

Gerontology Today

Publicación oficial
del Instituto
de Gerontología
Médica

Vol. 1
n.º **3**
julio 2022

■ EDITORIAL

El Año Gerontológico. Una década de transferencia y difusión de conocimientos transdisciplinarios de la vejez

■ ARTÍCULOS

Factores psíquicos protectores en personas mayores dependientes hospitalizadas en una institución pública en el occidente de México. *Octavio Hernández Pelayo y Elva Dolores Arias Merino*

Predisposing factors for early discharge in elderly patients with hip fracture treated in orthogeriatric units. *Silvia Correoso Castellanos, José Pablo Puertas García-Sandoval, Elena Blay Domínguez, Beatriz Muela Pérez y Francisco Lajara Marco*

El baile como programa de prevención de caídas en el adulto mayor: revisión sistemática. *Sofía Bolaños Gómez y Pablo Javier Olabe Sánchez*

Fragilidad: impacto en la calidad de vida en personas mayores en diálisis. Revisión sistemática. *Izamara Cristina Espinoza Marengo y Juan Dionisio Avilés Hernández*

■ ARTÍCULOS BREVES

Síndrome de amnesia, apraxia y anomia constructiva (S3A), y alteraciones de la función simbólica en la enfermedad de Alzheimer.

Luis González Monge

■ CASOS CLÍNICOS

Toma de decisiones en pacientes ancianos con un tumor agresivo. Evaluación de la amputación radical de miembro superior en cuatro pacientes.

Cristina Jiménez Soto, Juan Dionisio Avilés Hernández y José Pablo Puertas García-Sandoval

■ ARTÍCULOS ESPECIALES

Los museos y las personas mayores hoy.

Carmen de Grado

Literatura y envejecimiento.

Josefina Tafalla Brotons

FontActiv®

Alimenta tu energía

Juntos por un envejecimiento activo



Expertos en nutrición
de adultos y mayores



Soluciones financiadas
y no financiadas



Con la garantía de
Laboratorios Ordesa



Gerontology *Today*

Número 3 • Volumen 1 • Julio 2022

Instituto de Gerontología Médica

IGERMED
Instituto de Gerontología Médica

© IGERMED – Instituto de Gerontología Médica
Sociedad científica con sede
en el Colegio de Médicos de Murcia
Avenida Juan Carlos I, 3
30008 Murcia (España)
Tel.: 686 461 651
info@igermed.com

Edición a cargo de: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.
Colombia, 63
28016 Madrid (España)
Tel.: 915 320 504
comercial@cyan.es

e-ISSN: 2697-0651

Director

Juan Dionisio Avilés Hernández MD, PhD

Ayudante de Dirección

María del Carmen Macías Ruiz MD

Directores adjuntos

Juan Antonio Salmerón Aroca PhD

Carmelo Gómez Martínez PhD

Comité Editor Nacional

Pablo Javier Olabe PhD

Pablo Marcos PhD

José Romero Sánchez PhD

José Pablo Puertas García-Sandoval MD, PhD

Sergio Cánovas MD, PhD

Alfonso López Ruiz PhD

David Pérez Cruzado PhD

Eloína Valero Merlos PhD

Javier López Román MD, PhD

José Antonio Nicolás Gomáriz MD

Comité Editor Internacional

Graciela Zarebski PhD (Buenos Aires, Argentina)

Chedia Kechrid MD, PhD (Sousse, Túnez)

Had Kalfat PhD (Limoges, Francia)

Aaron Hernández MD (San José, Costa Rica)

Grazia Lombardi PhD (Roma, Italia)

Geni Araujo PhD (Uberlandia, Brasil)

Louis González MD, PhD (Lyon, Francia)

Natalia Blaja Lisnic MD, PhD (Haifa, Israel)

César Eduardo Morales MD (Guatemala)

Besma Ben Nejma Oueslati MD (Túnez)

Rossana de Souza e Silva PhD (Brasilia, Brasil)

Abrahan García Salazar MD (Puebla, México)

Izamara Espinoza Marengo MD (Managua, Nicaragua)

Índice

EDITORIAL

El Año Gerontológico. Una década de transferencia y difusión de conocimientos transdisciplinarios de la vejez.....	7
--	---

ARTÍCULOS

Factores psíquicos protectores en personas mayores dependientes hospitalizadas en una institución pública en el occidente de México.....	21
--	----

Protective psychic factors in dependent elderly people hospitalized in a public institution in western Mexico

Octavio Hernández Pelayo y Elva Dolores Arias Merino

Predisposing factors for early discharge in elderly patients with hip fracture treated in orthogeriatric units	32
--	----

Factores predisponentes de alta temprana en pacientes ancianos con fractura de cadera tratados en unidades de ortogeriatría

Silvia Correoso Castellanos, José Pablo Puertas García-Sandoval, Elena Blay Domínguez, Beatriz Muela Pérez y Francisco Lajara Marco

El baile como programa de prevención de caídas en el adulto mayor: revisión sistemática.....	47
--	----

Dance as a fall prevention program in the elderly: a systematic review

Sofía Bolaños Gómez y Pablo Javier Olabe Sánchez

Fragilidad: impacto en la calidad de vida en personas mayores en diálisis. Revisión sistemática.....	58
--	----

Frailty: the impact on the quality of life of the elderly with dialysis

Izamara Cristina Espinoza Marengo y Juan Dionisio Avilés Hernández

ARTÍCULOS BREVES

Síndrome de amnesia, apraxia y anomia constructiva (S3A), y alteraciones de la función simbólica en la enfermedad de Alzheimer	75
--	----

Amnesia, apraxia and constructive anomie syndrome (S3A), and alterations in symbolic function in Alzheimer's disease

Luis González Monge

CASOS CLÍNICOS

- Toma de decisiones en pacientes ancianos con un tumor agresivo.
Evaluación de la amputación radical de miembro superior
en cuatro pacientes 85
*Decision making in elderly patients with an aggressive tumor. Evaluation of
radical amputation of the upper limb in four patients*
Cristina Jiménez Soto, Juan Dionisio Avilés Hernández
y José Pablo Puertas García-Sandoval

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Los museos y las personas mayores hoy 99
Museums and the elderly today
Carmen de Grado
- Literatura y envejecimiento 117
Literature and ageing
Josefina Tafalla Brotons

El Año Gerontológico. Una década de transferencia y difusión de conocimientos transdisciplinarios de la vejez

Constatado el crecimiento continuo de la población de personas mayores en España, así como a nivel europeo y mundial, de la misma manera que se demuestra la insuficiencia de las políticas sanitarias y sociales en la intervención para conseguir mejorar la participación y la integración social y la autonomía de las personas sénior, el Año Gerontológico nace en el entorno de la gerontología murciana para impulsar la formación y la adquisición de conocimientos y actitudes en el ámbito de la comunidad, enfocándolo hacia las temáticas que interesan a las personas mayores.

El problema de partida queda caracterizado en un doble sentido: en primer lugar, la situación de potencial marginalidad con la que se pueden encontrar las personas mayores una vez alcanzado el momento de su jubilación laboral, para lo que muchas veces no están suficientemente preparadas, y que las coloca en un grave riesgo de pérdida de sus referentes personales, sociales y culturales; en segundo lugar, aunque la educación,

en sus vertientes formal y social, se presenta como un saber auxiliar que puede ayudar a promover en los mayores un estado de reflexión, crítica, autonomía y capacidad de acción con respecto a sí mismos y a su entorno, se percibe la falta de profesionales adecuadamente cualificados para el abordaje de las problemáticas más acuciantes de las personas mayores.

Es por ello que la iniciativa de creación del Año Gerontológico obedeció al intento de responder a ambas necesidades, como una actividad de difusión y acercamiento cultural, divulgativo y científico a los conocimientos que interpelan el mundo de las personas mayores. Desde esta perspectiva, el Año Gerontológico planteó desde sus inicios unos objetivos que podrían traducirse en los siguientes puntos:

1. Dar a conocer a la comunidad los proyectos más innovadores respecto a la población de personas mayores.
2. Paliar las necesidades de divulgación de la ciencia gerontológica y del

envejecimiento en una sociedad que envejece a un ritmo acelerado.

3. Habilitar conocimientos a los problemas específicos de las personas mayores desde una perspectiva integral, inclusiva, divulgativa, pero a la vez científica y con rigor.
4. Propiciar el encuentro comunitario, construyendo comunidades de aprendizaje con la presencia de las personas mayores, junto con las generaciones que también van envejeciendo, en un mismo espacio educativo.

De qué hablamos cuando hablamos de mayores

Las personas mayores representan una realidad cotidiana y familiar. Todos conocemos personas mayores, unas con vigor físico y agilidad mental envidiables, otras con algún problema físico y/o fisiológico, otras, incluso, con una mente deteriorada y fuera del contacto con la realidad. Además de estas diferencias individuales están las diferencias producidas por la cultura y el entorno en el que viven las personas mayores: no es lo mismo, por ejemplo, una persona mayor de la ciudad, que ha trabajado como profesor o como fiscal, que una persona que toda su vida ha vivido en el campo. Todo ello nos lleva a concluir que es muy difícil definir a una persona mayor, porque dependerá de las características individuales y sociales, en cada caso, porque, al igual que en otras etapas

de la vida, la diversidad está también presente entre las personas mayores. Así, con el riesgo de la generalización, que ya hemos comentado que no existe, creemos que para conocer a las personas mayores hemos de tener, al menos: datos significativos sobre las personas mayores; conocer las necesidades de este colectivo; identificar las situaciones de marginación que puedan sufrir; reflexionar sobre las posibles soluciones a sus problemas; valorar el papel que tiene la persona mayor en la familia actual, y viceversa; profundizar en los estereotipos y prejuicios sociales sobre los mayores; recuperar la cultura oral de nuestros señores; reflexionar sobre la visión que dan los medios de comunicación sobre las personas mayores; valorar las posibilidades de autorrealización y organización de nuestros mayores; aprender a ponerse en el lugar de las personas mayores para comprenderlas mejor; aprovechar comunitariamente el caudal de las personas mayores en todos los sentidos, pero sobre todo, su experiencia laboral anterior; finalmente, propiciar la participación social de las personas mayores.

