doi.org/10.1517/14656566.8.11.1629
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. (2012). Ageing, genes, environment, and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, *41*(5), 581-586. http:// dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097
- Tomas-Carus, P., Gusi, N., Leal, A., García, Y., & Ortega-Alonso, A. (2007). El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Reumatología Clínica, 3*(1), 33-37.
- Tomas-Carus, P., Häkkinen, A., Gusi, N., Leal, A., Häkkinen, K., & Ortega-Alonso, A. (2007). Aquatic training and detraining on fitness and quality of life in fibromyalgia. *Medicine and science in sports and exercise*, *39*(7), 1044–1050. https://doi.org/10.1249/01.mss.0b0138059aec4
- Uçeyler, N., Häuser, W., & Sommer, C. (2008). A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*, *59*(9), 1279-98. https://doi.org/10.1002/art.24000
- White, K.P., & Harth, M. (2001). Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, *5*(4), 320-329. https://doi.org/10.1007/s11916-001-0021-2
- Wolfe, F. (1996) The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. *Journal of Rheumatology, 23*(3), 534-539.

- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, 38, 19-28. https://doi.org/10.1002/art.1780380104
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., ... Sheon, R. P. (1990) The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis & Rheumatology. 33*(2), 160-172. https://doi.org/10.1002/art.1780330203

13.

"QUIEN CANTA SUS MALES ESPANTA". BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD MUSICAL EN NUESTRO ATARDECER VITAL

"WE FEEL GOOD WHEN ARE SINGING". BENEFITS OF MUSIC IN OUR "VITAL SUNSET"

JOSÉ CARLOS BELMONTE TRUJILLO
PILAR BARRIOS MANZANO
belmonte63@gmail.com Universidad de Extremadura. Cáceres. España

RESUMEN

Cada vez resulta más claro que la actividad musical es muy beneficiosa para nuestra salud, física y mental. Los griegos también lo sabían y así lo aplicaron en la construcción de su teoría musical

Hay una gran profusión de estudios e investigaciones al respecto que arrojan unos resultados muy interesantes y tremendamente esclarecedores sobre los beneficios de la actividad musical sobre todas nuestras facetas como personas (física, psicológica, social...). Concretamente, me referiré a un fenómeno que se viene produciendo en España desde hace unos años y, en lo que concierne al último caso, también en el resto de Europa:

1) Con relación a las tunas (grupo de estudiantes, sobre todo universitarios, que se reunen para hacer música, ataviados con unos ropajes específicos), la creación de numerosas agrupaciones detunos de más de 40 años (de ahí su denominación, "cuarentunas"), llegando hasta más allá de los 60.

2) Una agrupación de las que las tunas resultan una variante (en mi opinión), y que llevaba en decadencia desde hacía años, está experimentando un tremendo auge en círculos como "hogares de pensionistas" y residencias: las rondallas.

3) Finalmente, una agrupación existente en toda Europa y que lleva teniendo mucha aceptación por parte de sus componentes más veteranos, formando parte de la ya existentes o a creando nuevas: las corales.

Ejemplos varios, junto a resultados obtenidos en estudios realizados en residencias de ancianos, serán los argumentos aportados,, mostrando que la Música resulta maravillosa en nuestro “atardecer vital”.

Palabras Claves: Atardecer vital, beneficios,Música, rondalla, tuna, coro.

ABSTRACT

It is becoming increasingly clear that musical activity is very beneficial for our health, both physical and mental. The Greeks also knew it and thus applied it in the construction of their musical theory.

There is a great profusion of studies and research in this regard that yield some very interesting and tremendously enlightening results on the benefits of musical activity on all our facets as people (physical, psychological, social...). Specifically, I will refer to a phenomenon that has been taking place in Spain for a few years and, as regards the last case, also in the rest of Europe:

1) In relation to the tunas (a group of students, especially university students, who meet to make music, dressed in specific clothing), the creation of numerous groups of tunas over 40 years old (hence their name, "forty"), reaching beyond 60.

2) A group of which the prickly pears are a variant (in my opinion), and which had been in decline for years, is experiencing a tremendous boom in circles such as "pensioners' homes" and residences: the rondallas.

3) Finally, an existing group throughout Europe and that has been widely accepted by its most veteran components, forming part of the existing ones or creating new ones: the choirs. Several examples, together with results obtained in studies carried out in nursing homes, will be the arguments provided, showing that Music is wonderful in our "vital sunset".

Key words: Vital sunset, benefits, Music, rondalla, tuna ,choir

INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida en los países llamados “desarrollados” ha hecho aumentar, de modo proporcional, en el interés por

las actividades con las que "llenar" esos años de los que disfrutamos, una vez terminado nuestro periplo laboral vital.

La escucha musical, el papel de espectador y oyente, han sido ámbitos en crecimiento durante ese periodo vital del que disfrutamos, y así hablaremos de ellos en estas líneas, habida cuenta los estudios recientes sobre los efectos que la escucha musical puede ejercer en pacientes de cierta edad con dolencias tales como el alzheimer, y sus reacciones (en determinados casos realmente asombrosas) al escuchar melodías que pudieron jalonar su no tan lejana juventud.

Las recientes investigaciones sobre el tema concuerdan en señalar que escuchar música es una manera excelente para regular nuestro estado de ánimo en distintas situaciones a lo largo de nuestra vida, proporcionándonos estados positivos de ánimo, junto con sensaciones de relax, tanto corporales como mentales.

Ian Cross considera la música como"una de las actividades biológicamente más significativas de la vida humana"[4]. Contribuye directamente a la calidad de vida de los adultos mayores, independientemente de su estado cognitivo y de su capacidad mental.

Mejoras en la autoestima, en la socializaciabilidad del individuo, y en situaciones traumáticamente dolorosas (pérdidas de seres especialmente queridos), o en periodos de adaptación al nuevo estatus que asigna la jubilación. Como dato importante hemos de añadir que estos efectos positivos se producen de modo independiente a la formación musical previa que posea el sujeto en cuestión.

Abundando en este dato de la "no formación musical previa" tenemos el estudio que se realizó en la Universidad de Deusto (Bilbao), en torno al ocio musical en personas mayores, no formadas previamente. Los resultados que arroja este análisis son tremendamente esclarecedores, dando un mayor efecto en todos los sentidos (anímico, físico, etc) para los sujetos sin estudios o conocimientos musicales previos, que para otros que sí los tuvieran[5].

En otro punto de las investigaciones hemos de situar los estudios que se están realizando desde hace años en enfermos de alzheimer, llegados ya a cierta edad. En varias de estas investigaciones se llegaron a conclusiones sorprendentes en orden a comprobar cómo la escucha musical en estos tipos

4 Cross Ian: Música, cultura y evolución. Universidad de Cambridge. Cambridge, 1998.
5 Cuenca-Amigo, Macarena& Albaina Hernández, Mercedes: Impacto del ocio formativo musical en los niveles de escucha. Resultados de una intervención con personas mayores. Revista Pedagogía Social. Universidad de Deusto. Bilbao, 2018.

de enfermos tenían distintos efectos, según se realizase en uno u otro momento del día[6].

https://www.youtube.com/watch?v=IdAK2NoPwHU
"El poder de la música en los enfermos de alzheimer".

En este campo sobre los beneficios de la música en los enfermos de alzheimer hemos de señalar ejemplos auténticamente espectaculares, aunque ya relacionados con personas con conocimientos musicales, y más aún, para las que la música ha constituido su entorno vital, su profesión Es el caso de la bailarina de ballet, Marta Cinta González Saldaña, quien fundo y dirigió su conjunto propio de ballet en Nueva York , siendo primera bailarina, coreógrafa y directora del mismo. Dentro de un estudio realizado por la asociacion "Música para despertar" se realizó una prueba dejándole escuchar un fragmento de "El lago de los cisnes", de Chaikovsky, que había interpretado numerosas veces a lo largo de su vida profesional. Resulta impresionante observar como su mente y cuerpo conservan recuerdos posturales de hace mucho, perfectamente coordinados con la música y las situaciones del propio ballet.

https://www.youtube.com/watch?v=owb1uWDg3QM

Con todo, incidiremos especialmente en una faceta concreta de esta nueva relación nuestra con "lo musical", en la que incidiremos especialmente. Nos referiremos a la producción de música, al ejercicio activo de la creación musical en sí, individualmente y también (sobre todo haremos hincapié en este aspecto) en grupo, sobre todo en el terreno de las tunas, rondallas y coro.

Vayamos por partes y hablemos, en primer lugar, de los efectos beneficiosos y saludables de lo que se ha dado en llamar "la escucha musical", y que constituye un campo amplísimo de estudios, teniendo en cuenta la edad de los oyentes.

La Northwestern University, en Estados Unidos, tras varios estudios al respecto llevados a cabo durante años, estableció que el entrenamiento musical, entre otros beneficiosos efectos, ralentizaba el envejecimiento. En diversos estudios con un altísimo grado de participación de personas de varios segmentos de edad, desde la infancia hasta más de los 90 años, se confirmó que la capacidad cerebral para procesar el sonido se encuentra influida por numerosos factores, como pueden ser el mero hecho de tocar un instrumento o aprender un idioma nuevo. Y que ante la posibilidad de que algunas actividades de nuestro cerebro puedan verse afectadas por ciertos trastornos

6 Barcia Salorio, José Luis: Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. Viguera Editores SL 2009. 223-238

del lenguaje, así como por la pérdida de audición, la música podría sernos de mucha ayuda para paliar las posibles consecuencias de ello.

Esta actividad de estudiar música o tocar un instrumento favorecían la memoria auditiva de los individuos, facilitándoles sobremanera entender una conversación o escuchar determinados aspectos de una pieza musical, aunque hubiera ruido de fondo. Si tenemos en cuenta que la pérdida de audición es uno de las consecuencias del envejecimiento humano, lo que suele conllevar un bajada del ánimo, así como tendencia al aislamiento social por parte de quien la padece, estos efectos positivos de la música podrían ser determinantes para una mejora sustancial en la calidad de vida de los sujetos.

De este modo, los estudios realizados por esta universidad concluyeron con que la música, indiscutiblemente, mejora nuestro bienestar tanto físico como psicológico:

- **Activa las neuronas** y mejora nuestro aprendizaje
- Mejora nuestro estado de ánimo gracias al **aumento de la serotonina**
- Tiene **efectos relajantes**
- Nos ayuda a **expresar emociones**
- Fomenta la **comunicación** y nuestros **vínculos afectivos**
- Es una fuente de **entretenimiento**
- Mejora la **actividad cerebral** ya que hace ejercitar la memoria
- Mejora la **agudeza mental** y es capaz de liberar ciertos recuerdos

Este estudio al que nos hemos referido no es sino uno más de los muchos realizados durante los últimos tiempos, en los que ha comenzado a tomarse ese “atardecer vital” no como una fase en la que ya poco podemos hacer por nuestro bienestar, sino como una etapa más dentro de nuestra vida, en la que podemos, mediante la realización de actividades varias, mejorar nuestro bienestar a todos los niveles; físico, psicológico, social, afectivo, etc.

Los beneficios de la actividad musical, especificados y estudiados en multitud de publicaciones (libros, artículos, etc) surgidas durante las últimas décadas, abarcan un amplio abanico de la realidad humana, del que hemos desplegado algunos detalles anteriormente. Añadamos algunos mas:

- Mejora ostensible en las interrelaciones sociales
- Bienestar psicológico

- Felicidad
- Confianza en uno mismo

Sin olvidar las facetas relativas al bienestar cognitivo:

- Atención
- Memoria
- Concentración

Comentando someramente las mejoras producidas por la música en nuestra salud en general, las vemos reflejadas en aspectos tales como una respiración más equilibrada, que directamente incide en un estado general de mayor relajamiento, y de distensión corporal; en los efectos del ejercicio físico en sí que conlleva la actividad musical o, entrando ya el terreno de nuestra psique, la fantástica "medicina" contra la depresión o el aburrimiento que puede resultar, no solo la escucha y "degustación" de la música, sino en mucha mayor medida, la maravillosa actividad de "hacer música" .

Con anterioridad nos hemos referido someramente a los estudios realizados en torno a los efectos positivos de la escucha de la música por parte de sujetos que han llegado a lo que hemos dado en denominar su "atardecer vital". Hagamos referencia a la participación activa, a la producción musical, dando cuenta de las conclusiones a las que han llegado varios estudios al respecto;"la participación grupal en conjuntos musicales y talleres han descubierto que estas experiencias pueden tener un impacto positivo en las dimensiones hedónica y eudemónica del bienestar"[7]. Habida cuenta del impacto positivo en nuestros sentimientos, proporcionando relajación, distension, distracción, etc, otros estudios clínicos han reflejado así mismo la disminución en la prescripción de sedantes y otros fármacos a individuos que han comenzado a participar, de modo activo, en distintas actividades creativas musicales[8].

Podemos citar, como ejemplo de estas investigaciones, un proyecto interdisciplinario, denominado *Art for Ages,* llevado a cabo durante el periodo comprendido entre mediados de 2016 y principios de 2017, en el sur de Suiza. El objetivo fue examinar los efectos psicológicos y fisiológicos de la escucha, así como de la creación de música por parte de residentes en hogares de

7 Hallam&Creech (2016): Can active music making promote health and well-being in older citizens? Findings of the music for life project, Taylor&Francis online, 21-25.
8 Conrad (2007): The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Salute e società, fascículo 3. Torrosa.

ancianos, que se prestaron voluntarios para formar parte de esta investigación.

Como breve comentario a la iniciativa, hemos de decir que ninguno de los sujetos que se prestaron voluntarios a la puesta en práctica del estudio eran profesionales de la música, sino que, en mayor o menor medida, querían mejorar su calidad de vida, en suma, en ese periodo de su "atardecer vital". Estos veinte residentes, sujetos de la investigación, a los que se les realizó una entrevista personal, tuvieron una serie de puntos en común, con relación al protagonismo que la música jugaba para ellos en ese periodo de su vida:

- el papel tan importante que la música había jugado en sus "historias de vida"
- el carácter íntimo de la música para redescubrir su propia dimensión personal, e incluso para mantener una continuidad con su propio pasado
- la capacidad de la música para hacerlos "sentirse vivos", incluso a aquellos que no la entienden
- la ampliación de sus conocimientos musicales, y por ende de sus gustos
- la contribución de la música a su equilibrio emocional, a su bienestar, en resumen.

En resumen, "hacer música" ha sido tomada por estas personas, más como una actividad en sí, como una auténtica terapia, una "medicación del alma", que les ha permitido, y les sigue permitiendo, aumentar su bienestar día a día, bien de modo individual o grupal, según quisieran unos u otros.

En los últimos años se puede observar un creciente interés de personas "en su atardecer vital" por iniciativas musicales de todo tipo.Bien a título individual, o de modo grupal.

A este respecto, y salvando el terrible escollo que han supuesto estos dos años de "pandemia recluida" hemos observado el incremento de la participación de personas de cierta edad en numerosas iniciativas musicales, "virtuales" en un principio (por razones obvias, claro) para convertirse, una vez terminado el aislamiento, en participaciones personales.

Vamos a hacer un breve análisis del incremento de varias agrupaciones musicales, en gran parte debido a la integración de miembros encuadrados en

un segmento de edad que nos permite situarlos dentro del término que hemos acuñado: "atardecer vital. De aquellas tres, hay una que podemos encontrar en prácticamente cualquier lugar del mundo, las corales, coros u orfeones, mientras que las otras dos pertenecen al acervo cultural y musical español: las rondallas y las tunas. Con todo, la tuna ha exportado su modelo, idiosincrasia y actividad musical a todo el continente americano y a varios países europeos, como son Portugal, Bélgica y los Países Bajos. Veamos cada caso en concreto:

1. Corales/coros/orfeones

Las tres denominaciones corresponden a la misma realidad: un grupo de personas se reúnen para ensayar y preparar una serie de canciones (un repertorio "a capella" concreto) que interpretar en determinadas ocasiones (conciertos). Hacemos la salvedad de señalar el repertorio como "a capella" debido a que, habitualmente las corales interpretan sus canciones sin acompañamiento instrumental. No obstante pudiera ocurrir que, en sus actuaciones, estos coros pudieran estar acompañados instrumentalmente por una rondalla (la segunda de las agrupaciones analizadas), con lo que el grupo de personas sería mayor.

Esta actividad musical de carácter grupal ha experimentado un auge inusitado durante los últimos años, no solo en España, sino en general en todos los países europeos (y suponemos que en otras ubicaciones extraeuropeas también). Los datos referidos anteriormente sobre los efectos beneficiosos, físicos y psicológicos, de esta actividad clarifican el motivo por el que numerosas personas, a partir de los 60, participan de ella, tanto los que a han practicado anteriormente como los "neófitos" en el tema coral.

Analizando un caso concreto, como es el de la coral *Polinnia* , de Ayamonte (Huelva), en España, vemos que responde totalmente a lo comentado con anterioridad. Se trata de un coro, con un repertorio polifónico, en el que puede encuadrarse en determinadas ocasiones acompañamiento instrumental. De esto se encargó durante bastante tiempo la rondalla *Amanecer,* en la que habían miembros muy jóvenes en su mayoría que, pasados algunos años, fueron engrosando las filas de la coral.

Durante los últimos años, la coral ha experimentado una creciente actividad, motivada por el ingreso en sus filas de miembros de nuevo cuño, siendo los situados en el segmento "de más d 60" los que preferentemente han optado por desarrollar esta actividad.

Hemos de hacer un inciso en lo referente a la actividad coral durante estos últimos dos años "de pandemia" en los que, al contrario de lo que pudiera suponerse, los grupos de personas que constituyen las corales han aumentado, por así decirlo. Ha sido un realidad "atípica" y paradójica, dado el estado de aislamiento y "reclusión personal" por el que hemos pasado todos, pero la iniciativa de las grabaciones grupales durante estos dos años ha hecho, no solo que las agrupaciones corales siguieran activas, sino que incluso personas que no pertenecían a las mismas, pero que contribuyeron de uno u otro modo a las grabaciones de ciertas piezas, terminasen, una vez concluido el periodo de pandemia, como unos miembros más.

En una entrevista a T.J. Harper, afirma: "...aunque las presentaciones fueron limitadas, la actividad coral virtual experimentó un fuerte aumento en todo el mundo". Harper es miembro de la Federación Internacional de Música Coral (IFCM), presidente del Comité Permanente de Actividades Internacionales de la American Choral Directors Association (ACDA) y director del Programa de Intercambio Internacional de Conductores de esa institución, y además presidente del jurado honorario de Tesoros del Mundo Coral, la 1ra edición del San Juan Canta virtual, una iniciativa enfocada a actuaciones corales virtuales.

En este auge de lo coral a nivel global tienen mucho que ver las personas que ya se hayan en el segmento de edad referido.

Como último dato hemos de referir el hecho de que este auge del interés por la actividad musical, coral en este caso, por parte de personas pertenecientes al segmento de edad señalado anteriormente no solo se manifiesta entre las que ya hubieran pertenecido anteriormente a alguna de estas agrupaciones, sino que también suele darse en los casos de nuevos miembros de las mismas que nunca hubieran desarrollado una experiencia similar durante periodos de su juventud o de su etapa laboral vital. Esto ha redundado en el incremento de corales en la zona (de la costa de Huelva), pudiendo afirmarse que, actualmente, existen prácticamente una coral en cada una de sus localidades (Lepe, Cartaya, Villablanca, Ayamonte, Isla Cristina) como evidencia de que la *música activa* resulta altamente beneficiosa a todas las edades, especialmente, tal es el tema que nos ocupa, en ese periodo de nuestro *atardecer vital*.

Pero en España, además de esta actividad "canora" grupal, se ha asistido a un aumento importante de personas participantes en dos agrupaciones de carácter netamente español: las rondallas y las "cuarentunas".

En ninguna de estas dos categorías la edad es un elemento condicionante, ni es obstáculo para nadie que quiera pertenecer a cualquiera de ambas, "haciendo música", lo que facilita la adscripción de personas de cualquier edad en ellas. Es más, las "cuarentunas" tienen su origen en España (con un modelo que luego se exportó a América y al resto de países donde se da el fenómeno "Tuna"), en un intento por reunir a miembros de esas agrupaciones musicales universitarias que, habiendo llegado a los cuarenta años de edad (o más), quisieran reunirse para seguir haciendo música, atenuando su relación con sus respectivas tunas "matrices", e instituyendo una tuna heterogénea, de miembros veteranos que, poco a poco, se han ido convirtiendo en "cuasi vetustos", con lo que, últimamente, el término "cuarentuna"está siendo sometido a una revisión, dado que ha habido un aumento sustancial en las edades de muchos de sus componentes.

Tanto rondallas como tunas son agrupaciones existentes en España desde mediados del siglo XIX, con una evolución que las hace coincidir e interrelacionarse en muchos momentos a lo largo de la misma. Por citar algunos de estos elementos coincidentes, digamos que ambos grupos musicales tienen una gran popularidad en momentos de auge de los llamados "aires nacionales"...*piezas propias del folklore regional, como la jota, el zortzico o el fandango, que se abrirán paso en el repertorio estudiantil*[9].

Hagamos una breve exposición de cada una de estas "comunidades musicales", junto con un comentario sobre su estado actual en la que aumentan tanto el número de sus componentes como de rondallas existentes por toda la geografía española, debido en gran parte a ese impetu por miembros de una edad en la que, no mucho tiempo antes, su actividad predominante hubiera sido la de un "sedentarismo galopante":

2. Rondallas

La rondalla puede definirse como una agrupación musical, conformada principalmente por instrumentos de plectro (bandurrias, laudes), junto con guitarras y también algún elemento de percusión. Su aparición la podemos datar principalmente en el segundo cuarto del siglo XIX, pese a que, anteriormente, pudieran haber ya diversas agrupaciones más o menos similares, aunque no con la homogeneidad y la "estabilidad" de estas. Surgen principalmente en el seno de ateneos, liceos, y diversas instituciones de ámbito cultural, y su devenir histórico tiene mucha relación con las denominadas "comparsas", agrupaciones de similar naturaleza y composición (unas

9 Belmonte Trujillo, José Carlos (2022): *Los sones de la estudiantina*, Grupo MUSAEXI. Universidad de Extremadura. 94-95.

"profesionales", otras compuestas por estudiantes o miembros de diversas instituciones educativas, y otras de heterogéneas procedencias), que centraban sus actividades en época de carnaval, principalmente (en un principio).Tanto la bandurria como el laúd son instrumentos de plectro, que pertenecen al grupo de instrumentos propios del folklore español, presentes en distintas de agrupaciones de esta índole, repartidas por toda la geografía hispana.

Isas y folías canarias, junto a jotas aragonesas o navarras (por citar algunas) tienen como protagonistas dentro de la orquesta a estos dos instrumentos de plectro, con orígenes remotos en distintas culturas, y con múltiples variantes repartidas por todo el mundo.

Bandurria

Laúd

Durante mucho tiempo, su enseñanza desde pequeños estuvo muy extendida, llevando su sonido a multitud de pueblos y otras localidades de la geografía hispana. Como consecuencia de ello, las agrupaciones denominadas "rondallas" proliferaron por todo el país, interpretando piezas de todo tipo de repertorio (zarzuelas, piezas "clásicas" y aires nacionales, principalmente).

Tras el fin de la Dictadura, a partir del periodo de la *Transición política*, se aprecia una disminución en el número de rondallas, coincidiendo, como algunos historiadores apuntan, con el éxodo de población desde el mundo rural al urbano. Movimiento que, como veremos posteriormente, es inversamente proporcional al numero de tunas, que aumenta exponencialmente a partir de ese periodo apuntado con anterioridad debido a varias razones[10]

En la actualidad, muchas de estas personas que en su momento aprendieron a tocar el laúd o la bandurria son las que engrosan las filas de estas agrupaciones, una vez concluida su vida laboral, pudiendo dedicarse más "a ellos mismos", experimentando los beneficios que produce la actividad

10 Belmonte Trujillo, José Carlos (2022): *Los sones de la estudiantina*, Grupo MUSAEXI. Universidad de Extremadura. 94-95.

musical activa a los niveles antes mencionados. Con ello, el aumento de rondallas es enorme en todo el territorio español. Unas adscritas a instituciones culturales, como ya dijimos, otras dentro de centros y residencias de mayores, en asociaciones de vecinos, etc.

> Rondalla *Alaitasuna*, de Legazpi
> https://www.youtube.com/watch?v=
> *El parque*, versión del vals criollo *Quiéreme*, en la interpretación de la rondalla *Alaitasuna,* de Legazpi

Como efecto "colateral" altamente positivo de este creciente movimiento encontramos la interpretación, difusión y conservación de la música popular y tradicional española, presente en la mayoría de repertorios de estas rondallas, y que constituye el 75% (si no más) de los programas de conciertos de cada una de estas. Este aspecto de su actividad es muy importante pues, exceptuando los grupos folklóricos y de música popular existentes, no habría ningún ejecutante más de este repertorio si no fuera por esta labor, muy poco apreciada en la mayoría de los casos, de las rondallas y sus componentes.

3. Grupos folklóricos

Nos referimos a los grupos no profesionales, que se mantienen y prosperan gracias al enorme empuje, interés e ilusión de sus miembros. Estos grupos, que también tienen periodos de poca actividad y de pocos miembros, en la actualidad tienen la enorme responsabilidad en gran parte de la preservación y transmisión de un acervo cultural y musical que estaría en serio peligro de desaparición en el caso de no contar con su labor. En eso coinciden también con dos de las agrupaciones que estamos analizando, las rondallas y las tunas (cuarentunas, en este caso). Y en esta labor inapreciable de conservación de nuestro patrimonio juegan una impagable labor estar personas de las que estamos hablando y que, en muchos momentos, son los que impulsan estos grupos de música popular.

Bien cierto es que los componentes jóvenes o de mediana edad no abundan durante los últimos tiempos, así que son estos miembros de más edad los que ponen sus energías para que esta actividad no solo no desaparezca o se pierda, sino para que continúe, pujante incluso.

Los beneficios los enumerados de modo general anteriormente: compromiso personal para ensayar, aprendizaje de repertorio (vocal y/o instrumental), desplazamientos para ensayos, conciertos e incluso congresos

o festivales en los que se participa, socialización y empatía con los otros miembros).

Esta actividad se halla propiciada por diversos estamentos e instituciones que, a su vez, organizan encuentros y congresos de estos grupos, con los que su actividad se multiplica. En relación a las rondallas y a las cuarentunas viene ocurriendo algo similar.

I Encuentro de grupos folklóricos-Festival de la Sierra y el Hombre

4. Cuarentunas

La "Tuna" es una agrupación musical, de carácter universitario principalmente, cuyo origen resulta discutido. Mientras unos sitúan sus principios en la época medieval, con trovadores y juglares en sus orígenes, en una relación directa con los estudiantes del Siglo de Oro español, especialmente con los que "iban a la sopa boba", o "sopistas", otros abogan por una procedencia más reciente, situando la génesis de las actuales tunas en las estudiantinas de carnaval del sigo XIX, aunque con una relación "tangencial" con figuras históricas como los goliardos medievales o los estudiantes del Siglo de Oro español, "que corren la tuna"[11].

Su composición instrumental la hace tan similar a la de la rondalla, que bien podría decirse que la tuna es un tipo o variante de ella distinta en función de su adscripción a la universidad y, debido a esto, por la especificidad de sus componentes (aunque este requisito, a la postre,no sea demasiado estricto).

Otro dato en lo que, tanto rondallas como tuna coinciden en su evolución histórica es la proliferación de tunas a partir de la década de los 80. Por poner

11 Belmonte Trujillo, José Carlos (2022): *Los sones de la estudiantina*, Grupo MUSAEXI. Universidad de Extremadura. 63-69.

un ejemplo, en Sevilla, a partir de 1983, el número de tunas de nuevo cuño iguala casi al número de nuevas facultades surgidas tras la institución de "la España de las autonomías"; de ocho tunas existentes dentro del Distrito Universitario de Sevilla, se pasa, en esas fechas, a catorce.

Precisamente muchos de los nuevos miembros de las tunas (nuevas y "veteranas) tienen conocimientos de bandurria y de laúd, precisamente por haber sido durante su infancia y/o juventud miembros de alguna rondalla. Otro dato que vuelve a colocar a ambas agrupaciones en caminos similares.

Pero lo relevante en este caso es que, esos miembros que comienzan por aquella época, y otros anteriores, que ya llevaban unos años antes que aquellos, se plantean, llegados a una edad, no seguir en sus "tunas nodrizas", dejando el testigo a los componentes más jóvenes, y cercanos a la edad universitaria, por ende. Los motivos pueden obedecer a variadas razones: no sentirse cómodos representando a una facultad con un determinado número de años ya, interactuando en presentaciones, certámenes y concursos, codo con codo con miembros muy jóvenes, recién llegados a la misma; no poder /querer seguir el ritmo de ensayos, conciertos, rondas, etc, más propios de los nuevos miembros que de ellos mismos, etc. Por todo ello surge lo que se vino a denominar "cuarentuna", donde se reúnen miembros de diversas tunas, con el denominador común de la edad (cuarenta años, o más).

Este fenómeno comienza a originarse a partir de la década de los noventa, aproximadamente para, a partir de comienzos del siglo XXI, extenderse por toda España y América, con la peculiaridad de que esa etiqueta de "los cuarenta", que daba nomenclatura al grupo, se queda en solo eso (una etiqueta), al incrementarse el número de componentes que, no solo sobrepasan con creces ese segmento de "los cuarenta", sino que no resulta extraño que bastantes de ellos lleguen (e incluso sobrepasen) a los sesenta. Como dato anecdótico queda el hecho de que actualmente cada vez hay mas tunos de cuarenta que participan de modo más o menos activo en las "tunas matrices" anteriormente referidas, en lugar de engrosar estas cuarentunas de las que hablamos. Es decir estas actuales cuarentunas funcionan agrupando, no ya a tunos con cuarenta años o más, sino a miembros de mayor edad (incluyendo ya a mujeres pertenecientes a tunas femeninas, que comienzan ya a tomar carta de naturaleza dentro de lo que son las tunas en sí). Analizando la actividad normal de una agrupación como la Cuarentuna Malacitana podemos ver de modo práctico la manera en que los beneficios del ejercicio activo de la música redundan en sus componentes:

Beneficios físicos:

- Actividad puramente física del canto y ejecución instrumental
- Desplazamientos varios (ensayos, conciertos, etc).