Desde esta perspectiva se afirma que la vejez debe ser considerada como una etapa más de la evolución y el desarrollo humano, etapa que debería vivirse en plenitud, pues en ella se acumulan todos los conocimientos y experiencias adquiridos a través del trabajo y las relaciones sociales. En cualquier caso, es verdad que hay tres claras consecuencias,

al menos, con el paso de los años: declive de la autonomía funcional (la persona mayor suele ir perdiendo capacidad para valerse por sí misma); declive en la autonomía cognitiva (debilitación de la memoria de trabajo); y declive de la autonomía social (pérdida de amigos, compañeros, dificultad para adquirir nuevos modos de socialización).

Ahora bien, estas características no solo están presentes en las personas mayores, sino que son inherentes al desarrollo humano. Entonces, ¿qué sucede? Lo que ocurre es que la sociedad tiene una visión no muy positiva de las personas mayores debido, entre otras cosas, al alargamiento de la esperanza de vida (80.86 para hombres y 86.22 para mujeres, según datos del INE, 2020), que junto con la reducción de la natalidad conduce al envejecimiento de la población y la necesidad de gastar mucho en servicios sociales, salud y pensiones. Existe el convencimiento de que todo ha de ser útil y rentable, por lo que las personas mayores pueden quedar al margen del desarrollo productivo de un país. Ha habido cambios en los modelos familiares, pasando de un modelo patriarcal, donde los mayores tenían un papel cohesionador, a núcleos familiares más pequeños donde el espacio del mayor queda reducido a la mínima expresión. Se dan jubilaciones cada vez más tempranas, con lo que personas laboralmente activas, y con gran potencial, quedan pronto alejadas de los modos productivos, y, además, se crean colectivos con baja autoestima que no han sido

preparados para una jubilación temprana. Encontramos una sociedad donde el ocio y el tiempo libre, cada vez más, no suelen ser aprovechados en el crecimiento personal, sino que son utilizados por las empresas de consumo para lanzar sus productos. Existe una gran cantidad de personas mayores de 65 años analfabetas, funcionales o absolutas, porque han sido la generación de la Guerra Civil, la del acceso restringido al mundo de la educación y la de la emigración. Parece que solo cupiesen las actitudes paternalistas para este grupo.

Naturalmente, las personas mayores tienen necesidades de subsistencia, información, educación, accesibilidad, convivencia, cooperación, participación, servicios, etc., pero no tanto por viejos sino por ser personas, porque todos tenemos necesidades parecidas. Lo que no debemos hacer es alentar que las necesidades de las personas mayores se conviertan en estereotipos sociales que den lugar a los prejuicios y la marginación, como, por ejemplo, el infantilismo (considerar a las personas mayores y tratarlas como si fuesen niños), el sentimentalismo (acercarse a los mayores con una ternura facilona que puede llegar a vulnerar la dignidad de la persona), dependencia (a menudo damos un tipo de ayuda con la que los mayores se sienten cada día más dependientes de los demás), etiquetas y clasificaciones (cada persona mayor es única, como cada persona joven lo es. Dejemos de homogeneizar y generalizar), proteccionismo (les

ocultamos datos, diagnósticos médicos, problemas familiares, en definitiva, cada vez los aislamos más del mundo en el que viven), descanso sin límites (parece que como mejor está el mayor es tranquilo sin moverse todo el día del sillón de la casa, frente al televisor), incapacidad de amar y ejercer la sexualidad (al que gustó amar de joven se le llamó Don Juan, a esa misma persona, de mayor, cuando quiere seguir amando, se le llama viejo verde).

La familia. El “otro” cuidado

El afrontamiento del cuidado de las personas mayores entronca indefectiblemente con la atención de su núcleo familiar. Esto obedece a dos razones: la primera, se trata de una razón casi natural en nuestro medio, y no es otra que el legado de la cultura en la que vivimos, donde el acompañamiento y el hacerse cargo de las personas mayores ha recaído habitualmente en el entorno de la familia, siempre que ha sido posible. Más concretamente en la figura de una hija, más o menos auxiliada por el resto de hermanos y hermanas en el caso que los hubiera, que asumía con tesón, pero en la mayoría de las ocasiones sin formación y con desconocimiento, el gran reto de la dependencia de sus progenitores; la segunda razón, que es más próxima en los tiempos, obedece a un mandato legal y de responsabilidad, a la asunción por decreto legal del cuidado de las personas

mayores dependientes, y que de manera concomitante se ha visto remarcada por el establecimiento de la perspectiva del derecho de los mayores a decidir por sus vidas.

No obstante, esta situación se ha visto interpelada por el escenario de crisis que ha sufrido el sistema de cuidados informales. En primer lugar, como ya se ha podido comprobar, obedece a cuestiones demográficas. En segundo lugar, habría que destacar la perspectiva de género y el hecho de que la mujer, fruto de su apertura al ámbito exterior, laboral y a su ruptura con los lazos patriarcales, ya no es de manera unívoca, aunque sí preponderante, la diana del curatoriado sanitario. En tercer lugar, la propia denominación de persona dependiente, según las nuevas denominaciones, abandonaría la etapa de los 65 años para establecerse a partir de los 80 años (Ramírez, Revilla, Fuentes y Gómez, 2021). Cifra que refleja de una manera más fidedigna, aunque continua, operando en términos de homogeneización, la realidad del envejecimiento actual en nuestro país. En cuarto lugar, la necesidad de provisión de ayuda al sistema familiar, frente al cuidado de larga duración, que produce desestabilización del sistema familiar, personal y laboral de la responsable del cuidado. Y, por último, la transformación de los modelos familiares, y también de las propias necesidades de las venideras generaciones envejecientes, que hace necesario una intermediación intergeneracional (Espiniella, 2021).

Es por todo ello que la familia se configura en un sistema de auxilio y cuidado vital para la persona mayor. El papel de las familias es central. El modelo de cuidado de las personas mayores por tanto está en transformación, ampliando las miradas hacia las familias como garantes de la salud de las personas mayores. El entorno de la familia puede proveer bienestar emocional, apoyo y cuidado, no obstante, existe cierta desprotección del núcleo familiar hacia los cuidados, que las instituciones sanitarias no están teniendo en cuenta en su totalidad.

Hacia un nuevo proyecto de transdisciplinariedad en gerontología

Una de las grandes temáticas sobre las que se ha ido centrando el discurso en gerontología durante las últimas décadas ha sido el de la transdisciplinariedad, término que nace ligado a la conceptualización del conocimiento que desde las distintas disciplinas se vinculan entre sí, en este caso, hacia la comprensión de las personas mayores, pero que va más allá de ellas.

Acerca de esta cuestión, considerada como una de las innovaciones a las que se hace frente a la hora de poner en funcionamiento las distintas formaciones en gerontología, se ha producido también un desapego entre las teorías que lo circundan y lo que supone su inclusión de manera transversal en la práctica clínica, coyuntura que en este caso ha tenido

una especial repercusión si tenemos en cuenta la gravedad de la pandemia, debido a que, en buena parte, provocó no solo la supresión de sus consecuencias innovadoras, sino —y lo que es peor— el rechazo en sus planteamientos de abordaje sanitario.

Los contenidos transdisciplinares no pueden ser considerados de forma clásica como “asignaturas” que hay que implementar en las carreras de las ciencias socio-sanitarias y en las humanidades, y por ello no pueden considerarse como “disciplinas” que acontezcan para engrosar los marcos curriculares. Más bien al contrario, como indica su denominación, se trataría de contenidos educativos que representan un ideario dimensional, que no incorporan las llamadas asignaturas en los diferentes grados, y que por ello no se plantean de manera paralela, sino transversalmente a todas ellas; no en vano se presentan de manera presencial en todas ellas de manera más o menos directa. Se podría decir, en el sentido de González Lucini (2001), que son contenidos que transforman el sentido más clásico y tradicional de las disciplinas y ayudan a redimensionar a través de su significación su estrecha ligazón con la realidad clínica.

Estos contenidos transdisciplinares obedecen en muchas ocasiones al déficit de formación que los profesionales han sufrido en torno a aspectos importantes e innovaciones que afectan al ámbito de la atención de las personas mayores. De la misma manera, se justificarían dada la poca precisión y apertura con la que se han

presentado en ocasiones los aspectos transversales. Asimismo, responde a la fuerte tendencia a la recreación y repetición de las prácticas profesionales en este ámbito.

Es por ello que se considera esencial continuar pensando de forma conjunta sobre lo que aportan los contenidos transdisciplinares, porque la realidad acontecida no lo manifiesta de forma patente. Sería interesante una aproximación que nos facilitase continuar progresando en el terreno en lo que se considera como adecuado para la salud de las personas mayores, y también que sea corresponsable con la actual situación demográfica que vive la humanidad en estos comienzos de la segunda década del nuevo siglo.

En estos últimos años, y a través del contacto con distintos profesionales de diferentes ámbitos geográficos, ha sido enriquecedor observar cómo más allá de generar controversia se ha ido configurando un acervo de conocimientos que responden a las verdaderas necesidades de la población sénior, y que genera un concepto tangencialmente diferente, una transformación de la acción sociosanitaria con las personas mayores. Es por ello que si bien estos contenidos transdisciplinares podrían ser incorporados a través del currículo formal de las diferentes disciplinas que incluye la gerontología, en sus objetivos y contenidos de sus currículos, también pueden ser propuestos y expresarse en otros ámbitos, como, por ejemplo, el clima de las instituciones residenciales y en las relaciones humanas en el sector de las instituciones de mayores, las actividades

de recreación, actividades periódicas de difusión cultural, en el interior del sistema escolar adolescente y juvenil, así como a través de los distintos profesionales sanitarios, direcciones gerenciales, administradores, profesorado y alumnado.