Beneficios psicológicos y cognitivos:

- Aprendizaje de repertorio (tanto músicas como letras)
- Atención
- Concentración

Beneficios personales:

- Felicidad personal
- Confianza en uno mismo

Beneficios en las interrelaciones sociales:

- Socialización
- Aprecio del trabajo en equipo
- Empatía
-

https://www.youtube.com/watch?v=kFA81FZN6Gg
"Cuarentuna malacitana"-Actuación en el Certamen de tunas de Algeciras-Marzo de 2022

Si, a principios de la década de los ochenta apenas existían estas cuarentunas, es a partir de los noventa cuando comienzan a extenderse. En a actualidad estos grupos han trascendido su carácter excepcional para adoptar carta de naturaleza propia, hasta el punto de que, no solo existen certámenes y concursos, que acogen a distintas cuarentunas españolas o americanas, sino que participan en otros eventos que, hasta hace poco, agrupaban tan solo a las llamadas "tunas de facultad" (muchas de ellas de donde habían salido algunas de estas cuarentunas).

A todos los beneficios de carácter físico, psíquico y de interrelaciones sociales que hemos comentado, referidos a ambas agrupaciones, hemos de agregar uno, ligado al hecho productivo musical, que consideramos muy importante: el compromiso y la "disciplina" de ensayo. El compromiso adquirido por los miembros que ingresan en la cuarentuna de asistir a los ensayos, de cara a actuaciones, conciertos, certámenes, resulta un motor para las personas. Es un incentivo anímico importante.

Otro dato a tener en cuenta en torno al auge de estas agrupaciones es la constitución de la Federación Internacional de Cuarentunas, organismo que coordina las actividades de todas las cuarentunas que se encuentran adscritas al mismo, y que engloba grupos de España, parte de Europa y América. El año pasado, los dias 26 y 27 de Noviembre de 202, tuvo lugar el XXIV Certamen de la Federación Internacional de Cuarentunas, en la ciudad de Santiago de Compostela, donde pudo verse la vitalidad de que goza actualmente esta tipología tunantesca, creciente en número de componentes en la actualidad.

Cartel anunciador del XXIV Certamen de la Federación Internacional de cuarentunas

Tan solo viendo la reseña de las cuarentunas participantes podemos hacernos a la idea del incremento de cuarentunas experimentado desde hace poco, a nivel mundial, teniendo en cuenta, tal y como hemos apuntado anteriormente, que esta tipología de tunas surge, de modo embrionario, en la década de los ochenta.

- Cuarentuna de Holanda
- Cuarentuna Universitaria del Principado de Asturias
- Cuarentuna de Melilla
- Cuarentayuna de Valencia
- Tuna Antigua de la Universidad de Oviedo
- Cuarentuna politécnica de Linares
- Tuna Antigua de Navarra
- Tuna de Veteranos de Viana do Castelo
- Cuarentuna de Derecho de Valencia
- Honoris Tuna de Aragón
- Antigua Tuna del Distrito Universitario de Granada
- Cuarentuna Universitaria de Burgos

- Cuarentuna de Alicante
- Tunos veteranos de la Universidad de Oviedo
- Cuarentuna Universitaria de León
- Cuarentuna de Córdoba
- Antigua Tuna Náutica de Santander
- Cuarentuna malacitana
- Cuarentuna de Pamplona
- Cuarentuna de Barcelona
- Tuna de Veteranos de Medicina de Santiago

El Correo Gallego reseñaba así el evento:

> Más de quinientos cuarentunos, llegados desde todos los puntos de España, e incluso desde Holanda, llenarán Santiago con motivo de la celebración, mañana y pasado, del XXIV Certamen Internacional de estas agrupaciones. Recordando sus tiempos universitarios, los grupos que formarán parte del festival animarán la zona vieja compostelana durante estas jornadas con los acordes de sus bandurrias y guitarras y los sonidos melódicos de sus canciones más populares, desde las conocidas internacionalmente, como Clavelitos, hasta las que evocan a Compostela, con Fonseca o la Foliada do rueiro.

Visto el programa de este certamen, veamos el celebrado unos años antes, se trata del XXI Certamen Internacional de Cuarentunas, celebrado en Baeza, en el año 2017. En él se dieron cita las siguientes agrupaciones:

- Cuarentuna de Alicante
- Cuarentuna de La Coruña
- Cuarentuna de Barcelona
- Cuarentuna Politécnica de Linares
- Cuarentuna de Derecho de Valencia
- Cuarentuna Malacitana
- Cuarentuna de Burgos
- Asociación de Antiguos tunos universitarios de Córdoba
- Antigua Tuna Náutica de Santander
- Tuna de Veteranos de Medicina de Santiago
- Tuna Antigua de Navarra
- Cuarentuna de Holanda

- Cuarentuna de Oaxaca
- Tuna Antigua de la Universidad de Oviedo
- Cuarentayuna de Valencia

Podemos ver que en un corto espacio de tiempo, teniendo en cuenta además el período de aislamiento que ha supuesto la pandemia, la participación de agrupaciones en los certámenes ha crecido de modo exponencial, muestra de lo que venimos comentando sobre la mayor participación de componentes de las tunas "nodrizas", o "de facultad", que ya prefieren participar en un entorno más acorde a sus edades (y necesidades vitales, por supuesto).

Apuntemos el hecho, que puede observarse en la programación de ambos eventos, de que el término "cuarentuna" se empleó fundamentalmente en los orígenes de tal agrupación para, posteriormente, adoptar muy variadas denominaciones o nomenclaturas para agrupaciones que, en suma, agrupaban miembros de tuna que se agrupaban en función de su veteranía en otra agrupaciones similares, sin perder su conexión con las tunas "matrices". Tal es el caso de la agrupación denominada "TunaEspaña", en la que se integran miembros de todas las tunas de España. Se da la circunstancia de que en esta agrupación, la edad no es un requisito expreso, aunque si implícito, ya que sus miembros han de pertenecer a la Tuna (cada uno a la suya "matriz " o "nodriza" desde un número de años, sin concretar, aunque con un mínimo que requiere, del nuevo integrante, tener una determinada edad.

En resumen, hemos dedicado estas líneas a hablar de los efectos beneficiosos de la música para las personas de cierta edad (hemos utilizado el término "atardecer vital") para denominarlos. Desgranando someramente las consecuencias positivas de ella en dos aspectos: el de la mera escucha, el mero disfrute auditivo, y el ejercicio musical en sí: cantando o tocando. En este último aspecto se ha analizado el ejercicio individual de la música (solistas o similares), y la actividad grupal de la misma.

Finalmente nos hemos referido, analizándolas de modo breve, a varias agrupaciones: coros, rondallas, grupos folklóricos y cuarentunas. Sus orígenes, composición, actividades y miembros, resaltando especialmente el efecto altamente positivo y potenciador, tanto para el grupo como para los miembros en particular de la inclusión dentro de ellos de personas en su "atardecer vital".

BIBLIOGRAFÍA

- - Barcia Salorio, José Luis (2009): *Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer*. Viguera Editores SL.
- Belmonte Trujillo, José Carlos (2022): *Los sones de la estudiantina*, Grupo MUSAEXI. Universidad de Extremadura.
- Conrad Peter (2007): *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Salute e società, fascículo 3. Torrosa.
- Cross Ian (1998): *Música, cultura y evolución*. Universidad de Cambridge.
- Cuenca-Amigo, Macarena& Albaina Hernández, Mercedes (2018): *Impacto del ocio formativo musical en los niveles de escucha. Resultados de una intervención con personas mayores*. Revista Pedagogía Social. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Hallam&Creech (2016): *Can active music making promote health and well-being in older citizens? Findings of the music for life project,* Taylor&Francis online.

14.

MÚSICA Y CALIDAD DE VIDA

MUSIC, WELLBEING AND LIFE QUALITY

MARTÍN GÓMEZ-ULLATE
mgu@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

MANUEL RODRÍGUEZ PALACIOS
manu.rp14@gmail.com Universidad de Extremadura, Cáceres, España

ANA MENDOZA HURTADO
mimomba@gmail.com Universidad de Extremadura, Cáceres, España

PEDRO CORCHO SÁNCHEZ
pecorcho@unex.es Universidad de Extremadura, Cáceres, España

RESUMEN/RESUMO/SOMMARIO

En esta investigación, presentamos un estado del arte sobre la relación entre música, bienestar y calidad de vida, basado en los estudios que han analizado el impacto que la música tiene en la calidad de vida de las personas a todas las edades.

Desde los primeros momentos de la vida humana, en la gestación, hasta los últimos, la música ha demostrado un impacto cognitivo y emocional en el ser humano. La educación musical -formal e informal- y la formación de la sensibilidad musical influencian significativamente la calidad de vida y el bienestar tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Siguiendo metodologías antropológicas basadas en historias de vida, autoetnografía y observación participante, se presentan diferentes estudios de caso: el impacto de la experiencia coral en el bienestar de sus componentes, las bandas de música y su papel para el bienestar y la salud de sus componentes, la importancia de la música para el envejecimiento activo.

Este trabajo es el resultado de una investigación cofinanciada por una Ayuda del Programa de Recualificación del Sistema Universitario Español (ref. RP-08), por el programa Erasmus+ de la Unión Europea (refs. 2019-1-ES01-

KA204-065372 y 2020-1-ES01-KA227-ADU-096064) y por FEDER y Junta de Extremadura (ayuda GR10187).

Palabras Claves: Educación musical, Música, Calidad de vida, Musicoterapia, Bienestar, Envejecimiento activo.

ABSTRACT

In this research, we present a state of the art on the relationship between music, well-being and quality of life, based on studies that have analyzed the impact that music has on people's quality of life.

From the earliest moments of human life, in gestation, to the latest, music has demonstrated a cognitive and emotional impact on people. Music education - formal and informal - and the formation of musical sensitivity significantly influence quality of life and well-being.

Following anthropological methodologies based on life histories, autoethnography and participant observation, different case studies are presented: the impact of the choral experience on the well-being of its components, music bands and their role for the well-being and health of their components, the importance of music for active aging.

This work is the result of a research project co-funded by a grant from the Spanish University System Recualification Programme (ref. RP-08), by the Erasmus+ programme of the European Commission (ref. RP-08), and by the ERDF and the Regional Government of Extremadura (grant GR10187).

Key words: Music education, Music, Quality of life, Music therapy, Well-being, Active ageing.

INTRODUCCIÓN

La música está relacionada con el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos de múltiples formas: contribuye en sus diferentes manifestaciones, a la formación de la sensibilidad y al desarrollo de diferentes inteligencias -lingüística, espacial, corporal y cinestésica, intrapersonal, interpersonal, lógico-matemática y, por supuesto, a la inteligencia musical-. La función de la música en la sociedad está muy relacionada con la capacidad que tiene esta para inducir emociones (Cabedo y Campayo, 2016).

Según Hernández Rodríguez, O. et all (2021) “la Antropología Cultural, como ciencia básica, considera al hombre como centro del desarrollo sociocultural comunitario y propicio la búsqueda de alternativas que

contribuyan a la transformación y el mejoramiento del hábitat y de los niveles de calidad de vida".

Los procesos de aprendizaje y las dimensiones afectiva, cognitiva y psicomotriz, pueden mejorar significativamente con una iniciación temprana en educación musical (Casas, 2001). Son cada vez más los estudios que demuestran un aumento del nivel académico en todas las disciplinas en estudiantes que dedican más tiempo al aprendizaje de la música (Pascual, 2006; Levitin, 2011).

En todas las culturas, la música ha sido un vehículo educativo de todo tipo de conocimiento:

- Matemático. Barrantes et al. (2021) recopilan 98 canciones clasificándolas en varias categorías según su temática -"conceptos prenuméricos, números, operaciones y resolución de problemas, geometría, medidas y orientación espacial"-.
- Lengua vernácula y lenguas extranjeras. Se han demostrado los beneficios en el proceso de aprendizaje a niveles lingüísticos, afectivos y sociolingüísticos, de la inclusión de canciones y/o de elementos sonoro-musicales en la enseñanza de lenguas extranjeras y el incremento de la comprensión oral, la producción oral, la lectora y la motivación del alumnado (Toscano Fuentes y Fonseca Mora, 2012). La música permite tender puentes entre la vida dentro y fuera de la escuela, lo que se aprovecha por algunos docentes (Asensio Arjona, 2017) para trabajar con canciones significativas para los estudiantes. Algunos estudios apuntan incluso que no sólo las canciones sino la misma formación en competencias musicales instrumentales incide positivamente en el aprendizaje de inglés como LE de alumnado español de ESO (Fonseca Mora et al., 2015).
- Educación en valores. La música de hecho, en su incardinación cultural, contribuye a la formación de valores, muchas veces, como en el género del "reggaeton" apologéticos de la actitudes violentas y machistas, dominantes en las subculturas patriarcales de las que surge. La música en la escuela puede ser un buen contrapeso a estas tendencias, fomentando valores positivos propios de un contexto cultural más igualitario y evolucionado. Por otro lado, estilos relativamente marginales como el hip-hop, pueden ayudar a fomentar el pensamiento crítico entre los estudiantes, algo fundamental para afrontar los retos de las sociedades contemporáneas.

Bernabé Villodre, M. (2012) amplía esta visión sobre el papel social de la música al afirmar que "actualmente, se está considerando que la música tiene una cualidad más que debe potenciarse: la de posibilitar la adquisición de la interculturalidad, comprendida como un estado ideal de convivencia en sociedades pluriculturales cuyas relaciones interpersonales están basadas en el respeto gracias al conocimiento mutuo".

La música es una faceta humana primordial desde el principio de la humanidad y desde las primeras civilizaciones. Desde todas las épocas o edades, desde todas las culturas y civilizaciones, desde todos los lugares del mundo, el canto grupal y la música en sí, ha sido vehículo de expresión. El escuchar música, cantar o tocar cualquier instrumento o en manifestaciones musicales y culturales, provoca en el ser humano satisfacción y otras reacciones emocionales.

Se puede decir, en general que la música contribuye en distinta medida, pero de una manera universal, a la construcción de la biografía sentimental y al desarrollo emocional de las personas. En muchas culturas, todavía la música forma parte inseparable de procesos rituales, laborales, en el espacio público y doméstico. "La medicina viene con la música" dicen algunos chamanes refiriéndose a sustancias enteógenas. En la liturgia católica, por ejemplo, la música ha perdido peso, al menos en países como España, pero sabemos de la importancia para el culto de la música en iglesias protestantes, en América y en España, o en las culturas afro-americanas en las que la danza, el canto y el tambor son elementos indispensables en sus contextos sacro-rituales.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Además del gran arco abierto por la Internet, más allá del sistema educativo hay escuelas no formales de música como los coros, las tunas, las bandas de música, las charangas y murgas. Son "*communitas*" (Gómez-Ullate y Belmonte Trujillo, 2016) intergeneracionales que en entornos urbanos y rurales ofrecen la oportunidad de aprendizaje y la práctica colectiva a toda persona interesada, sea cual sea su nivel y bagaje musical.

Este trabajo se basa en una investigación antropológica sobre los efectos en el bienestar, calidad de vida y envejecimiento activo de personas miembros de este tipo de escuelas no formales, los coros y las bandas de música. Además, reflexiona sobre proyectos de intervención sobre el patrimonio cultural enfocados en la música para generar desarrollo rural y dinamismo cultural en entornos rurales.

A través de técnicas de investigación antropológicas -historias de vida de coralistas, observación participante, autoetnografía, ciberetnografía de sus foros y portales, análisis documental- profundizamos en los resultados arrojados por investigaciones previas en varias facetas fundamentales del canto coral en relación con el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos y de los propios coralistas. En esta investigación, se ha utilizado una metodología cualitativa de corte narrativo, profundizando en el método biográfico a través de historias de vida temáticas.

Desde otro enfoque epistemológico, las historias de vida pueden ser además "entendidas como un instrumento dentro de las terapias de reminiscencia, al entender estas últimas como la respuesta adaptativa que se caracteriza por tener que pensar y relatar las propias experiencias trayendo al presente recuerdos pasados" .

A través de estas historias de vida llevadas a cabo, se ha hecho una recopilación de los fragmentos más importantes en diversas cuestiones, entre ellas, los beneficios del canto coral y la pertenencia a los coros y a las bandas de música.

Coros, calidad de vida, salud y bienestar

En diversas investigaciones, los coros han sido estudiados como grupos que favorecen el desarrollo personal y el bienestar de las personas, por ejemplo, en el caso del bienestar psicológico, favoreciendo las relaciones interpersonales; satisfaciendo las necesidades de comunión, expresión y enriquecimiento; apostando por metas colectivas y adquisición de habilidades. Amplia es la relación de investigaciones entre la música y la salud, identificando efectos psicológicos, fisiológicos, inmunológicos... En España Anna Vernia Carrasco (2022) lidera investigaciones en estos campos con aplicaciones muy diversas.

Estas facetas junto con la dimensión del bienestar social, la integración y contribución social han sido estudiadas por Fernández Herranz (2013) y Opriş (2015) y fueron demostradas anteriormente por Eyre, L. (2011) a través de los resultados obtenidos en su investigación, con el propósito de evaluar la relación de los participantes del coro y la calidad de vida, siendo estos positivamente afectados por la permanencia en el coro, mostrando un desarrollo en la habilidades sociales, en la implicación, fomento de valores y trabajo en equipo, afectando positivamente a la autoestima, a las emociones y al estrés. Bailey, B. A., & Davidson, J. W. (2002) en su estudio referido a los beneficios del canto coral grupal, muestran que los coros suponen un método

para influir positivamente en los aspectos emocionales, sociales y cognitivos, instrumentos para aliviar la depresión, influir en la autoestima y mejorar las relaciones sociales.

En este mismo sentido es posible hablar de canto coral y musicoterapia (Lagos, 2016), siendo un medio para contribuir al aumento de la calidad de vida de las personas y vínculo de solidaridad entre personas, significando en ciertos casos, un aporte beneficioso para la parálisis cerebral, sordera, ceguera, enfermedades neurológicas, autismo… (De Souza, F. y Santos, M. 2009). Sin adentrarnos mucho en este modelo terapéutico y su puesta en valor, no cabe duda que nos ayuda en aspectos cognitivos, como la atención y la concentración; aspectos físicos, como mejoras en condiciones físicas y mentales; aspectos emocionales y sentimentales; aspectos sociales y de comunidad de grupo; y por último, aspectos espirituales en relación con la meditación, reflexión y bienestar, como medio de comunión (Opriş, D. 2015.). Las agrupaciones corales son, de hecho, entidades que proveen servicios espirituales, aportando valor añadido en bodas, funerales, misas, procesiones y otras celebraciones, acompañando literalmente "en el sentimiento" a los miembros de la comunidad coral y de las ciudades y los pueblos en los que nacen y se desarrollan.

Son numerosos los autores que destacan el valor extra-musical que conlleva formar parte de un coro, desarrollados en la etapa formativa que llevará a la realización plena de sus tareas para la vida del individuo. Stephen Clift y Grenville (2010), nos mencionan los diversos aspectos a favor del canto coral y grupal, como los beneficios en el bienestar y la relajación, para la respiración y la postura, beneficios sociales, espirituales, emocionales y para el sistema inmunológico y la salud. En sus numerosos y variados artículos relacionados con el canto coral y la salud, nos hablan de la rutina diaria que experimentan las personas en residencias de mayores, limitadas, con demasiada frecuencia, a pocas actividades más allá de comer y dormir. La incorporación de la música grupal en este entorno lleva a un beneficio sensorial que facilita el bienestar social, cognitivo y físico, ayudando al envejecimiento positivo. (Hays, 2002). Rosabal (2008), recalca lo que supone el formar parte de un coro. Según este autor, permite a quienes forman parte de él:

> […] la oportunidad de involucrarse en el proceso de hacer música de acuerdo con estándares y tradiciones de diversas prácticas musicales, así como la oportunidad de autorealizarse dentro de esta participación, por medio del

> desarrollo de destrezas vocales, auditivas, cognitivas, psicológicas, y sociales. (Rosabal, G. 2008. Pp. 2)

Ramírez y Briceño (2013), van mucho más allá, afirmando lo siguiente:

> Es importante señalar, que formar parte de un coro implica compromiso y responsabilidad; en una coral se producen relaciones dinámicas que suponen una serie de interacciones, entre director y secciones, entre director y cada corista, director y acompañante, entre una sección y otra, y entre cada persona dentro de las secciones; esto indudablemente determinará el proceso y producto final del trabajo coral. Por ello es fundamental la responsabilidad individual y grupal en los miembros de su ensamble; cada corista depende de otros coristas para contribuir a la calidad vocal del grupo, así como cada corista debe comprometerse, en el ámbito individual, de dar esa misma calidad. Por esta razón, en un coro no se trata de sobresalir ni buscar el lucimiento personal destacando por encima o a costa de los otros, sino sumar esfuerzos, cualidades, talentos y entusiasmo; hace falta disciplina e inteligencia emocional. Por ello, afirma nuestro autor referido (Rosabal, 2008), que esto marca la diferencia para realizar el salto cualitativo del yo al nosotros, objetivo fundamental para el individuo en cualquier etapa de su vida. (Ramírez y Briceño, J. 2013. Pp. 96)

Socialización coral, comunidad de sentido, valor psicológico, cognitivo y social, musicalidad, aprendizaje formal y aprendizaje permanente, percepción cultural… Son conceptos para expresar algunas de las diferentes facetas o niveles adquiridos a través del canto coral.

Los coros como "communitas"

Sobre la comprensión del coro como una comunidad, los informantes usan frecuentemente el término "familia" para denominar su coro.

> "Buenos con algunas personas si, poco a poco si, con tres o cuatro. Que todavía seguimos hablando… Nos vemos normalmente. […] ¿Una comunidad casi no? Una familia" (coralista ref. 1).

Una nueva familia formada a través de la música, del canto coral, de las relaciones y la socialización de sus miembros que extienden por medios físicos y virtuales su comunicación en los encuentros puntuales de los ensayos semanales y en viajes culturales que permiten convivencias que refuerzan los vínculos comunitarios.

Un informante expresa este sentimiento en un poema dedicado a su formación coral:

He empezado a sonreír en sol menor
en el patio coral de esos amigos
de esos poetas que escriben versos con la vida,
que marcan iglesias con sus cantos
que las acercan, con ellos dentro,
cada día un poquito más al cielo.

Esos que comulgan cada vez que armonizan en acorde
y que llevan pentagramas en las médulas
o flechas o letras gordas, que toda "solfa", vale para el arte.

Que se estremecen ante el Todo
de aquello que acaban de hilar juntos
y que es mucho más que la suma de sus voces.

Palomas mensajeras de alto vuelo
y gallos y comadres, y ojos españoles de María,
que acompañan los momentos importantes
fiestas y procesiones, bodas y duelo.

Bendito Coro de Sande
familia en horas de música labrada
horas de pasión florida y de canción alada.
Los veréis siempre metidos en cantares,
sagrados, profanos, cultos y populares.
(coralista ref. 5)

Viajes y encuentros culturales

Otro aspecto importante de esta faceta musical, es el disfrute de la cultura, tanto propia como de fuera, a través de encuentros, viajes, visitas culturales…una nueva forma de llevar el canto coral fuera de las fronteras y dar el impulso necesario para conocer, no solo lugares emblemáticos, o nuevos entornos o escenarios, sino nuevos repertorios culturales de adquisición de nuevas visiones corales.

"Almendralejo, ha sido el sitio más lejos que he ido. Hemos recorrido sobre todo sitios de la provincia pero por lo visto me dijeron que el coro había ido a cantar hasta Bruselas por ejemplo. Y eso también me atraía bastante,… incluso hacían unas vacaciones musicales para los que querían y yo estaba dispuesta a ir porque la parte de ocio también me atraía ¿no? porque me atraía socializar saber y conocer gente y… y bueno la música como me gusta mucho pues

también sabes... o sea era un poco de todo ¿no? había muchos ingredientes y aparte había un componente por ejemplo había un compañero que hacía senderismo los domingos, que estuve yendo muchas veces a sus rutas, entonces estaba bastante ilusionado con el coro, como que llenaba no solo la faceta musical sino también un poco el tema de socializar..." (coralista ref. 2).

Interacción coro-público

Cuando se funde en un mismo escenario, la letra, la musicalidad, el entorno, el compañerismo y el público, se crea una armonía musical que penetra en los oídos de cada componente descrito que te hace evadirse e ir a un mundo mágico. Es lo que se conoce como esencia del coro, el factor por el que la música coral es capaz de fundirse en sentimientos y emociones.

"Sí, sí me gustaba bastante. [...] pero cuando transmite al público, un grupo bastante grande de gente [...] ya todo bien preparado, todo bien orquestado, pues te emociona más y transmites [...]. Es como que se crea así algo mágico. No es lo mismo, el escenario... es muy diferente vamos. Es como si en el escenario un coro tuviera esencia. La esencia pura ¿no?" (coralista ref. 1)

Coro, música y salud

En nuestra etnografía coral es también patente que las agrupaciones corales favorecen el desarrollo personal y el bienestar de las personas, por ejemplo, en el caso del bienestar psicológico, las relaciones interpersonales, las necesidades de comunión, expresión y enriquecimiento; apostando por metas colectivas y adquisición de habilidades.

"Yo siempre digo que para mí, el coro es el psicólogo,... yo en vez de ir a terapia a otro sitio, yo voy al coro y se me olvidan todas las penas. Y además me siento feliz de formar parte anónima, de que nadie sepa que es mi voz porque está fundida con los demás. Y esa sensación de formar parte de un colectivo es algo tan bonito y además me encanta muchas veces cerrar los ojos cuando estamos cantando, para escuchar, sentir... eso me parece precioso." (coralista ref. 3)

"Es como si fueras trapecista en una cuerda pero te ponen una red enorme, que no pasa nada si te caes, incluso te agarran con un cinturón y un cable porque es que casi no puedes fallar porque te envuelven los de la cuerda, te envuelve el todo coral. Es lo que decimos el coro es inclusivo. Mira, cuando tu calientas tus cuerdas vocales, cuando tú haces los ejercicios, hay veces que esa voz, que a lo mejor es que en un principio no te gusta, fluye, fluye de tu alma y a veces es muy mágico."(coralista ref. 2)

En nuestro percurso etnográfico tenemos que hacer especial alusión a Carmen Pérez Coca, fundadora coralista del Coro de la Universidad de Extremadura y pionera en aspectos musicales y armonización de partituras para coro. Con una edad de 88 años y problemas estructurales de salud, los más patentes, parkinson y dificultades para respirar, nos cantaba fragmentos corales como la famosa Ronda de Quintos, armonizada por ella misma, o "Eres tú" de Mocedades, entre otras; momentos en que su mente se paraba y sus dedos tocaban la melodía en su piano, paraba de temblar, cantaba y se detenía durante ese paréntesis su respiración dificultosa.

> "Todos los días me pongo un corsé ortopédico, 40 minutos, un corsé ortopédico, por qué tengo dos pinzamientos de vértebras y tres hernias de disco y una escoliosis y no tengo nada bueno... pues me pongo el corsé ortopédico con unos auriculares y oigo música clásica por este pasillo, 40 minutos." (coralista ref. 4)

Las bandas de música como agentes de dinamización social y elemento de transmisión cultural.

En este apartado analizamos el papel de las Bandas de Música desde dos puntos de vista: como agentes de dinamización social y elemento de transmisión cultural, como punto de encuentro intergeneracionales y su relación con el bienestar y la calidad de vida.

Nadie se imagina unas fiestas en el pueblo sin la banda tocando o las procesiones de Semana Santa sin su banda sonora, porque ya sean eventos militares, civiles o religiosos las bandas siempre les han puesto música a nuestras vidas. Pero el papel de las bandas de música va mucho más allá, sobre todo en áreas rurales, ya que en muchos casos suponen el punto de encuentro, formación y consolidación de numerosos músicos, algunos de los cuales nunca lo hubieran sido sino fuera por la presencia de la banda de música en su comunidad. Estas suponen un referente cultural y social, ya que son parte de la historia y la vida de nuestros pueblos.

Sin duda alguna, las bandas de música contribuyen a la conservación de la cultura de cada sitio: a través de los diferentes repertorios o la participación en las diferentes festividades tradicionales o no propias de cada pueblo o región. De hecho, han tenido una gran influencia en la cultura musical nacional en general.

Encuentros intergeneracionales y bienestar.

En ellas se dan encuentros intergeneracionales, ya que suelen estar compuestas por individuos de muy diferentes edades. Lo que favorece la cohesión social de la comunidad, el intercambio de diferentes modos de ver y entender la vida.

Pero además, el estudio y la práctica musical, en grupo, desarrollan competencias relacionadas con la autonomía personal, la comprensión del otro y el reconocimiento del entorno, alerta los sentidos, los hace conscientes de una realidad circundante que favorece la socialización, despierta el espíritu cooperativo e involucra sentimientos y emociones. Según Granados, M. et all (2015) "*participar en actividades musicales puede ayudar a la persona a conectarse con sus experiencias de vida y con otros individuos, y a sentirse más estimulada. La música es un método terapéutico simple, no invasivo, no costoso, y que ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores que viven en la comunidad*"

Recursos musicales en áreas rurales

Las bandas municipales, los coros, las charangas son habituales en los pueblos pequeños y medianos de España y del mundo entero. Los "coros y danzas" son agrupaciones, especialmente rurales, que habría que fomentar en todo lugar, por su labor en la investigación, recepción y salvaguarda del patrimonio musical inmaterial, su interacción respetuosa y agradecida con los mayores, detentadores de esa tradición y el fomento de su reproducción.