Los contenidos transdisciplinares, así percibidos, podrían responder a la necesidad de conocimientos relevantes referidos a demandas tanto físicas como psicosociales y comunitarias relacionadas entre sí, de una manera general. También a valores y actitudes que se precisan para el desarrollo profesional y a los obstáculos para conseguirlos: las cuestiones de la ética y la dignidad humana. En definitiva, a aspectos generales, globalizadores, pero relevantes para la adecuada atención a las personas mayores.

Difusión y transferencia de conocimientos en el Año Gerontológico

Las diversas sesiones del Año Gerontológico que se han desarrollado a lo largo de esta década tuvieron siempre el elemento común del ánimo de difundir y transferir a la comunidad los conocimientos y la evidencia científica que existen en la actualidad acerca de las personas mayores y la vejez. El Corte Inglés de Murcia y las aulas de la Fundación Cajamurcia nos han brindado el escenario para el encuentro de mayores y jóvenes con los profesionales que han ido abordando las diferentes temáticas.

Las bases biológicas del envejecimiento han sido un tema reiterado en estos cursos. En las conferencias del profesor Pascual Parrilla, del internista del Hospital Reina Sofía, el Dr. Antonio Martínez Blázquez, y del profesor de Geriátrica, el Dr. Juan D. Avilés, se actualizaron los distintos mecanismos que influyen y modulan el proceso de envejecimiento dirigidos a responder a la pregunta de por qué envejecemos. Preparar los segundos cincuenta años. De la misma manera, se desarrolló la ponencia acerca de la biografía del envejecimiento a cargo del Prof. Dr. Juan Antonio Salmerón Aroca, profesor de la Universidad de Murcia. El Prof. Dr. Carmelo Gómez Martínez, especialista en enfermería geriátrica y director de la Cátedra de Humanización de la Salud de la UCAM, abordó "La vejez con otra mirada", donde se presentó el libro que recopila el trabajo del fotógrafo Antonio Molina y donde destacados representantes de los medios de comunicación y de la cultura en España ofrecen un acercamiento a las vejeces. La periodista Raquel Suárez Moreno, responsable durante 25 años de la página de mayores del periódico de *La Verdad de Murcia*, disertó acerca de los mayores en los medios de comunicación y las recomendaciones que los colegios de periodistas hacen para tratar de forma adecuada a los mayores en prensa escrita, radio y televisión.

El profesor Rafael Alarcón Velandia, de Colombia, llevó a cabo la sesión sobre

literatura erótica y envejecimiento, acerca de los diálogos literarios para el envejecimiento activo. Cuentos y ensayos para la existencia, transformación de las funciones intelectuales a través de la literatura. La risa y el sexo como búsquedas de estrategias para el cortejo y la relación que aumentan, según sus palabras, "la conexión de 5 a 30 000 en forma de neurogénesis".

Durante la sesión se ofrecieron recursos para la estimulación cognitiva a través de la literatura erótica.

- Atención. Henry Miller. *Trópico de Cáncer*.
- Memoria. Jorge Amado. *Gabriela, clavo y canela*.
- Lenguaje. Pablo Neruda. *20 canciones de amor y una canción desesperada*.
- Capacidad visoespacial. Ovidio. *Poemas eróticos*.
- Funciones ejecutivas. Marqués de Sade. *Justine*.

Además de otros títulos de ámbito cultural relacionados con la temática:

- Ricardo Iacub. *Erótica y vejez*.
- Boccaccio. *El Decamerón*.

La profesora de Literatura Fina Tafalla nos presentó sus reflexiones sobre "La vejez en la obra de Galdós, *El abuelo*", y nos demostró cómo los escritores, anticipándose a veces a la ciencia, nos descubren el transcurso del tiempo y

también la vejez, casi siempre con personajes secundarios, pero no por ello menos importantes.

El profesor Roberto Roche de Barcelona y la profesora Gracia Lombardi de la Universidad de Roma nos dieron las claves del buen trato a los mayores con una aproximación al concepto de "prosocialidad", ayudar a los demás sin esperar nada a cambio.

De la misma manera, se celebró la presentación del libro *Identidad flexible* como factor protector en el curso de la vida. La profesora Zarebski presentó un nuevo enfoque teórico en el campo de estudio del curso de la vida y el envejecimiento al incorporar la subjetividad en juego en un proceso vital, las últimas etapas de la vida en las cuales solo se visualizan comúnmente los factores biológicos y socioculturales que la atraviesan. La teoría de la identidad flexible desde una visión compleja del envejecimiento se propone servir de guía para las prácticas a quienes se interesan, desde lo personal y desde sus intervenciones cotidianas, en promover una mejor calidad de vida hasta su final.

Asimismo, se realizó la presentación del libro *Arte y longevidad*. La fortaleza de este texto, que fue presentado por parte de su propia autora, Carmen de Grado, se apoya en dos grandes núcleos de interés: el arte y la longevidad. Se trata de un recorrido por la imagen del anciano en la pintura. Prologado por la Dra. Graciela Zarebski, el texto examina una perspectiva compleja del envejecimiento, que trata de aportar

luz al fenómeno de la longevidad, utilizando para ello las pinturas, sus autores y el contexto que los envuelve.

La profesora Geni Araujo, de la Universidad Federal de Uberlandia, Minas Gerais, Brasil, presentó un precioso libro de fotografía y poemas, *Velhice, Imagem, Memoria. Representação Poética da Existência*, que junto a sus colaboradores, periodistas y representantes de la cultura brasileña recogía su experiencia de los últimos 30 años en gerontología, los programas de actividad física y su particular visión del envejecimiento y la vejez impartidos en sus iniciativas, cursos y conferencias.

El doctor Juan Madrid, endocrinólogo y comunicador, nos hizo una propuesta de alimentación saludable para el buen envejecer con estrategias preventivas y recursos prácticos para conseguir ralentizar el proceso biológico de envejecimiento.

Como corolario, desde el Año Gerontológico se quiere transmitir la necesidad de rearmarnos ideológicamente acerca del significado de las relaciones con las personas mayores en nuestra sociedad del siglo XXI, quizás invitando a reflexionar y debatir acerca de su inclusión en la perspectiva del ciclo vital. Del *transfer* de lo intergeneracional, como seres interdependientes, en el sentido de que todas las edades son vulnerables. La vulnerabilidad es inherente al ser humano, y se presenta durante todas las etapas, en todas las personas a lo largo de la vida. Parece claro, pues,

que se presentan pérdidas y ganancias a lo largo del ciclo vital, pero como seres sociales, existe la necesidad de interrelación e interdependencia en todos los grupos etarios, los unos a los otros, y viceversa. Se propugna entonces la eliminación de esos vocablos en nuestras referencias a las personas mayores puesto que no hay ni “unos” ni “otros”, sino más bien un “todos”. De esta manera, se postula eliminar el individualismo respecto a lo comunitario, pues sabemos que ello llevaría a que se conformen individuos más solitarios y más vulnerables todavía si cabe.

Por otra parte, cabe destacar lo que en ocasiones se obvia acerca de la aportación de los mayores en la sociedad. El talento sénior parece claro y está fuera de discusión que las personas mayores pueden aportar mucho, y así lo hacen. El cuidado de los nietos, el asociacionismo cívico, el asociacionismo político, las figuras de los cuidadores de las personas mayores. Uno de los problemas es que las actividades de cuidado siempre han sido vistas como algo secundario al producirse en lo privado, en lo particular, al ser dentro del domicilio y ser ejecutado mayoritariamente por mujeres. Ciertamente, continúa costando reconocer estos datos. Lo que no se monetiza, lo que no tiene precio tampoco está valorado. Existe pues un problema de reconocimiento de la aportación de las personas mayores a la sociedad. Es necesario cambiar la mirada. Para poder visibilizar esta contribución se precisa y

se aboga por la necesidad de hacer un cambio en el reconocimiento social de sus aportaciones, probablemente, todo lo que aportan tendría que bonificarse a través de ciertos mecanismos sociales y económicos, por ejemplo, en los beneficios fiscales. En este sentido, la filósofa española Adela Cortina hace un llamamiento y recuerda no confundir valor con precio. Hay cosas que tienen mucho valor y que apenas salen en los medios de comunicación. Sabemos por la inestimable conferencia de la doctora Stephany Bravo-Segal que la mayor parte de las noticias que aparecen en prensa sobre mayores tienen que ver con las pensiones, con la saturación de los sistemas sanitarios y con el gasto en servicios sociales. Existe un “edadismo” por defecto. De la misma manera hay que ser consciente de que también existen imágenes desvirtuadas de la realidad de los mayores, que en favor de su integración ofrecen imágenes alejadas del día a día, por lo que también se puede contemplar un “edadismo” por exceso. El propio colectivo de las personas mayores tampoco lo asume como propio. Se trata de imágenes más propias de la adultez que del colectivo sénior. Es necesaria una imagen mucho más centrada y realista. Es el final de la vida. Si todo va bien, hay muchas cosas buenas, y evidentemente pueden ocurrir otras no tan buenas. Hay que aceptar la finitud de la vida, tal y como explicaba el psiquiatra murciano Pérez Crespo en su disertación sobre el *mindfulness*, pero el

caso es que siguen existiendo dificultades para aceptarlo. Se acepta mal la vulnerabilidad, la muerte, la posible enfermedad. Sin embargo, no se ha de olvidar que, hasta ahora, en la historia de la humanidad nunca se ha podido tener la democratización de la longevidad que se observa ahora, y nunca se ha gozado tanto tiempo con los hijos, o de los padres. Parece pues que ante un ciclo vital, que es más diverso y heterogéneo, se es más incapaz de manera contraintuitiva de asumir esa diversidad, pese a que se cuenta con más recursos cognitivos. Perdemos oportunidades como sociedad y como individuos.