Festivales, intercambios musicales, residencias artísticas, recreaciones históricas, revitalizaciones de fiestas, radios y canales de "youtube", estudios de producción, lugares públicos y privados con escenarios dedicados a eventos programados y espontáneos, figuras de protección y reconocimiento como las ciudades UNESCO creativas de la música son parte de las herramientas que en la actualidad utilizan los pueblos como recursos para el desarrollo rural y la dinaminación cultural de sus comunidades.

La música en su riqueza sociocultural ofrece oportunidades magníficas para el desarrollo rural, la lucha contra la despoblación y los retos demográficos de las áreas rurales desfavorecidas.

CONCLUSIONES

No solo el cantar o el tocar instrumentos o el saber interpretar, sino que la música en general tiene una finalidad que es la de hacernos felices y más humanos dentro de una sociedad cambiante a lo largo de los años. Su valor, no solamente, para el bienestar psicológico y social de las personas, sino como método educativo para niños y niñas, formando una base sólida para un mundo más solidario, tanto con el entorno como consigo mismo.

A través de la etnografía seguimos comprobando cómo a nivel personal y colectivo la la educación e interpretación musical aporta múltiples beneficios al ser humano en todas sus etapas vitales.

Los avances de nuestras investigaciones constatan que las redes sociales musicales se reproducen por familias y linajes y se expanden en nuevas formas, siempre cambiantes con el contexto de cambio social acelerado de las sociedades de la aldea global. Pero las formas y formaciones tradicionales también perduran; coros y bandas de música siguen reproduciendo repertorios y estilos centenarios

"Cuidadanía" es un juego de palabras para expresar una ciudadanía enfocada al cuidado, de los mayores, de los menores, de los seres humanos en general, los animales y el medio ambiente. El lema de la New European Bauhaus, "bonito, sostenible, inclusivo" incluye también esa dimensión de una sociedad más desarrollada, más civilizada. En este contexto, la música ofrece todo su enorme potencial para crear belleza, bienestar, calidad de vida y como se demuestra desde muy diferentes ámbitos y enfoques cientifícos y metodológicos: salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asensio Arjona, V. (2017) "El poder de la música para el aprendizaje de lenguas extranjeras. La interdisciplinariedad Arte y movimiento: revista interdisciplinar del Departamento de didáctica de la expresión musical, plástica y corporal, ISSN-e 1989-9548, Nº. 17.
- Barrantes López, M., Calvino Haut, C.I., Barrantes Masot, M. C., Zamora Rodríguez, (2021) "Canciones infantiles para aprender matemáticas". Campo Abierto, v. 40, n. 1, p. 103-118.
- Bailey, B. A., & Davidson, J. W. (2002). Adaptive characteristics of group singing: Perceptions from members of a choir Forhomeless men. Musicae Scientiae, 6(2), 221-256.
- Bernabé Villodre, M. (2012). La comunicación intercultural a través de la música. Espiral.Cuadernos del Profesorado, 5(10), 87-97. Disponible en: http://www.cepcuevasolula.es/espiral.

- Campayo Muñoz, E., & Cabedo Mas, A. (2016). Música y competencias emocionales: posibles implicaciones para la mejora de la educación musical. Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical - RECIEM, 13, 124-139.
- Carrasco, A. M. V. (Ed.). (2022). Música y arte para la calidad de vida: propuestas y experiencias. (1st, 44704th ed.). Dykinson, S.L. https://doi.org/10.2307/j.ctv2s0j617
- Casas, M. V. (2001) ¿Por qué los niños deben aprender música? Colombia médica, 32 (4), 197-204. http://revistas.ucm.es/index.php/RECI. ISSN 1698-7454 http://dx.doi.org/10.5209/rev_RECIEM.2015.v12.46500
- De Souza, F. y Santos, M. (2009). O Corpo na música, a música no corpo: A comunidade em um processo de integração. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, vol.6, n.7, 110-116.
- Eyre, L. (2011). Therapeutic Chorale for Persons with Chronic Mental Illness: A Descriptive Survey of Participant Experiences. Journal of Music Therapy, vol.48, n.2, 149-168.
- Fernández Herranz, N. S. 2013. "Las agrupaciones corales y su contribución al bienestar de las personas: percepción de las aportaciones del canto coral a través de una muestra de cantores." PhD diss., Universidad Carlos III. Departamento de Humanidades, Historia, Geografía y Arte. Getafe.
- Fonseca Mora. M.C., Ávila López, J., Gallego Segador, A. (2015) Beneficios del entrenamiento musical para el aprendizaje de una lengua extranjera. Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical, Volumen 12 2015
- Gómez-Ullate, M. y Belmonte Trujillo, J.C. (2016) Much more than music: the cultural importance of estudiantinas–tunas and choirs as informal adult music schools and communitas, Music Education Research, 18:4, 387-398, DOI: 10.1080/14613808.2016.1242563
- Granados, M. y Muñoz, D. (2015). Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 29, 1-16. DOI: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19732
- Hays, T., Bright, R., & Minichiello, V. (2002). The contribution of music to positive aging: A review. Journal of Aging and Identity, 7(3), 165-175.
- Jaqueline Denis, E. y Casari, L. (2014) "La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor" Revista diálogos. Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas. Vol. 4, Nro. 2, Julio, pp. 75-82
- Lago, P. (marzo-2016). Musicoterapia para Maestros de Educación Especial. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva, (1), 134-144.
- Levitin, D. J. (2011) Tu cerebro y la música. Barcelona. RBA
- Odalis Hernández Rodríguez, Yaneysi Pérez Azcuy y Noemí Dueñas Bravo (2021): "La dinamización de los espacios socioculturales: una experiencia desde el contexto comunitario.", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (vol 10, Nº 3 marzo, pp. 155-168). En línea: https://www.eumed.net/es/revistas/caribena/marzo-21/espacios-socioculturales

- Opriş, D. 2015. “Personal Development of Adults Through Religious Music. Motivations and Chances.” Procedia- Social and Behavioral Sciences 180: 1192–1198.
- Pascual, P. (2006) Didáctica de la música Para Educación Infantil. Madrid. Pearson Educación
- Ramírez, Y. Y., & Briceño, J. M. (2013). La orientación social y la educación emocional a través de la música coral: una práctica educativa para la formación en ciudadanía. Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales, (19), 87-102.
- Regelski, A. y Gates, J. (2009). Music Education for Changing Times. New York: Springer.
- Rosabal, G. (2008). "El director coral como educador musical." La Retreta 1.
- Toscano Fuentes, C. M., & Fonseca Mora, M. C. (2013). La música como herramienta facilitadora del aprendizaje del inglés como lengua extranjera. Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria, 24(2), 197–213. https://doi.org/10.14201/10361

ANEXO 1

Listado de informantes (datos sociodemográficos)

Entrevista Ref.	Sexo	Edad (Intervalo)	Naturalidad	Coro	Sección
1	M	45	CC	Fco. Sande	Soprano
2	H	49	CC	Fco. Sande	Bajo
3	M	65	CC	Fco. Sande	Contralto
4	M	88	CC	CORAL Uex	Contralto
5	H	51	CC	Fco. Sande	Bajo

15.

CULTURAL HERITAGE, INTERGENERATIONAL CONTACT AND SOCIAL WELL-BEING IN RURAL AREAS OF GREECE: THE CASE OF FARKADONA

DR. AFRODITI KAMARA,
Historian-Cultural Heritage Consultant, Time Heritage, info@timeheritage.gr

DR. YORGOS TZEDOPOULOS,
Historian, Time Heritage, tzedoy@gmail.com

ABSTRACT

According to the definition of Corey Keyes, social well-being is the "appraisal of one's circumstance and functioning in society", which stems from social integration, social contribution, social coherence, social actualization, and social acceptance. Social psychologists have argued that a major factor of social well-being is "perceived collective continuity" (Keyes, 1998). Collective continuity refers to a "collective self", an entity individuals feel they are a part of, which exists and develops through time. Personal continuity, perceived as a temporal extension of individual existence, is crucial for mental health and personal well-being; it gives sense to our lives by providing us with a background of identity, origin and motion through time, which can accommodate change without disrupting subjectivity. Thus, high collective continuity is an important factor in the emergence of social well-being. A necessary condition for high collective continuity, and therefore for social well-being, is inter-generational interaction. Intergenerational interaction passes through the exchange of experiences and stories that give meaning to the collective self's continuity and change over time. This exchange is, in fact, embedded in a dialectics of cultural reproduction and transformation. In this paper we will explore how the re-appraisal of cultural heritage, both in its tangible and intangible aspects, and its use in actions for the promotion of intergenerational interaction, can contribute to collective continuity and social well-being. This link is, we believe, particularly pertinent for rural areas, where social life is strongly based on communal structures and interpersonal understandings of the collective self.

INTRODUCTION

The relation of local rural communities with their cultural heritage is not a direct and linear one, in many cases. On the contrary, it often needs the application of the "interpretive model" (Papathanassiou-Zuhrt et. al., 2007) to help people realise not only the ways in which they are attached to their past but also the degree in which their identity is shaped by it as well as the potential for development that this identity carries with it.

In Greece many communities are characterised by a "bipolar" view of their past: on the one hand they can be very proud of particular aspects of it (the ancient past, the descendance from a particular ethnic group or clan, the role the ancestors played in the Greek War for Independence etc), whereas on the other hand they believe that their present in no way reflects their past and that their local identity is in many ways inferior to that of others. This "bipolar effect" has a curious impact on the development of their everyday life and particularly on the intergenerational interaction, with the elder becoming attached to the past and the younger ones opting for departure and evacuation of their birthplaces for the sake of freedom and the shaping of a new identity. This is particularly relevant for small communities in the countryside, where traditional modes of behaviour are very much alive and young men and women are subject to their elders' and neighbours' everyday scrutiny.

OBSERVING LOCAL COMMUNITIES

In a recent trip and training to the municipality of Farkadona in western Thessaly, the research team of Time Heritage had the chance to experience one facet of this bipolar effect. The people who showed up in the training came mainly from the age group 30-55, they belonged thus to the generations who still feel attached to the local culture but with a desire to improve it. The elder didn't appear, with the exception of people involved in cultural associations, and people under 30 also did not show up, as they probably felt that this training, aiming at investigating the needs and digital skills of people in the agricultural professions, did not include them. The sense we had during the training was that the intergenerational gap was evident in our audience.

Out on the streets of the town later on, the impression was confirmed. When trying to find a place to eat, local people asked us why we had come and "why on earth we had ended up there". It was evident that communal self-esteem was very low and this reflected on the lack of touristic infrastructure and on the introvert tendency of the local people, which does not allow the

community to understand its strengths and weaknesses and offers a general pessimistic view of the present and future.

When discussing these issues with members of the local cultural associations, we had a quasi-unanimous description of the situation: although their activities and festivals attract a lot of people, the impact they exercise on the population affects mainly those under 15 years of age and the ones over 40. This is a clear example of a generational gap.

A totally different picture, however, emerges from other regions of Greece, particularly the quasi-abandoned villages of Kalarrytes and Syrrako on the mountainous region of Tzoumerka in NW Greece. The majority of inhabitants live either in the big cities or abroad. However, they go back in the summer, in August mostly, when the villages are bustling with life. It is then that the intergenerational approach becomes more evident: families are reunited, they spend time with each other, they participate in festivals, folk dances, big feasts and other local activities (Merantzas, 2008). The atmosphere they emit is that of joy and pride. Their local identity is strong despite the fact - or perhaps exactly because of the fact- that they all live apart for most part of the year. This identity is reflected in the architectural beauty of the houses, the cleanliness of the public spaces and the bonding around religious celebrations and gastronomical treats. In respect to their potential for identity formation, these summer reunions can be compared to pilgrimages (Coleman and Eade, 2004); they revive and reproduce a sense of community through mobility, interaction, and storytelling: exchanging views and stories about the place and its people help shape a common space of reference, an imagined and at the same time experienced place of belonging. All generations, children, adolescents, adults and elderly share their brief time together and cherish the memories of this encounter until the next summer.

And we come now to the issue of social well-being (Keyes 1998). This is a notion which has started substituting, in the mind and writings of several scholars, the notion of GDP as a sign for a developed and happy society. “Man shall not live on bread alone” writes the Gospel, and rightly so. The degree of happiness and self-fulfilment of a society cannot be counted only based on people’s income. The sense of continuity, the sense of belonging and the sense of identity are all important factors leading to communities which have a high degree of collective happiness and good interpersonal relations (Sani, Bowe, and Herrera, 2008). In this respect, an intergenerational approach is necessary, as it contributes to all the above. However, it does not come alone. Intergenerational approach is a complex phenomenon, as each generation is

both transmitter and receiver of impact from the other generations. For example, adolescents receive the influence of the elderly, but they also emit their own influence to the elderly.

Cultural heritage as a means for intergenerational contact

Against this theoretical background, one has to look for practical means to trigger intergenerational contact and increase social well-being. Towards this end, cultural heritage is not only a useful means but also a driver which sets in motion iterative movement and constant feedback.

Tangible cultural heritage, such as historic buildings, houses, fortresses and bridges as well as archives and museums, is not only precious for the visual embellishment of the landscape, urban or rural, for the sense of historical continuity of a place and for the scientific interest it may trigger. It is also a bearer of stories that can be heard and shared among generations. Stories from the time of its foundation as well as from its long course in time, stories of the people who built it, used it, abandoned it, destroyed it (or part of it). The elderly are often transmitters of these stories, be it real or fictitious. The younger are the receivers, but they are also these people who can transform these stories into art, digital apps, record them and share them with the rest of the world. Furthermore, the younger generation often has the means, energy, and knowledge to protect the tangible cultural heritage and involve the elder generations (parents, grandparents) in this process; the reason is that modern precepts of co-gestion and co-protection of tangible cultural heritage have started gaining ground against the old, top-down approach. Hence, the younger generation is the one that can better perceive the role of "stakeholder" for the local community in respect to its sites and monuments. To achieve this goal, however, one needs to constantly bear in mind the question "who owns heritage?" (to paraphrase " who owns the past?" which has become a motto for the bottom-up approach to cultural heritage stressed by many scholars). (Bickers, 1989; Fitz Gibbon, 2005.)

Intangible cultural heritage, on the other hand, is the bridge leading from one generation to the other; it is the most vulnerable one, as it is easy to distort, alienate and falsify it, but on the other hand it is also the most familiar one, which literally "runs in people's veins", as it consists of local music, tales, rites, tastes, products. It is what creates the physiognomy and the identity of a rural area and of a local community, the one that can be taken along when members of the community migrate and the one that can be shared more easily with the rest of the community and its visitors. What is more: life stories and personal

biographical accounts should also be considered as significant manifestations of intangible cultural heritage (Solanilla, 2008).

More often than not, tangible and intangible cultural heritage mesh with one another. People relate their personal stories with the landmarks of the place; but the landmarks have also their own stories, which constitute a "historical" background net that people weave with real or invented events and figures of the past. Every generation contributes to this in its own way. The precise socio-cultural context might change with time, but the process is the same: relating one's life with the place and with its continuity.