En la etapa pospandemia hemos presentado el libro de relatos cortos gerontológicos *Pajarolas*, del profesor Salmerón, que plasma de forma sutil y precisa su pensamiento destilado en relación con los mayores.

Lo que se propugna desde el Año Gerontológico es la necesidad de un cambio, eso sí, no de manera frívola, sino realista. Quizás en ello influya, o incluso lleve apareado, el cambio de percepción de la sociedad de consumo, imbuida en la cultura de lo urgente, lo rápido y lo inmediato, sin demoras, en el que el "todo y siempre" son señas de su identidad. Es posible que haya que invitar a modificar esa idea de bienestar que se presiente en la cultura de consumo en la que se ha instalado la ciudadanía en estos tiempos. No tanto en el pensamiento de que la vejez es el momento de recoger los beneficios de lo

que hemos hecho a lo largo de la vida, sino más bien en una vejez centrada, por supuesto en disfrutar el bienestar hedónico, pero también, qué duda cabe, el bienestar eudaimónico, que desde el punto de vista de la psicología tiene mucho más que ver con el crecimiento personal y el potencial de las personas que con la mera obtención del placer inmediato.

También se han dejado translucir en las diferentes intervenciones que se han desarrollado dentro del Año Gerontológico el tema de los cuidados, los políticos y las políticas públicas, que deberán adaptarse a los cuidados y a las personas que envejecen. Así visto, los *baby boomers* necesitarán otros tipos de centros, de instituciones, más amigables con sus necesidades y acordes con los principios del humanismo. Hay necesidad de cuidados, de servicios tecnológicos, pero también hay una mirada que instrumentaliza la vejez. La vejez como una época que necesita servicios, en la que todo se les ofrece con el ánimo de compra, y que a veces no reconoce la diversidad y heterogeneidad de sus componentes.

Se debe pensar en los envejecimientos, en las vejeces y en la necesidad de cuidar los derechos de las personas, el derecho y la protección de las personas más vulnerables. El problema es que el mensaje todavía no llega a la ciudadanía. De ahí la necesidad de continuar formando, informando y sensibilizando a través de la educación y del cambio de perspectiva.

La vulnerabilidad, por ejemplo, en la brecha digital se hace patente, y es necesario crear una sociedad más compasiva. Es una cuestión de valores, de reconocimiento, de que los servicios sociales y sanitarios sean innovadores y tractores

de la sociedad. El reto es el de los problemas complejos. Pensar en global como nos proponía el diplomático José Luis Pardos, pensar entre todos en comunidad, porque la solidaridad intergeneracional es interdependiente.

Bibliografía

- González Lucini, F. (2001). *La educación como tarea humanizadora*. Madrid: Anaya.
- INE (2020). Indicadores de estructura de la población. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2077&capsel=2077>
- Ramírez, J. M., Revilla, A., Fuentes, M. y Gómez, E. (2021). Dictamen del Observatorio de Dependencia. Asociación de Directoras y Gerentes Sociales. Recuperado de <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/XXI-DICTAMEN-DEL-OBSERVATORIO-DE-LA-DEPENDENCIA.pdf>
- Espiniella, B. (2021). *La mediación intergeneracional con personas mayores*. Madrid: UNAF.

**Juan Antonio Salmerón Aroca y
Juan D. Avilés Hernández**

Artículos

Factores psíquicos protectores en personas mayores dependientes hospitalizadas en una institución pública en el occidente de México

Protective psychic factors in dependent elderly people hospitalized in a public institution in western Mexico

Octavio Hernández Pelayo^a y Elva Dolores Arias Merino^b

Resumen

Objetivo. Estimar la correlación entre dependencia funcional y factores psíquicos protectores en personas mayores hospitalizadas en una institución pública del occidente de México. **Metodología.** Se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, correlacional y regresión lineal, que incluyó personas mayores de 70 años y más, con dependencia funcional. Los instrumentos utilizados en la aplicación de este estudio fueron el índice de Barthel y FAPPREN. **Resultados.** Se incluyeron un total de 146 personas mayores. El grupo incluido presentó un rango de edad desde los 70 años hasta los 105 años, la media de edad fue de 80 años ffl 0.762 años, clasificándose en grupos de edad de 70-74 años (16,5%), de 75-79 años (21,2%) y 80 años y más (62,3%). La distribución por sexo fue de 43,8% masculino y 56,2% femenino. Se identificó una relación estadísticamente significativa entre dependencia funcional y factores psíquicos protectores con una $p = 0.000$, un OR de 0.088 (0.038-0.203) y una r^2 de 0.823. **Conclusión.** El abordar las causas de dependencia funcional en las personas mayores solo se logra con la integración de las distintas miradas y disciplinas gerontológicas. Este estudio mostró algunos de los factores de riesgo con significancia estadística para dependencia funcional en las personas mayores. Los resultados obtenidos empatan con otros estudios encontrados en la literatura universal como los de Baltes en 1995 y Zarebski en 2017, lo que reafirman su validez e importancia.

Palabras clave: gerontología; geriatría; envejecimiento; persona mayor; anciano; dependencia; factores psíquicos protectores.

a. MD, PhD. Doctor en Investigación Gerontológica y médico especialista en geriatría en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). E-mail: dr.octaviopelayo@gmail.com

b. MD. Médico investigador de la Universidad de Guadalajara.

Abstract

Objective. To estimate the correlation between functional dependence and psychological protective factors in elderly people hospitalized in a public institution in western Mexico. **Methodology.** This was a quantitative, descriptive, cross-sectional, correlational, and linear regression study that included people over 70 years of age and older with functional dependency. The instruments used in the application of this study were the Barthel index and FAPPREN. **Results.** A total of 146 elderly people were included. The group included presented an age range from 70 years to 105 years, the mean age was 80 years ffl 0.762 years, being classified into age groups of 70-74 years (16.5%), 75-79 years (21.2%) and 80 years and over (62.3%). The distribution by sex was 43.8% male and 56.2% female. A statistically significant relationship was identified between functional dependence and psychological protective factors with a $p = 0.000$, an OR of 0.088 (0.038-0.203) and an r^2 of 0.823. **Conclusion.** Addressing the causes of functional dependency in the elderly can only be achieved with the integration of the different gerontological views and disciplines. This study showed some of the statistically significant risk factors for functional dependence in the elderly. The results obtained tie with other studies found in the universal literature such as those by Baltes in 1995 and Zarebski in 2017, which reaffirm their validity and importance.

Keywords: *gerontology; geriatrics; aging; elderly; old man; dependency; psychological protective factors.*

Introducción

Dependencia funcional

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el principal reto que vencer para las personas mayores es alcanzar un envejecimiento saludable, definido como un proceso de desarrollo y sostenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar durante la vejez (1, 2).

Dentro del marco del envejecimiento saludable se reconoce que una de las principales amenazas para la salud y el bienestar de las personas mayores es la dependencia funcional, la cual implica que el autocuidado

se transfiere a otras personas, la comunidad o las instituciones. La Organización Mundial de la Salud define la dependencia funcional como un evento que ocurre cuando la capacidad funcional o intrínseca ha disminuido hasta un punto en que la persona ya no puede realizar las tareas básicas de la vida diaria por sí misma (3).

La prevalencia de dependencia funcional en los países de altos ingresos oscila entre el 15% y el 17%, mientras que en los países de bajos y medianos ingresos el rango va del 3% al 16%. En nuestro país, México, se ha identificado que el 21,7% de las personas mayores tiene limitaciones en alguna de las actividades básicas de la

vida diaria y el 5,1% son dependientes funcionales (3, 4).

La dependencia funcional tiene un gran abanico de repercusiones a diferentes niveles. A nivel individual, la dependencia funcional genera sentimientos de minusvalía, baja autoestima y desesperanza. A nivel familiar, desemboca en empobrecimiento y reasignación de los roles de cada miembro de la familia, mientras que, a nivel social, la dependencia funcional aumenta la demanda de servicios de salud altamente especializados. Este aumento de la demanda de servicios de salud provoca un aumento en los costos asociados con la atención médica de las personas mayores dependientes (4).

Diagnóstico de dependencia funcional

La valoración gerontológica integral (VGI) es el instrumento idóneo para valorar la dependencia como consecuencia del deterioro funcional en personas mayores. Se creó como una herramienta integral que diera respuesta a las necesidades y problemas no diagnosticados en las personas mayores, así como disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que son difíciles de captar en una valoración tradicional, permitiendo detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la persona mayor (5, 6, 7).

La funcionalidad se evalúa con base en la capacidad que tienen las personas mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Para dicha evaluación se ha creado una gran variedad de instrumentos, entre los más utilizados, sobre todo en el área de investigación gerontológica, tenemos índice de KATZ, índice de Barthel, Escala de Autocuidado de Kenny, Rapid Disability Rating Scale, Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja y Rivermead Mobility Index que evalúan las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Mientras que el índice de Lawton y Brody, Performance Test of ADL, Escala de Rivermead de AVD, Sickness Impact Profile, Nottingham Extended ADL y Frenchay Activities Index evalúan las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la Escala Física de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) de Reuben, Escala de Salud Funcional de Rosow y gráfico de COOP evalúan las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) (5, 6, 7).

Costos de la dependencia funcional

El acercamiento al costo total de la dependencia se realiza mediante la evaluación del trabajo no remunerado en salud (TNRS) que en el PIB del sector salud representó en 2019 el 23,9%, con un crecimiento porcentual del 17% con respecto a años anteriores. Además, las familias con al menos una persona mayor dependiente tienen un gasto tres veces superior a aquellas con personas mayores autónomas. Hasta el 40% de estos hogares incurre en gastos catastróficos cuando tienen personas mayores con dependencia funcional (8, 9).