In Greece, the main obstacles for a meaningful revitalization of heritage as a driver for collective continuity and social well-being are twofold: first, a top-down understanding of heritage that delivers it to the absolute jurisdiction of state authorities and excludes local populations from taking part in its curation; secondly, the intense commodification of culture in the framework of mass tourism.

Although not directly related to intergenerational approach and social well-being, tourism is a factor worth examining a bit closer. In countries like Greece, cultural tourism is high on the list of foreign travellers, because of its rich archaeological heritage, its historic importance and its relatively protected natural environment. It has been noticed that in many cases it was the "discovery" of specific areas, traditional settlements and even archaeological sites by foreigners that urged the authorities to undertake efforts of restoration, enhancement and protection. In these cases, locals suddenly realised the potential of their area and became more aware of the importance of maintaining their own cultural environment intact. But soon, such areas, "developed" touristically in the 1960s and 1970s, lost their authenticity, as investors rushed to grasp the opportunity and often bought historic buildings and old houses at bargain prices. The younger generation of locals also followed the same path. Hence cultural heritage became an item of display and the intergenerational bond was often irrevocably disrupted. For example, the traditional settlement of Oia in the island of Santorini was recently voted as "the most beautiful village in the world" (Vaidya, 2021). But is it really traditional? What remains of tradition in a place where almost all houses are boutique hotels and tourists swarm in to watch what the tourist guides present as "the most beautiful sunset in the world"? On the other hand, local communities such as that of Kalambaka and Kastraki, although they live off tourism to a large extent, due to the nearby rocky formations and pilgrimage centre of Meteora, a UNESCO site, appear to not only maintain their own

traditions, but also to understand the importance of enhancing and promoting their heritage: over the past decade more than 5 new museums, both public and private, have opened in the region. This can be an excellent starting point for building not only the relation between visitors and locals but also that of the younger and older generations -with the proper investment in activities and joint actions.

This brings us to an important point: cultural heritage, at least the tangible one, cannot act by itself. Cultural agents, administrators and stakeholders will need to understand that, in order for it to become noticeable and a pole of social cohesion, it has to be vested by human presence. Speaking about Farkadona, which has become the point of our research over the past couple of years, although its heritage is not comparable to that of Meteora and Kalambaka, it is, however, not insignificant. But it does not inspire the amount of pride to the local community that it would take for them to bond around it. Three major sites, the mediaeval castle and the 1881 fortress at Grizano, the Ottoman-period bridge at Keramidi and the ruins of ancient Phayttos (crowned by yet another fortress) at our Learning Village, Zarko, remain empty of people. Yet, they could become the centre of cultural activities in the open air; on the contrary, folk dance activities and gastronomy events always take place in closed theatres in the nearby city of Trikala or in the streets of Farkadona. Turning these sites into locations for family gatherings would immediately make them noticeable and a point of intergenerational approach: it only takes an initiative and maybe some basic wooden infrastructure of benches and tables and a couple of signs highlighting the importance of the monuments. And then, the local “paniyiria” (religious feasts) may start shifting their weight to this direction.

Up to here, I am afraid, we have not been doing anything else than demonstrating the obvious. Yet, there is one more question that remains to be asked -and answered, if possible. The question is: which heritage is the one that people wish to maintain and build their relations on? In many cases, this is a problematic issue, because when talking about cultural heritage we shouldn’t have in mind a unified, “neat and tidy” heritage. What is perceived as “heritage” by the locals is often a conflicting, disparate mixture of feelings felt and traditions maintained. There is the “ancient” heritage, which may trigger sentiments of pride, because it offers a sense of ancestry, and because it is the one aligning a region with the official, state cultural policies. Then, it is the “ecclesiastical” heritage, the religious monuments and traditions, which, in rural areas of Greece at least, have a firm grasp and constitute real intergenerational hubs of contact. Going to church over the major religious

celebrations (Christmas, Easter, the local saints' feast) is a tradition practised by entire families, and the mass is often followed by local festivities in which the majority of the local population participates. These festivities are, for the Greek countryside, the most unifying social activity. The long Ottoman rule and the adoption, by the Ottomans, of the relative religious autonomy of the different ethno-religious groups (Braude and Lewis, 1982), has only made this attachment to the religious traditions stronger, a real part of the people's identity -regardless of the degree of actual faith.

Then, there are the festivities and local traditions of the various "clans'' or social groups. In Greece, ever since antiquity, there was a strong "local" identity which sometimes was stronger than ethnic, religious, or national identity. This identity was not even unique: different clans or ethnic groups bore their own traditions, sometimes conflicting with that of the others, yet merged all together in a colourful symbiosis. In Farkadona, for example, are evident three major traditions: that of the Karagounides, the local native inhabitants, who were mainly cultivators of the land and often subject to severe pressure by the authorities and land owners, that of the Vlachs, the transhumant animal breeders, with a very distinctive cultural and linguistic identity, and that of the immigrants from the north and north-east shores of the Black Sea, i.e. Ukraine, Caucasus and the Crimean peninsula, of Greek-Orthodox stock, after the dissolution of the Soviet Union. These distinct social groups want to express and promote their own customs and rites, their own music and gastronomic traditions which, although to an alien's eye may not be so different, mark their own strong attachment to their past. The co-existence of these traditions is naturally an interesting and life-enriching factor, yet, it is possible that in some cases it does not foster social cohesion and intergenerational approach, as it can lead to inter-communal discrimination and strife.

Finally, one should not forget that there is also the "difficult" heritage, the one that people opt to forget. Periods and moments in history that do not match the picture one wants to preserve for one's community often remain hidden and buried in silence, although their traces are everywhere. The Ottoman period, as mentioned before, is definitely a dark point in most local communities' sentiments, but only because the mainstream historical narrative has painted it in dark colours. In some cases, the historical reality is different: the region of Thessaly, a fertile plain, became subject to the division in large land properties, the so-called çiftliks, in the later Ottoman Empire, from the 18th century onwards (Laiou 2007). Within this system, the local cultivators could still, however, maintain a little piece of land and a part of the production for their own family needs. The liberation of Thessaly in 1881, instead of

changing, as hoped, the lot of people and offering arable land to all inhabitants as their own property, had the completely opposite effect: the Ottoman çiftliks changed hands overnight with transactions carried out in Istanbul's notaries offices, and they became the property of Greek merchants and bankers, who proved more oppressive than their predecessors, as they urged the country towards industrialization and capitalist ways of exploitation of land and workforce. This resulted in the violent incidents between the cultivators of Zarko and the armed bands in the service of the landowner Christakis Zografos, an otherwise recognised "benefactor" of modern Greece, in 1882-1884 (Patronis 2015, 100-101). This side of local history remains, nowadays, to a large extent forgotten and it is not the heritage that one wishes to remember. Yet, it could be an excellent starting point for a "rediscovery" of the local identity.

During the recent multiplier event carried out in Farkadona we realised that the key for attracting all generations into a more meaningful relation with their heritage is to make this heritage more extrovert. Addressing people from outside the community makes locals more conscious and more eloquent about their past. Cultural mapping, that is, involving the entire community in the effort of locating and describing their cultural assets and practices, is an inclusive process that helps people perceive heritage as a functional and living essence. This cultural mapping can take place through joint and even fun activities such as photographic competitions, orchestrated writing of Wikipedia articles, and storytelling in the coffeeshops. Enticing local communities towards documenting and interpreting their cultural heritage with a view to communicate it to others is a first step into making heritage a unifying factor that flows in all directions and embraces all generations. The multiplier event had actually an immediate, practical result: the creation of *Farkadona PolLog* by the local consultancy company "Simple", which aims at establishing a crowdsourcing approach to the cataloguing and enhancing local cultural heritage with an innovative platform for cultural mapping (Farkadona PolLog, 2022).

References

- Bickers, 1989: Bill Bickers, "Who owns the past?", *Central States Archaeological Journal,* 36, pp. 185-187.
- Braude and Lewis, 1982: Benjamin Braude and Bernard Lewis (eds), *Christians and Jews in the Ottoman Empire: The Functioning of a Plural Society*, 2 vols, New York – London: Holmes and Meier.

- Coleman and Eade, 2004: Simon Coleman and John Eade (eds), *Reframing Pilgrimage: Cultures in Motion*, London: Routledge.
- Keyes, 1998: Corey Keyes, "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly* 61, pp. 121-140.
- Farkadona PolLog, 2022: Farkadona PolLog. A platform for registering cultural heritage in the Municipality of Farkadona, https://simple-lab.gr/projects/simplepoi/?fbclid=IwAR1soJX-q2XAY9OmAZiT8A1b6L0WaVse1W6rozZqPo7mKtSXu3xhs0H9WZ0 (retrieved: June 6, 2022).
- Fitz Gibbon, 2005: Kate Fitz Gibbon (ed.), *Who owns the past? Cultural Policy, Cultural Property and the Law*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Laiou, 2007: Sophia Laiou, "Some considerations regarding çiftlik formation in the western Thessaly, sixteenth-nineteenth centuries", in Elias Kolovos, Phokion Kotzageorgis, Sophia Laiou, and Marinos Sariyannis (eds), *The Ottoman Empire, the Balkans, the Greek Lands: Toward a Social and Economic History. Studies in Honor of John C. Alexander*, Istanbul: The Isis Press, pp. 255-277.
- Merantzas, 2008: Christos Merantzas (ed.), *Proceedings of the 1st Scientific Conference for Tzoumerka. Place. Society. Culture. Continuities and Changes,* Ioannina 2008 (in Greek).
- Papathanassiou-Zuhrt et al., 2007: Dorothea Papathanassiou-Zuhrt, Odyssseas Sakellaridis, Konstantinos Karipis, and Maria Doumi, "Applying the interpretive planning process to promote local heritage for tourism in peripheral areas. Serving the visitor in the Highlands of Nafpaktia, Greece", Paper presented at the international conference *Advances in Tourism Economics*, Vila Nova de Santo Andre, Portugal, April 13, 2007, https://www.academia.edu/5855685/APPLYING_THE_INTERPRETIVE_PLANNING_PROCESS_TO_PROMOTE_LOCAL_HERITAGE_IN_PERIPHERAL_AREAS_SERVING_THE_VISITOR_IN_THE_HIGHLANDS_OF_NAFPAKTIA_GREECE (retrieved: June 9, 2022).
- Patronis, 2015: Vasilis Patronis, *Greek Economic History: Economy, Society and the State in Greece, 18th- 20th Century*, Athens: Hellenic Academic Libraries Link (in Greek).
- Sani, Bowe, and Herrera, 2008: Fabio Sani, Mhairi Bowe, and Marina Herrera: "Perceived Collective Continuity and Social Well-Being: Exploring the Connections", *European Journal of Social Psychology* 38, pp. 365–374.
- Solanilla, 2008: Laura Solanilla, "The Internet as a Tool for Communicating Life Stories: A New Challenge for 'Memory Institutions'", *International Journal of Intangible Heritage* 3, pp. 103-116.
- Vaidya, 2021: Nisha Vaidya, "The world's most beautiful villages, according to social media", *Uswitch*, https://www.uswitch.com/mortgages/guides/worlds-most-beautiful-villages/ (retrieved: April 19, 2022).

16.

LA PARTERÍA ANCESTRAL-TRADICIONAL COMO HERRAMIENTA DE APOYO A LAS NECESIDADES DE SALUD Y BIENESTAR DE LA MADRE EN EL ECUADOR

ANCESTRAL-TRADITIONAL MIDWIFERY AS A TOOL TO SUPPORT THE HEALTH AND WELL-BEING NEEDS OF MOTHERS IN ECUADOR

ANA CAROLA FLORES-MANCHENO
acmacheno@espoch.edu.ec Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

CLAUDIA PATRICIA MALDONADO-ERAZO
claudia.maldonado@espoch.edu.ec Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

ERICA ESTEFANÍA ANDINO PEÑAFIEL
erica.andino@espoch.edu.ec Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

MARÍA DE LA CRUZ DEL RÍO-RAMA
delrio@uvigo.es Universidad de Vigo, Ourense, España

RESUMEN

La medicina ancestral-tradicional como un campo de estudio de la etnomedicina, se establece como una herramienta de insurgencia de los pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubias, quienes a partir de los conocimientos, saberes, rituales y usos del entorno, así como de los animales y las plantas, han logrado satisfacer sus necesidades de salud y bienestar. La histórica imposición del modelo biomédico occidental no ha desplazado la trasmisión generacional de las formas de percepción y clasificación de los problemas de salud, medidas de prevención, diagnóstico y especialistas (curanderos) que están presentes en las reservas de la memoria y el conocimiento ancestral de los pueblos y nacionalidades. En este sentido, se han logrado identificar ocho tipos de aplicación de la medicina ancestral-tradicional, entre los cuales destaca la partería, área de aplicación de enorme

valor para las comunidades debido a que, desde tiempos prehispánicos los hombres y mujeres que ejercen este oficio se han constituido en lideres o lideresas espirituales de las culturas, debido al apoyo que brindan durante el embarazo, parto y postparto. De esta manera, el Estado ecuatoriano a partir del reconocimiento de la diversidad cultural en el territorio y con la integración transversal de la política de interculturalidad ha generado paulatinamente mecanismos para la inserción de la partería como parte del Sistema Nacional de Salud del país. El propósito de este estudio es caracterizar el uso de la medicina de partería ancestral-tradicional en función de las etnias reconocidas dentro del Ecuador, para lo cual se toma como fuente de información los datos provenientes del registro estadístico de nacidos vivos y defunciones fetales generados por el INEC en el año 2020. Entre los resultados más destacados se aprecia que la integración de esta práctica médica ha logrado disminuir los niveles de mortalidad neonatal y materna, además de cubrir espacios territoriales de difícil acceso como son los territorios ancestrales. Este estudio abre la puerta a un análisis a mayor profundidad sobre el valor de la partería entre los grupos étnicos del Ecuador, así como su reconocimiento y sostenibilidad en el sistema de salud estatal.

Palabras Claves: Medicina ancestral, partería, interculturalidad, análisis estadístico, Ecuador.

ABSTRACT

Ancestral-traditional medicine as a field of study of ethnomedicine, is established as a tool of insurgency of the indigenous, Afro-Ecuadorian and Montubio peoples and nationalities, who, based on the knowledge, knowledge, rituals and uses of the environment, as well as of animals and plants have managed to satisfy their health and wellness needs. The historical imposition of the western biomedical model has not displaced the generational transmission of the forms of perception and classification of health problems, prevention measures, diagnosis and specialists (healers) that are present in the reserves of memory and ancestral knowledge of peoples and nationalities. In this sense, eight types of application of ancestral-traditional medicine have been identified, among which midwifery stands out, an area of application of enormous value for the communities because, since pre-Hispanic times, the men and women who exercise this profession They have become spiritual leaders of cultures, due to the support they provide during pregnancy, childbirth and postpartum. In this way, the Ecuadorian State, based on the recognition of cultural diversity in the territory and with the transversal

integration of the intercultural policy, has gradually generated mechanisms for the insertion of midwifery as part of the country's National Health System. The purpose of this study is to characterize the use of ancestral-traditional midwifery medicine according to the ethnic groups recognized within Ecuador, for which the data from the statistical registry of live births and fetal deaths generated by the INEC in the year 2020. Among the most outstanding results, the integration of this medical practice has managed to reduce the levels of neonatal and maternal mortality, in addition to covering territorial spaces that are difficult to access, such as ancestral territories. This study opens the door to a more in-depth analysis of the value of midwifery among ethnic groups in Ecuador, as well as its recognition and sustainability in the state health system.

Key words: Ancestral medicine, midwifery, interculturality, statistical analysis, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo del ser humano, la salud y el bienestar se han alcanzado a partir de diversos mecanismos propios de la cosmovisión de cada grupo humano, debido a que ambos se constituyen en formas de expresión cultural propias de cada pueblo, razón por la cual existirán múltiples practicas medicinales en tanto existan múltiples pueblos.

Aunque este proceso de diversidad reconoce como los pueblos a lo largo de su desarrollo han tenido la capacidad de hacer frente a diversos fenómenos de salud con su propia ontología, la colonización y llegada de otras culturas “ajenas al contexto andino amazónico” (Valencia, 2010), a los espacios que actualmente constituyen América Latina, impuso una epistemología o método de conocimiento para constatar, descubrir y establecer el uso del principio activo de la planta (Valencia, 2010), a partir de la cual se estableció un sistema médico, que se constituye en uno de los más expandidos en el siglo XX (Ortega, 2007), y el cual se autoproclama como la “única medicina científica” (Brugués, 2017).

Dentro de la medicina occidental se aprecia la predominancia de la objetividad, dejando de lado la espiritualidad, las emociones y la relación hombre-naturaleza, las cuales son elementos contundentes en la enfermedad (Brugués, 2017), es decir, carece de una visión holística que abarque las múltiples interpretación del universo (Valencia, 2010), bajo esta premisa se aprecia que por muchos años la visión colonial establece una sola forma de

conocimiento médico, provocando que sean clasificadas como falsas o embaucadoras esas otras formas de curar el cuerpo.

En el caso de Ecuador, el proceso de extirpación de idolatrías que, aunque presenta pocos casos en comparación a Perú, se establece como la estrategia inicial para la eliminación (población blanca) y ocultación (población indígena) de los procesos de atención medica basados en el saber ancestral, este proceso de opresión sistemática se extiende hasta la época republicana del país.

Dentro de la medicina ancestral en el Ecuador, los hombres y las mujeres que practican la medicina ancestral-tradicional se organizan en 7 grupos, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2020) la caracterización de cada grupo se enfoca en la acción o área en la que centran la práctica, estas son:

- Máximo sabedor/a, conocedor/a y visionario/a de la medicina ancestral
- Conocedor de la medicina ancestral en aprendizaje para alcanzar la maestría
- Herbolaria
- Salud materna, niñez y adolescencia
- Esguinces y dislocación de las articulaciones y fracturas de los huesos
- Equilibrio energético
- Ceremonias

Es necesario precisar que, el nombre propio con el que se los conocen varía en función del pueblo o la nacionalidad, por lo cual una misma función podrá ser nombrada de manera diferente por mestizos, afroecuatorianos, montubios e indígenas.

PARTERAS Y LA MEDICINA ANCESTRAL

Este estudio dentro de la medicina ancestral-tradicional se centra en la salud materna, niñez y adolescencia, que está a cargo de la *pakarichiq mama* o partera, lideresa espiritual de los pueblos indígenas kichwas de la sierra, a quien se denomina la madre espiritual de la cultura, pues ha sido llamada por la madre naturaleza para que a través de sus conocimientos pueda salvar vidas (Subsecretaria de Promoción de la Salud e Igualdad, 2021). Este oficio que se enfoca en traer al mundo nuevas vidas es también conocido como: *Unanchu mama* y *Wachachiq mama* dentro de los pueblos kichwas de la sierra; dentro de las nacionalidades Shiwiar, Achuar y Shuar y pueblos kichwas amazónicos se conoce como *Takumtikin*; en tanto que para los montubios es comadrona y partera para los afroecuatorianos y kichwas sierra.

Aunque dentro de la cosmovisión de los pueblos son personajes claves, durante los primeros momentos de la conquista y la colonia estas mujeres fueron acusadas como "herejes, hechiceras o brujas, debido, especialmente, a sus conocimientos sobre la regulación de la fecundidad, por los cuales, según la Iglesia, se atribuían poderes sobre la vida y la fecundidad" (Burbano, 2020).

Esta condición no mejoró en la transición a la república, pues se mantuvo la condición de hechicería y charlatanería que se acarreaba desde 1492, por muchos años las mamas y taitas efectuaron de manera clandestina esta práctica y solo las comunidades conocían donde se podía acceder a la misma, era un secreto entre mestizos e indígenas debido a que los médicos efectuaban constantes denuncias para que sean apresados, tanto hombres como mujeres, que atendían partos o efectuaban curaciones (González & Corral, 2010), siendo desautorizada su práctica por los sistemas de poder blanco-mestizo dominantes en el país (Burbano, 2020), a partir de este antecedente muchas denominaciones peyorativas aún subsisten y marginan esta práctica médica dentro del país (Ministerio de Salud Pública, 2020)

Es necesario precisar que, dentro del Ecuador a través del proceso del Proyecto Nacional de la Diversidad que inicia en 1998 con el reconocimiento de los derechos de las etnias y de las mujeres en el país, se inicia la cruzada para la incorporación de la medicina ancestral-tradicional dentro del sistema de salud pública.

Diez años más tarde se establece como un mecanismo para la formalización de la interculturalidad en el territorio, a partir del Articulo 1 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) se reconoce al territorio como un Estado plurinacional e intercultural, dentro del cual se registran, tal como menciona el Articulo 57, los derechos colectivos y conocimientos colectivos de las comunidades, comunas, pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios.

El articulo antes señalado ratifica que serán parte de estos conocimientos: "sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados (...)", así también se complementa con el Artículo 360 de la sección Salud, que el Estado garantizará "a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria (...); y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas" (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Este proceso de reivindicación social ha permitido la generación de algunas iniciativas de salud que, como menciona Ortega (2007) han permitido el "reconocimiento, la valoración y el rescate de la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de pueblos minorizados por la sociedad dominante".

En este marco se reconocen ocho tipos de medicinas ancestral-tradicional:

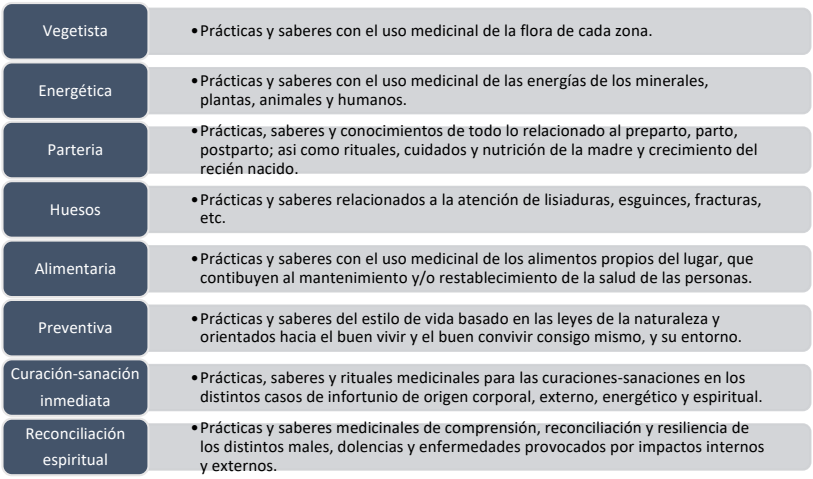


Figura 1. Tipos de medicina ancestral-tradicional

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2020)

Todas estas formas de medicina han logrado definirse y reconocerse en gran medida por la resistencia y lucha de los pueblos y nacionalidades, condición que incluso ha llevado a su reconocimiento como parte del Patrimonio Cultural Inmaterial del Ecuador. Estas manifestaciones culturales se reconocen y registran dentro del ámbito Conocimientos y usos relacionados con la naturaleza y el universo, subámbito Medicina tradicional, presentando un total de 39 registros dentro de la base nacional (Instituto Nacional de Patrimonio Cultural, 2022).

La vinculación de la partería al Sistema de Nacional de Salud (SNS) del Ecuador se enfocó en contribuir al Plan Nacional de Reducción de la muerte materna y neonatal, que inició en el año 2002. Este plan se ha centrado en el mejoramiento continuo de la atención del preparto/embarazo, parto y postparto, "así como del manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido" (Pozo et al., 2008), el cual para el año 2003 incluyó "la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales; debido a la asimetría e

inequidad de los datos oficiales a nivel nacional tanto en las tasas de muerte materna y neonatal como en los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales entre la población mestiza e indígena" (Pozo et al., 2008).

En función de ello, se aprecia un incremento de 39,02 puntos porcentuales en el número de nacidos vivos desde 1990 a 2019, a partir de contar con la asistencia de personal médico (médicos, obstetras y enfermeros) y no médico (auxiliares de enfermería, parteras calificadas, parteras no calificadas, comadronas, entre otras) tal como señala la figura 2.

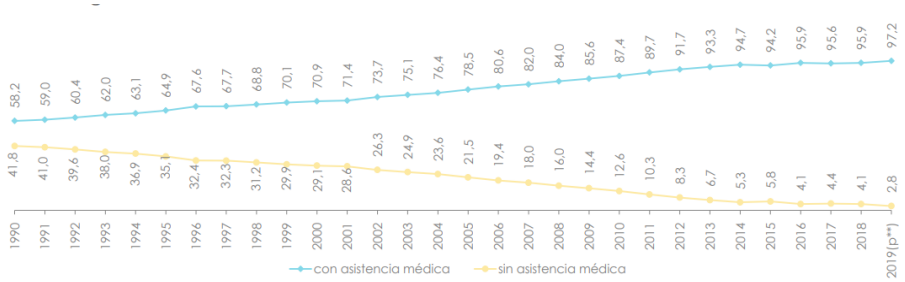


Figura 2. Porcentaje de nacidos vivos según asistencia en el parto

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2019)

Esta disparidad existente por muchos años destacó el grave problema de mortalidad materno y neonatal que poseía el país. Condición que se busca contrarrestar a partir de la inclusión e institucionalización en el SNS de los sistemas tradicionales de salud y sus terapeutas, en este caso puntual las parteras. Con ello se busca regular y controlar la practica ancestral al establecer procesos de acreditación, fomentar la organización y asociatividad de las parteras, e implementar las políticas públicas necesarias para su sostenibilidad en el tiempo (González & Corral, 2010).

De acuerdo con el Diario Primicias (2020) se identifican en el país un total de 2.103 parteras comunitarias, de la cuales el 56% (1.181) son reconocidas por el Ministerio de Salud. La distribución de parteras en el territorio se detalla a partir de figura 1, en función de la zona de planificación territorial.

Zona de planificación	Provincias	Nro. Parteras
Zona 1	Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos	474
Zona 2	Pichincha (excepto el cantón Quito) Napo, Orellana	441
Zona 3	Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza	403
Zona 4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas	136
Zona 5	Santa Elena, Guayas (excepto los cantones de Guayaquil, Samborondón y Durán), Bolívar, Los Ríos y Galápagos	93
Zona 6	Cañar, Azuay, Morona Santiago	360
Zona 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	104
Zona 8	Guayaquil, Samborondón y Durán	23
Zona 9	Distrito metropolitano de Quito	69

Figura 3. Distribución de las parteras en función a las zonas de planificación territorial

Fuente: Elaboración propia

El reconocimiento de las parteras se establece como un elemento complejo de alcanzar en cierta medida por la necesidad del aval de las comunidades y la corresponsabilidad por las muertes (comunidad-partera-individuo). Además de, la alta burocracia en el proceso de aval por parte del Ministerio de Salud Pública, este aval requiere de una serie de capacitación y evaluación con enfoque intercultural, lo cual alarga el proceso e impide su culminación, en gran medida por la constante rotación del personal que certifica estos procesos.

A pesar de ello, las parteras se mantienen como personal no médico de apoyo en las comunidades permitiendo salvar vidas y satisfacer otras necesidades de salud de la comunidad, puesto que permiten acceder a servicios de promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal, los cuales son responsabilidad del Estado, pero que no pueden ser abastecido a todas las comunidades del territorio, siendo ellas las que cubren esta obligación. Adicional a ello, generan un modelo de atención flexible que permite una atención de salud las 24 horas del día, de forma gratuita y muchas de veces en difíciles condiciones laborales (González & Corral, 2010).

En el marco de este análisis, el presente estudio busca caracterizar el uso de la medicina de partería ancestral-tradicional en función de las etnias reconocidas dentro del Ecuador, para lo cual se toma como fuente de

información los datos provenientes del registro estadístico de nacidos vivos y defunciones fetales generadas por el INEC en el año 2020.

MARCO METODOLÓGICO

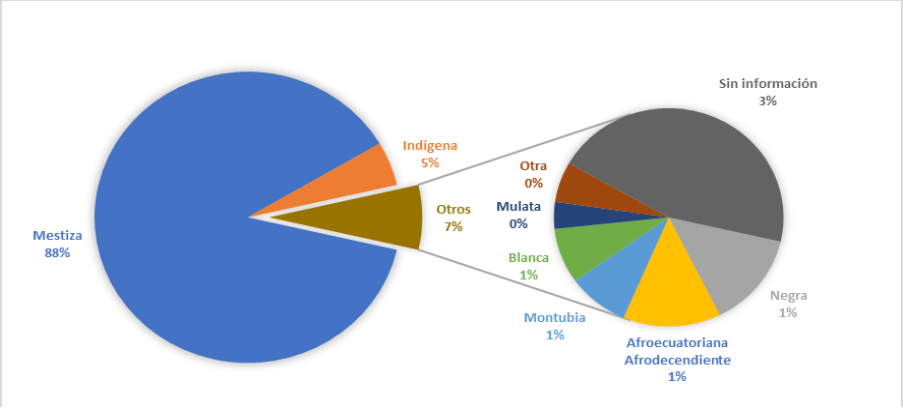
Se realizó un análisis descriptivo univariante de corte de transversal que está enfocado en el análisis del número de madres atendidas durante el año 2020, de las cuales se generaron 266.891 nacidos y 1.468 defunciones fetales registradas a través de los informes estadísticos de nacidos vivos y defunciones fetales reportados al INEC.

En complemento, se realizó un análisis de correspondencia simple para describir las relaciones existentes con el uso de la medicina ancestral con las características demográficas de las madres. Este análisis se realizó a través de Microsoft Excel y su complemento *Real Statistics.*

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ecuador en el año 2020 registró 268.359 atenciones por embarazos de los cuales el 99,45% concluyeron en nacimientos y el 0,55% en defunciones fetales. La etnia con mayor representatividad en nacimientos (figura 4) y defunciones (figura 5) es la mestiza con aproximadamente el 88% de la población, el 5% es indígena y el 7% restante se encuentra dividida entre negra, afroecuatoriana/afrodescendiente, montubia, blanca, mulata y otras no especificadas, además de la presencia de quienes no se tiene información.