La dependencia psicológica y su repercusión en la funcionalidad de las personas mayores

Desde hace varios años, el estudio de la dependencia se ha transformado en un análisis multicausal y contextual. La dependencia ahora se explica como un modelo complejo de interacción en todas las dimensiones y niveles, donde los factores psicológicos y conductuales son fundamentales en el desarrollo de esta. Desde los años ochenta, se discutía que la dependencia parecía ser producto de condiciones como alteraciones físicas y mentales, actitud aprendida de desamparo y problemáticas que refuerzan la sensación de dependencia (10).

La interacción de estas situaciones es compleja, pero deben considerarse dentro del panorama conceptual de la dependencia, ya que la dependencia no solo responde a una disminución funcional y/o mental, sino que es el resultado de una suerte de prejuicios, estereotipos, la personalidad del individuo, sus condiciones ambientales, etc., por lo que tiene una fuerte influencia conductual. En otros términos, la dependencia también ocurre cuando un individuo solicita o acepta ayuda de otros, aun cuando no la necesite (11).

Es importante considerar el componente conductual en el estudio de la dependencia. Algunos autores identifican que las personas mayores están inmersas en procesos de adaptación a lo largo de su curso de vida, a través de tres ejes que se interrelacionan: la selección, la optimización y la compensación (10, 11).

La selección son los aspectos de prioridad en que las personas mayores pueden promover sus capacidades de desarrollo, lo cual es dependiente de los factores sociales, las motivaciones, las habilidades y las capacidades personales. La optimización hace referencia a los hábitos personales que llevan a las personas mayores a conservar y potenciar la funcionalidad en la mayor cantidad de áreas de la vida. Finalmente, la compensación son los mecanismos de adaptación que se activan cuando el funcionamiento se ve afectado o las demandas del entorno aumentan y no es posible realizar una óptima ejecución (11, 12).

El modelo selección-optimización-compensación reconoce que, en cualquier momento del curso de vida, las personas mayores son aptas para distintas áreas de la vida, en relación con sus capacidades y funcionalidad, así como de los valores, hábitos y la capacidad de reserva. La experiencia ganada durante el curso de vida facilita que las personas mayores sepan cómo optimizar, seleccionar y utilizar estrategias que subsanen déficits o elevadas demandas del entorno (12).

Factores psíquicos protectores

Los distintos tipos de proceso de envejecimiento a los que podemos aspirar en estos tiempos confirma que, aunque el organismo presente pérdida de funcionalidad, las personas mayores no necesariamente decaerán a nivel emocional y que, aun en aquellos que sufren

condiciones sociales complicadas, su fortaleza emocional les permitirá continuar con su vida y su lugar en el mundo. El ser humano no es solo efecto de sus condiciones biológicas, sino también de su esfera psicológica y medio social, siendo un sujeto proactivo, creador de cultura, de su cuerpo, de su historia y, por lo tanto, de su proceso de envejecimiento. Estas evidencias fueron marcando, desde finales del siglo XX, el campo epistemológico de la psicogerontología como abordaje del envejecimiento psíquico, diferenciado de los campos epistemológicos de la gerontología clínica y de la gerontología social, con los cuales se encuentra ampliamente vinculada (13).

La visión de la psicogerontología permite comprender que la riqueza material o las buenas condiciones sanitarias no garantizan por sí mismas una buena vejez y que los factores de personalidad y la historia de vida pueden marcar la diferencia entre los diferentes procesos de envejecimiento. Aunado a que cada individuo va construyendo su curso de vida. En este sentido, la vejez nace de la construcción histórica (14).

Esta construcción implica un proyecto personal de vida que consciente o inconscientemente cada sujeto va gestando durante el curso vital. El concepto de proceso juega así un papel primordial y requiere una especial profundización e investigación, a fin de poder entender cuáles son los mecanismos psíquicos que permiten llegar a una vejez normal

o patológica. A partir de la conceptualización de los mecanismos psíquicos se creó el concepto de factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico (14, 15).

Estos factores son la manifestación de la personalidad, generadores de condiciones de vulnerabilidad emocional y de creencias distorsionadas frente al proceso de envejecimiento, así como de problemas en los vínculos durante el mismo. Sus opuestos, los factores protectores, permitirán resiliencia frente al proceso de envejecimiento (15).

El enfoque psicogerontológico permite comprender por qué ni lo material ni las condiciones sanitarias garantizan un adecuado proceso de envejecimiento.

A partir de estos conceptos —los mecanismos psíquicos— se ha desarrollado el concepto de factores psíquicos protectores, que permiten una mejor calidad de vida, favoreciendo el desarrollo físico, psíquico, social y espiritual, permitiendo resiliencia frente a los cambios del envejecer (14, 15).

Entre los factores psíquicos protectores estudiados por Zarebski y Marconi en 2017 tenemos (15):

- Flexibilidad y disposición al cambio: la capacidad de aprender y buscar nuevas actividades que permitan crear nuevos propósitos.
- Autocuestionamiento de rasgos y actitudes propias: la posibilidad de las personas mayores para preguntarse a sí mismas.

- Autoindagación, reflexión y espera: la habilidad de un encuentro consigo mismo, el pensar antes de actuar, la posibilidad de estar a solas, compartir pensamientos y la tolerancia a la espera.
- Riqueza psíquica y creatividad: la disposición a los cambios y la capacidad reflexiva que se asientan en la riqueza del yo y la capacidad de expresar recursos simbólicos y enlazar con los deseos propios.
- Pérdidas, vacíos, compensación con ganancias: la posibilidad que tenga el sujeto de elaborar duelos a partir de nuevas ganancias o formas de apreciación de las pérdidas.
- Autocuidado y autovalidez: hacerse cargo de su propia salud y tener en cuenta sus límites físicos, que se pondrán en evidencia en el proceso de envejecimiento.
- Posición anticipada respecto a la propia vejez: aceptar su condición futura, incluyendo la perspectiva de fructificar la vejez para el cumplimiento de metas personales.
- Posición anticipada respecto a la finitud: la aceptación de todo el curso vital, incluyendo a la finitud como parte de vida y, por lo tanto, la muerte propia y la incorporación del sentido de trascendencia.
- Vínculos intergeneracionales: como un eslabón en la cadena generacional, ya sea en lo familiar o en lo sociocultural, a través de la recuperación de su legado y de su transmisión a los más jóvenes.
- Diversificación de vínculos e intereses: al continuar y profundizar las relaciones familiares y amistades, manteniendo e incluso aumentando los recursos sociales, practicar el voluntariado, el mantenerse activos después de la jubilación y emprender nuevos propósitos.

Cada uno con una repercusión única y a la vez entrelazada para la génesis de la dependencia funcional en las personas mayores.

Metodología

Este es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, correlacional y regresión lineal, que incluyó personas mayores que fueron internadas en un hospital de segundo nivel en el occidente de México con el objetivo de estimar la correlación entre dependencia funcional y los factores psíquicos protectores que cumplieran los criterios de inclusión: personas de 70 años y más con dependencia funcional, y como criterios de exclusión personas mayores con deterioro neurocognitivo mayor, estados críticos de salud al momento de su hospitalización y negativa a participar por parte del adulto mayor.

Previa autorización de la Jefatura de División de Medicina Interna, se firmó consentimiento informado, se aplicó un cuestionario sociodemográfico e instrumentos a las personas mayores para

obtener la información demográfica, la funcionalidad física y los factores psíquicos protectores.

Los instrumentos utilizados en la aplicación de este estudio se seleccionaron como los más apropiados, debido a que identifican y evalúan dependencia funcional y factores psíquicos protectores.

El índice creado por Mahoney y Barthel en 1965 fue adaptado al español por Baztán *et al.* en 1994 como un instrumento que evalúa la dependencia funcional. Las actividades que evalúa son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) con una sensibilidad del 68,1% y especificidad del 82,1% (5, 6, 7).

El Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el Envejecimiento creado por Zarebski y Marconi en 2017 es un cuestionario diseñado para obtener información en relación con los factores protectores para el buen envejecer y el riesgo psíquico de envejecimiento patológico. Los factores de riesgo psíquico los conforman aquellas expresiones de personalidad que producen una mayor probabilidad de un envejecimiento patológico, mientras que los factores protectores

reducen esta posibilidad, permitiendo una mejor calidad de vida, favoreciendo un mejor desarrollo psicosocial, físico y mental. De la interacción de estos, se establece el grado de fragilidad o de resiliencia frente a los cambios que trae el proceso de envejecimiento. El inventario está compuesto por 79 afirmaciones que se contestan de manera dicotómica (sí/no) y una pregunta (ítem 80) que solicita al evaluado marcar sus respuestas. La totalidad de los ítems se distribuyen en 10 subescalas de 8 ítems cada una, con una sensibilidad del 87,33% y una especificidad del 81,22% (15).

Resultados

Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 146 personas mayores hospitalizadas en una institución pública en el occidente de México. El grupo incluido presentó un rango de edad desde los 70 años hasta los 105 años, la media de edad fue de 80 años *ffl* 0.762 años, clasificándose en grupos de edad de 70-74 años (16,5%), de 75-79 años (21,2%) > 80 años y más (62,3%). La distribución por sexo fue del 43,8% masculino y 56,2% femenino. Los estados civiles más frecuentes fueron con 56,2% viudos y 41,1% casados. El grado de escolaridad más encontrado fue con 65% la escolaridad primaria.

En la evaluación de la dependencia funcional se encontró que el 7,5% de las personas mayores presentaron una dependencia leve, el 28,1% dependencia

moderada, el 17,8% dependencia grave y el 46,6% dependencia total, como se aprecia en el gráfico 1.

Para la evaluación de los factores psíquicos protectores se encontró que el 60,9% de las personas mayores presentaron factores psíquicos protectores escasos, el 28,8% moderados y el 10,3% elevados, como se aprecia en el gráfico 2.

Al evaluar la relación entre los factores psíquicos protectores y la dependencia se encontró que aquellas personas mayores que presentaron factores psíquicos protectores escasos, el 23,6% eran dependientes graves y el 76,4% dependientes totales. En el caso de los factores psíquicos protectores moderados, el 88,1% eran dependientes moderados y el 11,9% dependientes

Gráfico 1. Frecuencia de dependencia funcional

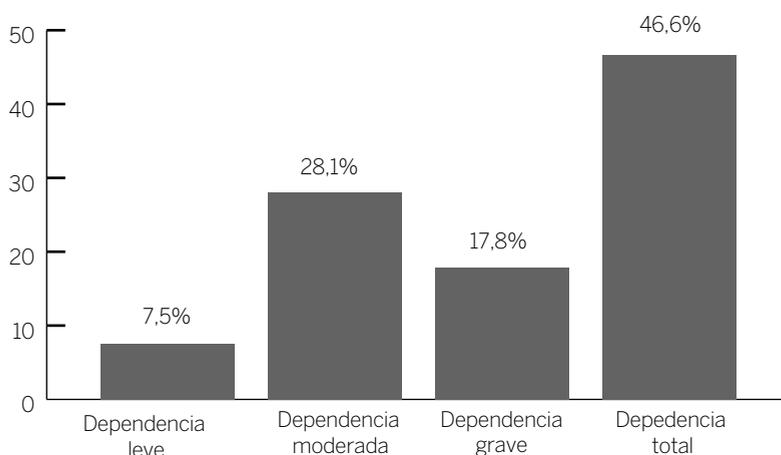
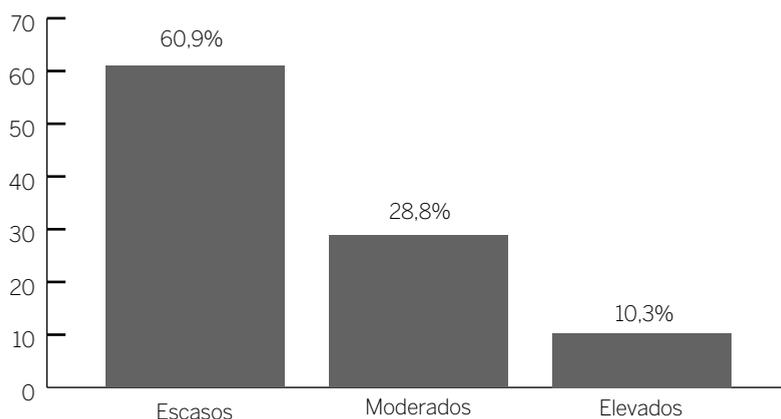


Gráfico 2. Frecuencia de los factores psíquicos protectores



graves. Y finalmente, aquellos ancianos que presentaron factores psíquicos protectores elevados, el 73,3% eran dependientes leves y el 26,7% dependientes moderados con una $p = 0.000$ como se aprecia en la tabla 1.

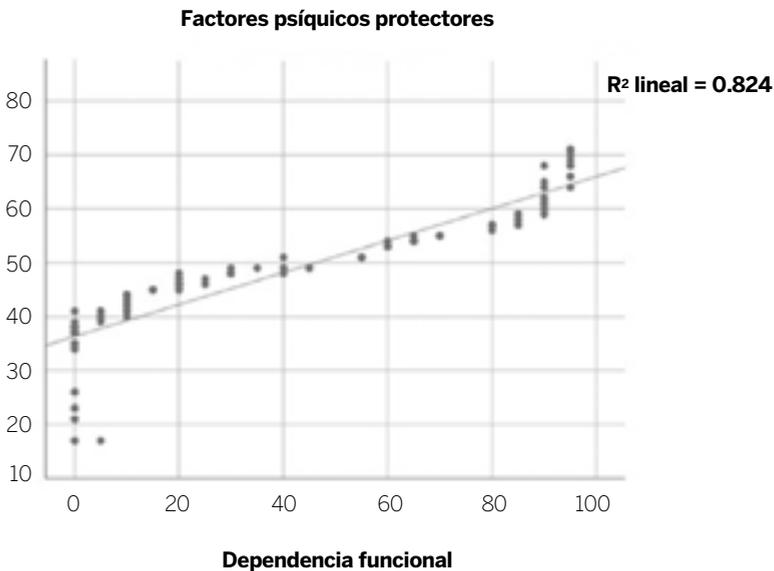
Al calcular el OR para factores psíquicos protectores para el envejecimiento y dependencia, se encontró una estimación de

riesgo de 0.088 (0.038-0.203). Finalmente, al realizar la regresión lineal para corroborar la correlación entre la variable dependiente "dependencia funcional" y la variable independiente "factores psíquicos protectores" se encontró una r^2 de 0.824, lo que confirmó una correlación alta, como se aprecia en el gráfico 3.

Tabla 1. Dependencia funcional y factores psíquicos protectores

Factores psíquicos protectores (n)	Dependencia funcional				p
	Leve f (%)	Moderada f (%)	Grave f (%)	Total f (%)	
Escasos (89)	0,0 (0,09)	0,0 (0,0)	21 (23,6)	68 (76,4)	0,000
Moderados (42)	0,0 (0,0)	37 (88,1)	5,0 (11,99)	0,0 (0,0)	0,000
Elevados (15)	11 (73,3)	4,0 (26,7)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,000

Gráfico 3. Correlación lineal entre dependencia funcional y factores psíquicos protectores



Conclusión

El abordar las causas de dependencia funcional en las personas mayores solo se logra a través de la integración de las distintas miradas y disciplinas biológicas, psicológicas y sociales gerontológicas, pues las personas mayores son esencialmente heterogéneas en su cultura, en su biología, sus comportamientos y sus preferencias frente al proceso de envejecimiento, que a la vez son distintas a las nuestras. Así como la vida es un continuo, también lo es el desarrollo biológico, psicológico y social, partiendo de procesos y sus efectos en el ser humano, los cuales pueden ser protectores o de riesgo para la dependencia funcional en las personas mayores.

Este estudio mostró algunos de los factores de riesgo con significancia estadística para la dependencia funcional en las personas mayores, siendo estos factores psíquicos protectores escasos, lo cual confirma la relevancia de la esfera psicológica en el desarrollo de dependencia funcional, resultados que empatan con los trabajos del psicólogo Baltes en 1995 y Zarebski en 2017, reafirmando su validez e importancia actual (10, 15).

Así pues, debemos comenzar la promoción de la salud, y el control de estos factores de riesgo, mediante el fortalecimiento de recursos desde la juventud para favorecer un envejecimiento no dependiente, permitiendo que las personas mayores alcancen su potencial de bienestar físico, psicológico y social, y dar una imagen pública positiva de este colectivo (16). Pero no hay que olvidar que en el interior de cada individuo existe un proceso llamado envejecimiento, el cual es independiente de nuestra visión y que se desarrolla y culmina en una biografía única e irreplicable.

Entre los retos y perspectivas de futuro que se generaron a partir de este estudio están la creación de programas para mejorar el cuidado y la atención hospitalaria de las personas mayores, al buscar disminuir problemas, agravamientos o eventos no deseados, además de otorgar indicaciones para el adecuado retorno a su domicilio y seguimiento del caso con miras a evitar la rehospitalización (7). Afortunadamente la ciencia de la gerontología, junto con sus ramas biológicas, psicológicas y sociales, abarca en su metodología de trabajo estas consideraciones. Son aún pocos los estudios que abordan estos temas, lo que denota la necesidad de más trabajos al respecto.

Bibliografía

1. Mitchell, C. (2017). OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization [citado 22 de abril de 2022]. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es

2. Década del envejecimiento saludable [Internet]. Who.int. [citado 22 de abril de 2022]. Recuperado de <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
3. Discapacidad y salud [Internet]. Who.int. [citado 22 de abril de 2022]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
4. Gutiérrez-Robledo, L., García-Peña, M. y Jiménez-Bolón, J. (2014). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años [Internet]. México: Academia Nacional de Medicina. Recuperado de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
5. SEGG (2011). Manual del residente de geriatría [Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
6. Abizanda-Soler, P. (2014). *Tratado de medicina geriátrica*. España: Elsevier.
7. Hernández-Pelayo, O (2018). Síndromes geriátricos en un hospital de segundo nivel del occidente de México. *Academia Journals*, 10(6), 962-966.
8. Impacto económico de la dependencia física en los adultos mayores en México [Internet]. Insp.mx. [citado 22 de abril de 2022]. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/impacto-economico-de-la-dependencia-fisica-en-los-adultos-mayores-en-mexico#:~:text=A%20nivel%20individual%2C%20la%20dependencia,servicios%20de%20salud%20y%20atenci%C3%B3n>
9. Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Torres Mussot, I. y Montañez-Hernández, J. C. (2020). Out-of-pocket healthcare expenditures in dependent older adults: results from an economic evaluation study in Mexico. *Front Public Health* [Internet], 8, 329. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.00329>
10. Baltés, M. M. (1995). Dependency in old age: gains and losses. *Curr Dir Psychol Sci* [Internet], 4(1), 14-19. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770949>
11. Baltés, M. M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: three phases of operant research. *Behav Ther* [Internet], 19(3), 301-319. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(88\)80004-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(88)80004-2)
12. Montorio-Cerrato, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Psychosocial Intervention* [Internet], 16(1), 43-54 [citado 23 de abril de 2022]. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100004&lng=es
13. Zarebski, G., Knopoff, R. y Santagostino, L. (2004). Resiliencia y envejecimiento. En *Resiliencia y subjetividad*. Argentina: Editorial Paidós.
14. Zarebski, G. (2019). *Identidad flexible como factor protector en el curso de la vida*. Argentina: UMAI, Univeridad Maimónides.
15. Zarebski, G., Marcon, A. y Serrani, D. (2017). *Inventario de Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento*. España: Editorial Académica Española.
16. Hernández-Pelayo, O. (2016). *Estilo de vida y envejecimiento*. España: Editorial Académica Española.