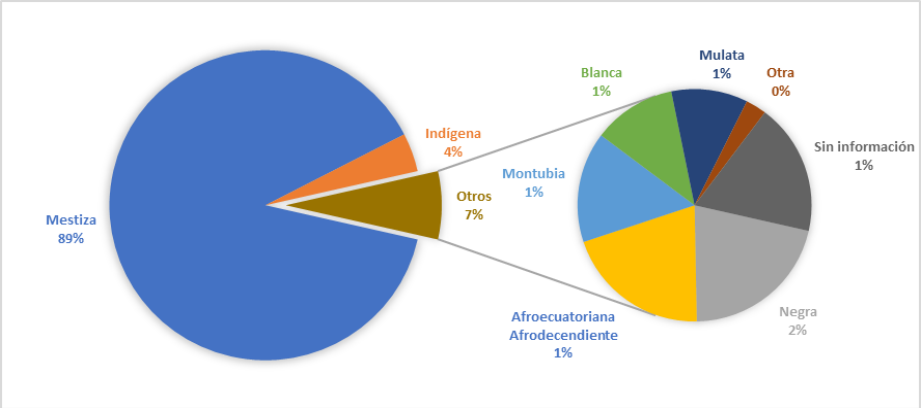
Gráfico 1. Distribución porcentual de nacidos vivos



**Los registros contemplan la información de pacientes nacionales y extranjeros.*

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Distribución porcentual de defunciones fetales

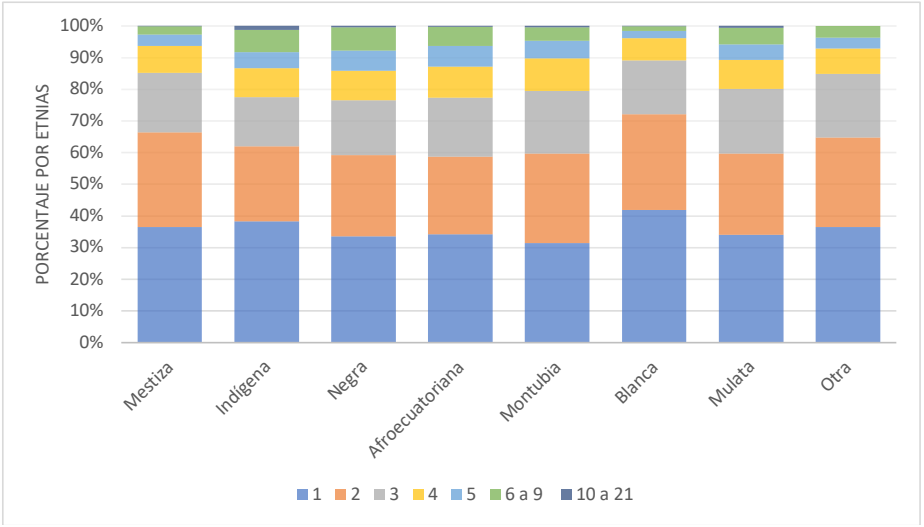


**Los registros contemplan la información de pacientes nacionales y extranjeros.*

Fuente: Elaboración propia

A partir de la figura 6 las estadísticas corresponden a los casos registrados a través de las cifras de nacidos vivos.

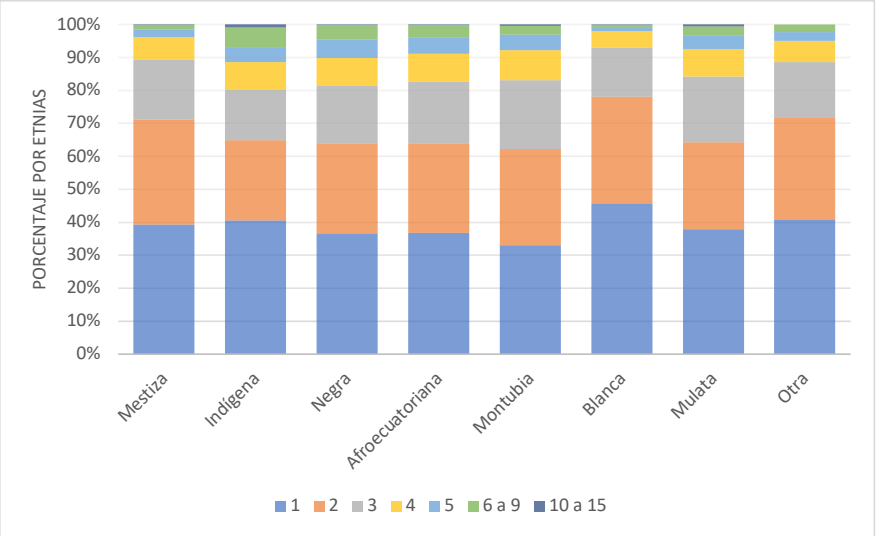
Gráfico 3. Distribución del número de embarazos por etnia



Fuente: Elaboración propia

Aquí se puede visualizar que la tendencia del 60% al 72% de la población general es a tener entre uno a dos embarazos, sin embargo, el registro nacional muestra casos que reportan hasta 21 embarazos. En las etnias que se registran 10 o más embarazos son indígena y mulata.

Gráfico 4. Distribución del número de partos por etnia

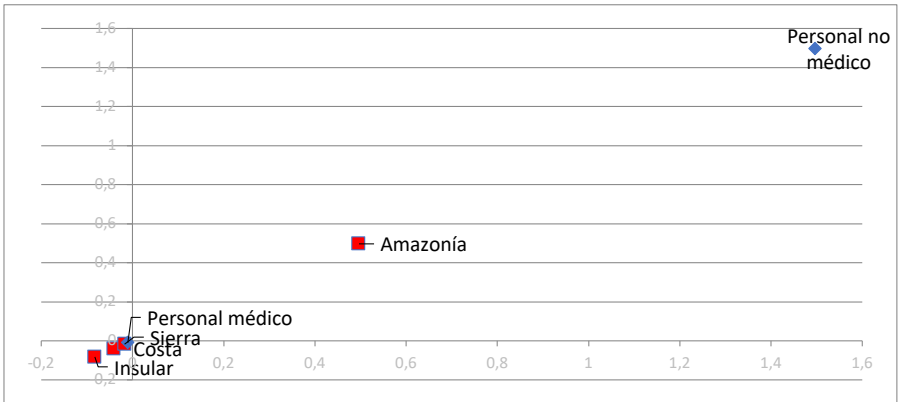


Fuente: Elaboración propia

De la figura 7 se establece que entre el 62 y 78% de la población tiene entre uno y dos partos, tendencia similar al número de embarazos registrados, sin embargo, el número máximo de partos con nacimientos vivos llega hasta quince. Entre las etnias que registran 6 o más partos se encuentran indígena (7%), negra (4%), afroecuatoriana (4%), montubia (3%) y mulata (3%).

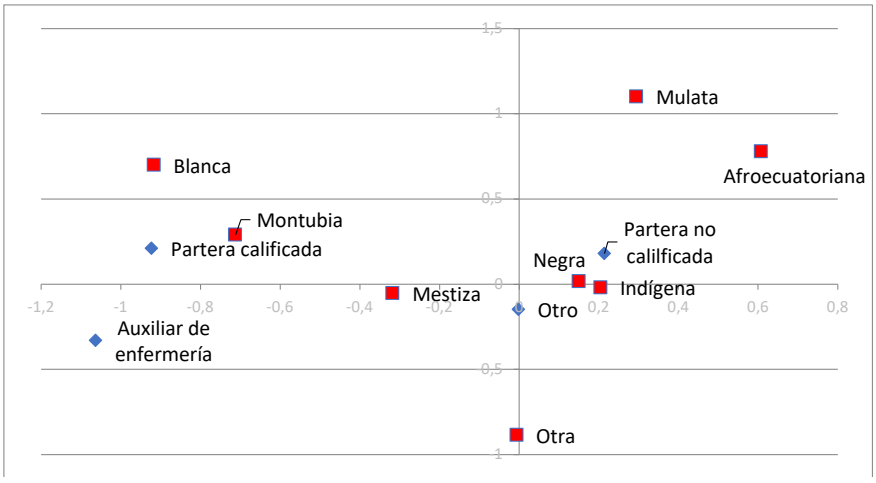
A través del análisis de correspondencias simple se identifica una relación entre el tipo de asistencia médica y la región geográfica en la que se atendió la madre, esta asociación relaciona fuertemente a las mujeres de las regiones costa, sierra e insular con asistencia de personal médico, mientras que las pacientes de la región amazónica con asistencia de personal no médico para el proceso de parto. En este punto es necesario señalar que, tan solo el 1% de la población hace uso del personal no médico en los procesos de embarazo, parto y postparto.

Gráfico 5. Relación entre la asistencia médica y región



Fuente: Elaboración propia

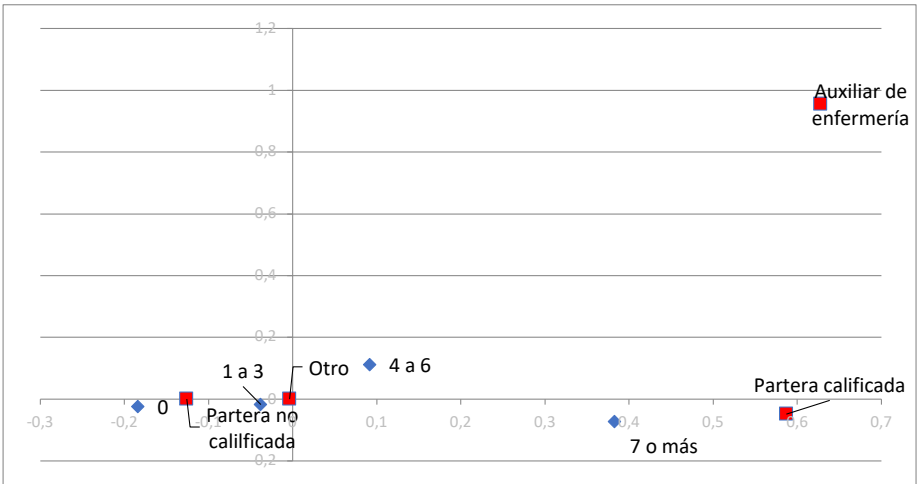
Gráfico 6. Relación entre la asistencia no médica y etnias



Fuente: Elaboración propia

Dentro de la asistencia no médica ese aprecia que, el personal no médico se caracteriza por poseer o no una certificación avalada por el SNS. Las mujeres que se autodefinen como blancas, montubias y mestizas han sido asistidas por parteras calificadas y auxiliares de enfermería, en tanto que las mujeres indígenas, afroecuatorianas, negras y mulatas han optado por una asistencia de parteras no calificadas, las cuales presentan una mayor concentración en estos colectivos debido a que abastecen zonas con alta ruralidad y con difícil acceso vehicular. En este contexto el 98,7% de los partos tuvieron como lugar de atención la vivienda o casa de la madre.

Gráfico 7. Relación entre la asistencia no médica y controles prenatales



Fuente: Elaboración propia

En complemento dentro de la asistencia no médica, se identifica que las mujeres que presentan hasta 3 atenciones prenatales se caracterizan por acudir a parteras no calificadas y otros terapeutas, es decir, acuden a personal que no ha alcanzado una certificación por el SNS o que en su defecto al estar vinculados a espacios donde las parteras tienen nombres propios y vinculantes a las formas culturales de sus etnias, su representación es mínima para el SNS. Por otra parte, las mujeres con 7 o más controles prenatales son asistidas por personal certificado (parteras y auxiliares de enfermería)

CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos se parecía que las parteras han sido por mucho tiempo la pieza clave para el desarrollo poblacional de los pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas y montubias, aunque desafortunadamente su papel no es reconocido oficialmente por el SNS, debido a que aunque se articulan a los espacios de atención, estas no pertenecen a la nómina laboral del Estado, razón por la cual no perciben una remuneración económica.

Adicional a ello, la falta de claridad en la política de reconocimiento de este oficio ha conllevado a que muchas mujeres y hombres opten por abandonar esta práctica, debido a que su papel es minimizado frente a la medicina occidental, esta condición también afecta el estado de riesgo de la

manifestación culturales dentro del patrimonio cultural inmaterial del Ecuador, debido a la reducción de transmisión del conocimiento a nuevas generaciones.

A pesar de este panorama desalentador, la generación de guías y protocolos para una atención intercultural ha permitido reducir la brecha de muertes neonatales y maternas, debido a que se establecen procesos para una comunicación en la lengua materna y respetando las prácticas culturales de cada pueblo, no obstante tan solo el 1% de las mujeres hacen uso de la partería, estas provienen de espacios geográficos no cubiertos por el SNS, lo cual revindica el papel de la partera.

Así también, se parecía que la asistencia de parteras no certificadas se concentra en etnias con asentamientos poblacionales dispersos, con alta dificultad de acceso terrestres o marítimo, por lo cual la presencia local de este personal ha permitido alcanzar alumbramientos exitosos a pesar de precariedad de las zonas de trabajo.

A partir de este estudio se busca alcanzar análisis mucho más profundos que puedan establecer el aporte de la partera en la llegada a término del embarazo, así como su papel en el número de nacimientos vivos. Además de analizar la literatura internacional con respecto a el papel de las parteras en otras latitudes de América Latina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brugués, J. M. (2017). Las espirales del conocimiento. La medicina científica occidental, la medicina homeopática y la medicina tradicional china. *Revista Médica de Homeopatía*, *10*(3), 71-78. https://doi.org/10.1016/j.homeo.2017.11.002
- Burbano, M. E. (2020). *Parteras en el Ecuador, Testimonios de resistencia* [Universidad Andina Simón Bolívar]. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7977/1/T3451-MELA-Burbano-Parteras.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008*. Asamblea Constituyente.
- Diario Primicias. (2020). *2.103 parteras mantienen vivo ese oficio en Ecuador*. https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/parteras-indigenas-oms-salud/
- González, D., & Corral, J. (2010). *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador*. http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D277.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2019). *Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones fetales 2019*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-

inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2019/Principales_resultados_ENV_EDF_2019.pdf

- Instituto Nacional de Patrimonio Cultural. (2022). *Sistema de Información del Patrimonio Cultural Ecuatoriano (SIPCE)*. http://sipce.patrimoniocultural.gob.ec:8080/IBPWeb/paginas/busquedaBienes/resultadoBusqueda.jsf
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-pdf.pdf
- Ortega, F. (2007). Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo. En OPS/MSP/CONASA (Ed.), *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (pp. 414-423). https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55564.pdf
- Pozo, S., Fuentes, G., & Calderón, L. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO.pdf
- Subsecretaria de Promoción de la Salud e Igualdad. (2021). *Curso virtual «Salud, interculturalidad y buen trato»* (pp. 1-20). https://es.scribd.com/document/532429111/FILOSOFIA-Y-PARTERIA-ANCESTRAL
- Valencia, M. (2010). Salud y extirpación de idolatrías. En P. Naranjo (Ed.), *Etnomedicina y Etnobotánica: Avances en la Investigación* (pp. 29-60). Abya-Yala.