Predisposing factors for early discharge in elderly patients with hip fracture treated in orthogeriatric units

Factores predisponentes de alta temprana en pacientes ancianos con fractura de cadera tratados en unidades de ortogeriatría

Silvia Correoso Castellanos^a, José Pablo Puertas García-Sandoval^b, Elena Blay Domínguez^c, Beatriz Muela Pérez^d y Francisco Lajara Marco^e

Abstract

Objective. Analyze the “early discharge” effect (post-surgical hospital stay ≤ 4 days) in patients who underwent hip fracture surgery. *Methodology.* An analytical observational cohort study was conducted, for which patients over 65 years of age with proximal fracture of the femur were analyzed between January 2015 and December 2019, recorded in the database of Hospital Vega Baja (Orihuela). *Results.* 607 cases that met the inclusion criteria, were divided into 2 groups established by hospital stay in days after surgery. The “early discharge” group included 370 cases and the non-early discharge group included 237 cases. Half of the patients were aged > 83 years (50% in the early discharge group and 51.8% in the non-early discharge group). Most of the cases were women (76.5% in the early discharge group and 78.1% in the non-early discharge group). Most cases underwent surgery after 48 hours (57.3% in the early discharge group and 62.9% in the non-early discharge group). *Conclusion.* We found association between lower mortality rates one year after surgery in patients with “early discharge”. However, there were no differences in readmission rates in the “early discharge” group versus “no early discharge”. And, post-surgery hospital stay (< 6 days) is a protective factor that reduces the probability of hospital readmission.

Keywords: *predisposing factors; hip fracture; elderly; orthogeriatric.*

a. MD UMU (Universidad de Murcia).

b. MD, PhD. Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. España. E-mail: jppuertasgandoval@gmail.com

c. MD UMU (Universidad de Murcia).

d. MD UMU (Universidad de Murcia).

e. MD UMU (Universidad de Murcia).

Resumen

Objetivo. Analizar el efecto de “alta temprana” (estancia hospitalaria posquirúrgica \leq 4 días) en pacientes operados de fractura de cadera. **Metodología.** Se realizó un estudio observacional analítico de cohortes, para el cual se analizaron pacientes mayores de 65 años con fractura proximal de fémur entre enero de 2015 y diciembre de 2019, registrados en la base de datos en el Hospital Vega Baja (Orihuela). **Resultados.** 607 casos cumplieron con los criterios de inclusión y se dividieron en 2 grupos establecidos por la estancia hospitalaria en días posteriores a la cirugía. El grupo de “alta temprana” incluyó 370 casos y el grupo de alta no temprana incluyó 237 casos. La mitad de los pacientes tenían una edad $>$ 83 años (50% en el grupo de alta temprana y 51,8% en el grupo de alta no temprana). La mayoría de los casos fueron mujeres (76,5% en el grupo de alta temprana y 78,1% en el grupo de alta no temprana). La mayoría de los casos fueron intervenidos a las 48 horas (57,3% en el grupo de alta precoz y 62,9% en el grupo de alta no precoz). **Conclusión.** Se encontró asociación entre menores tasas de mortalidad al año de poscirugía en pacientes con “alta temprana”. Sin embargo, no hubo diferencias en las tasas de reingreso en el grupo de “alta temprana” versus “alta no temprana”. Y la estancia hospitalaria posoperatoria ($<$ 6 días) es un factor protector que reduce la probabilidad de reingreso hospitalario.

Palabras clave: factores predisponentes; fractura de cadera; adulto mayor; ortogeriatría.

Introduction

Delayed hospital discharge after hip fracture exposes patients to increased postoperative mortality and morbidity rates (1, 2). The improvement in clinical outcomes in patients with hip fracture (HF) has been associated, to a large extent, with the creation of multidisciplinary teams or orthogeriatric units (UOG), which has improved the quality of care in these patients (3). As a measure to analyze clinical outcomes associated with the implementation of UOG, the following have been used in the literature: mean hospital stay, especially at

the expense of the decrease in surgical delay (4), and in-hospital mortality rates (5, 6). And, as a measure to analyze the results on the healthcare system, the reduction in healthcare costs has been used.

The variable post-surgical hospital stay is not analyzed as such in the literature. However, some authors suggest an association between hospital readmission and prolonged mean hospital stay, such as Sarimo *et al.* (7), who identify as a risk factor for hospital readmission at 30 days a hospital stay of 3 or more days (adjusted HR 1.231; 95% CI: 1.002-1.513), this is also the case of Pollock *et*

al. (8), who report as a risk factor for hospital readmission a hospital stay of more than 8 days (OR, 1.5286; 95% CI, 1.223-2.807) or of Heyes *et al.* (9), who detect a higher hospital stay of almost 14 days in patients who were readmitted at 30 days compared to those who were not (OR 3.00, 95% CI 0.115-0.968, $p = 0.043$). Most previous studies, however, do not differentiate between surgical delay and “early discharge” or reduced post-surgical hospital stay.

Most of the published studies focus their efforts on determining how surgical delay influences HF patients, which has an impact on the mean hospital stay, but only some of them differentiate between surgical delay and post-surgical hospital stay, such as Pablos-Hernández *et al.* (10). In his series, he refers to the decrease in the mean post-surgical hospital stay by 1.2 days ($p < 0.001$) due to the implementation of a UOG model.

Balvis-Balvis *et al.* (11) publish in 2020 an analysis with the aim of evaluating the influence of UOG on HF patients. They detect a decrease in the mean post-surgical hospital stay of 3.4 days ($p < 0.001$) and a decrease in mortality during hospital admission in the exposed group (3.6% vs. 10% in the control group, $p = 0.004$). In addition, it reports total estimated annual economic savings of more than one million euros, thanks to integrated orthogeriatric care. On the contrary, other authors such as Yoo *et al.* (12) detect that a prolonged hospital stay, equal to or less

than 10 days, is associated with higher mortality rates one year after surgery ($p < 0.05$), and prolonged hospital stay in patients with HF may act as a protective factor.

Some authors suggest that hospital discharge or transfer of HF patients after surgery to rehabilitation hospitals or institutions occurs after stabilization of their general conditions, estimated at approximately 4-5 days after surgery (13). The authors of this study have decided to establish as prolonged postoperative hospital stay that which exceeds 4 days from the day of surgery, and “early discharge” as the average postoperative hospital stay equal to or less than 4 days.

Therefore, the objective of this study is to analyze the “early discharge” effect (post-surgical hospital stay ≤ 4 days) in patients who underwent hip fracture surgery.

Methodology

An analytical observational cohort study was conducted, for which patients over 65 years of age with proximal fracture of the femur were analyzed between January 2015 and December 2019, recorded in our database in Hospital Vega Baja (Orihuela). We recorded a total of 607 fractures operated in our center, after excluding pathological, periprosthetic and high-energy fractures. Patients were divided according to their hospital stay after surgery into two cohorts:

“early discharge” (considered to be a stay equal to or less than 4 days after surgery) and “no early discharge” (considered to be a stay longer than 4 days after surgery).

Patient-related variables were recorded in both groups, such as: age (was treated as a dichotomized qualitative variable based on the mean age of the sample), sex, concomitant diseases (diabetes mellitus, rheumatic diseases, transplants, history of chronic liver disease, chronic alcoholism), chronic treatment with antithrombotic medication (anticoagulant or platelet antiplatelet), degree of dementia on admission, degree of dependence using the Barthel scale score (14), degree of analytical lymphopenia on admission (values below 1,500/mcl or 1.5 x 10⁹/L were considered as presence of lymphopenia). Variables related to surgery and treatment were also recorded: classification on the ASA scale (15), type of fracture (intracapsular or extracapsular), type of surgical treatment (osteosynthesis or arthroplasty), post-surgery blood transfusion. And the outcome variables were recorded and analyzed: postoperative complications on the surgical wound (defined as a clinical diagnosis of infection with at least one positive aseptic culture of wound exudate), general postoperative complications and the type of complication (alterations in the state of consciousness, pressure ulcers, renal or urinary-related complications,

anemia, cardiac complications, respiratory complications, digestive complications, others); mortality at 30 days, mortality at one year and one year after surgery and readmission rates at 30 days, 30-90 days or > 90 days. The cause of readmission was also recorded, differentiating between medical and surgical causes.

Statistical analysis

In the descriptive analysis, the variables will be described by means of absolute and relative frequencies. Comparative tables were drawn up with demographic, patient and fracture data, as well as complications, mortality and readmission data. The statistical analysis of the data was carried out with the SPSS statistical package (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY), establishing an error (α) of 5%, a confidence level of 95% and a p-value of 0.05. The categorical variables with more than two categories, we decided to reduce their dimensions, grouping the categories until “dichotomizing” them: fracture type variable: extracapsular or intracapsular; treatment type variable: osteosynthesis or arthroplasty; ASA variable: ASA I-II or ASA III-IV. Continuous quantitative variables: age and Barthel dependency index score, were dichotomized according to the mean value. In the variable age < 83 years and > 83 years and in the variable Barthel index < 82 or > 82 points.

Results

Of the 607 cases that met the inclusion criteria, they were divided into 2 groups established by hospital stay in days after surgery. The “early discharge” group included 370 cases and the “non-early discharge group” included 237 cases.

The description of the demographic variables is shown in (Table 1).

group). Most of the cases were women (76.5% in the early discharge group and 78.1% in the non-early discharge group). A higher proportion of cases with a Barthel scale score above 82 points was observed in the early discharge group (61.1%) compared to the non-early discharge group (49.4%) ($p = 0.005$). The early discharge group had a higher proportion of patients with a history of diabetes mellitus (DM) at admission (33.5%)

Table 1. Demographic characteristics

Analyzed variable	Early discharge N = 370	%	No early discharge	%	p
Age (> 83 years)	185	50	123	51.8	0.648
Sex (women)	283	76.5	185	78.1	0.653
Barthel (> 82 points)	226	61.1	117	49.4	0.005
DM	124	33.5	56	23.6	0.009
Dementia	71	19.2	52	21.9	0.411
Rheumatological diseases	16	4.3	9	3.8	0.75
Alcoholism	7	1.9	10	4.2	0.09
Liver disease	5	1.4	7	3	0.167
Corticosteroid treatment	12	3.2	4	1.7	0.243
Lymphopenia	215	58.1	156	65.8	0.057

Abbreviations: DM: diabetes mellitus; AG: antiaggregant.

Half of the patients were aged > 83 years (50% in the early discharge group and 51.8% in the non-early discharge

group (23.6%) ($p = 0.009$). More than half of the patients presented lymphopenia in

the analytical record at admission (58.1% in the early discharge group and 65.8% in the non-early discharge group). The variables related to fracture and treatment are described in (Table 2).

Surgical wound complication

A total of 97 cases of local surgical wound complications were recorded. Most were concentrated in the non-early discharge

Table 2. Variables related to fracture and treatment

Analyzed variable	Early discharge N = 370	%	No early discharge N = 237	%	p
ASA I-II/III-IV	119/251	32.2/67.8	49/188	20.7/79.3	0.002
Type of fracture IC/EC	115/255	31.1/68.9	84/153	35.4/64.6	0.264
Treatment OS/ ATP	248/122	67/33	150/87	63.3/36.7	0.345
Post-surgical transfusion	79	21.40	80	33.80	0.001
Surgical delay > 48 hours	212	57.3	149	62.9	0.173

Abbreviations: ASA: American Society of Anesthesiology, IC: intracapsular, EC: extracapsular, OS: osteosynthesis; ATP: arthroplasty.

The majority of patients were ASA III-IV, with the non-early discharge group (79.3%) presenting a higher proportion of ASA III-IV patients compared to the early discharge group (67.8%) ($p = 0.002$). Extracapsular fracture was the most frequently recorded in both groups and the treatment performed was osteosynthesis. Regarding the need for transfusion, we detected a greater need for transfusion post-surgery in the group of patients not discharged early (33.8%) compared to the early discharge group (21.4%) ($p = 0.001$). Most cases underwent surgery after 48 hours (57.3% in the early discharge group and 62.9% in the non-early discharge group).

A proportion of 24.6% of seromas or staining of the surgical wound was recorded in the non-early discharge group, compared to 8% in the early discharge group (OR 0.251; 95% CI: 0.158-0.397; $p < 0.001$). The proportion of cases of superficial surgical wound infection was 2.8% in the non-early discharge group versus 0.6% in the early discharge group (OR 0.19; 95% CI: 0.039-0.923; $p = 0.022$).

General complications

A total of 219 cases were recorded. Most cases were concentrated in the non-early discharge group. The early discharge

group recorded a total of 109 cases (29.5%), compared to 110 cases (46.4%) in the non-early discharge group (OR 0.482; 95% CI 0.343-0.677; $p < 0.001$).

The most frequent general complication in both groups was anemia (15.5% in early discharge and 12.8% in non-early discharge), followed by alterations in the state of consciousness (13.7% in early discharge and 11.4% in non-early discharge).

To detect whether the general or local complication was the consequence of early discharge or, on the contrary, early discharge could be the cause of a lower rate of local and general complications, we reviewed the time in days from surgery to the onset of the complication. We observed that, of the total series, most local complications occurred on the third postoperative day after surgery (62.96%). However, the majority of general complications occurred before the third postoperative day (68.15%).

In the early discharge group, most local and general complications occurred on the second postoperative day (49.20% of local and general complications), while in the non-early discharge group most local and general complications occurred on the third postoperative day (52.6% of local complications and 54.5% of general complications).

Mortality

Mortality was lower in the early discharge group in all subgroups. It was 2.4% in the

first 30 days in the early discharge group compared to 5.1% in the non-early discharge group ($p = 0.084$). In the first year after surgery, mortality in the early discharge group was 7.8% compared to 15.6% in the non-early discharge group, this difference being statistically significant ($p = 0.003$). Mortality after one year after surgery was similar in both groups, with a proportion of 14.6% in the early discharge group and 16.5% in the non-early discharge group ($p = 0.535$).

Hospital readmission

A total of 105 cases of hospital readmission were recorded. Of these, 65 (10.7%) occurred in the first 30 days, 30 (4.9%) between 30-90 days and 10 (1.6%) after 90 days.

To analyze the effect of early discharge on the patients, the hospital readmission rate was recorded according to the established time periods (< 30 days, 30-90 days and > 90 days) in the early discharge and non-early discharge groups. A similar proportion was observed in both groups in the first 30 days, 9.5% in the early discharge group and 12.7% in the non-early discharge group ($p = 0.214$). The same occurs between 30-90 days with a proportion of 5.4% in the early discharge group and 4.2% in the non-early discharge group ($p = 0.511$) and in the > 90 days group with a proportion of 1.6% and 1.7% respectively ($p = 0.95$).

The cause of admission was also recorded, distinguishing between readmission for medical reasons (respiratory infection, urinary infection, cardiac problems, etc.) or readmission due to the need for surgery or surgical reasons (surgical wound infection, prosthetic dislocations, failure of the osteosynthesis material due to breakage of the same, cephalic perforation with rotation and collapse in varus due to antero-superior migration of the screw, etc.). There were 91 cases (15%) of readmission for medical reasons and 21 cases (3.5%) of readmission for surgical reasons. The distribution according to cause of readmission was similar in both groups, being for medical reasons in 13.5% in the early discharge group and 17.3% in the non-early discharge group, and for surgical reasons in 3.8% in the early discharge group compared to 3% in the non-early discharge group.

Logistic regression analysis

Predictors of early discharge

To detect which factors independently influence early discharge, we included the factors that were significant in the previous analysis and those that according to the literature could influence early discharge in the logistic regression model (Method = By forward steps [Likelihood Ratio]) and found as independent risk factor for early discharge a score > 82 points (OR 1.461 CI

95%: 1.038-2.056; $p = 0.030$) and the presence of DM (OR 1.831 95% CI: 1.248-2.686; $p = 0.002$). And, we found as independent factors that reduce the probability of early discharge to be ASA III-IV (OR 0.476 CI 95%: 0.317-0.716; $p < 0.001$) and the need for post-surgery transfusion (OR 0.497 CI 95%: 0.339-0.727; $p < 0.001$).

Predictors of surgical wound complications

To determine whether early discharge is an independent factor for the development of surgical wound complications, we carried out an analysis with the logistic regression model (Method = Forward stepwise [Likelihood Ratio]) including in the analysis the factors that according to the literature could influence higher rates of surgical wound complications and the factors that were found to be significant in the previous analysis.

We found early discharge to be a protective factor for the development of surgical wound complications (OR 0.257 CI 95%: 0.162-0.409; $p < 0.001$) and the presence of lymphopenia on admission as a risk factor (OR 1.665 CI 95%: 1.019-2.722; $p = 0.042$).

Predictors of general complications

To determine whether early discharge is an independent factor for the development of general complications, we carried out an analysis with the logistic regression model (Method = Forward stepwise

[Likelihood Ratio]) including in the analysis the factors that according to the literature could influence higher rates of general complications and the factors that were found to be significant in the previous analysis. We found as independent risk factors for the greater development of general complications the history of DM at admission (OR 1.483 CI 95%: 1.018-2.161; $p = 0.040$) and age > 83 years (OR 2.098 CI 95%: 1.482-2.969; $p < 0.001$) and as an independent protective factor for the development of general complications, early discharge (OR 0.457 CI 95%: 0.323-0.648; $p < 0.001$).

Predictors of mortality

To determine whether early discharge is an independent factor for the development of mortality at one year, we carried out an analysis with the logistic regression model (Method = Forward stepwise [Likelihood Ratio]) including in the analysis the factors that according to the literature could influence higher overall complication rates and the factors that were found to be significant in the previous analysis. We found as independent risk factors for a higher mortality rate in the first year to be ASA III-IV (OR 2.062 CI 95%: 1.092-3.895; $p = 0.026$), age > 83 years (OR 2.589 CI 95%: 1.545-4.337; $p < 0.001$) and previous history of dementia at admission (OR 1.980 CI 95%: 1.178-3.330; $p < 0.001$). And we found early discharge

(OR 0.472 CI 95%: 0.293-0.758; $p = 0.010$), as an independent protective factor reducing mortality in the first year after surgery.

Predictors of hospital readmission

We found no differences in the bivariate analysis in the rate of hospital readmission at 30 days, 30-90 days or after 90 days between the early discharge and non-early discharge groups. Given that some articles refer to a higher readmission rate associated with post-surgical hospital stays of more than 6 and 8 days (8), we performed a new bivariate and logistic regression analysis in patients who were readmitted to hospital at 30 days, 30-90 days and > 90 days, including the variable: hospital stay of less than 8 days and hospital stay of less than 6 days, together with the other variables that could influence the readmission rate (Table 3). The dependent variable being the readmission rate: at 30 days, between 30-90 and > 90 days.

After bivariate analysis of patients who were readmitted at 30 days ($n = 65$), we observed a lower proportion of patients with a Barthel index score > 82 points compared to patients who were not readmitted (control group), a lower proportion of patients with post-surgical hospital stay < 6 days in the 30-day hospital readmission group (75.4%) vs. the control group (87.3%) ($p = 0.009$) and a lower proportion of cases with post-surgical hospital stay < 8 days (90.8% in the

30-day readmission group vs. 96.1% in the control group, $p = 0.048$).

Patients with 30-90 days readmission had a lower proportion of women (60%, $p = 0.022$) and less need for post-surgery blood transfusion (6.7%, $p = 0.013$).

We did not find any statistically significant difference in the previous analysis in the variables studied in the group of patients with readmission > 90 days.

When we included the factors in the logistic regression model (Method = Forward stepwise [Likelihood Ratio]) to determine independent predictors of hospital

readmission at 30 days and 30-90 days we observed that: 1. post-surgery hospital discharge < 6 days (OR 0.447 95% CI 0.241-0.829; $p = 0.011$) results as an independent protective factor for hospital readmission at 30 days (Table 3). 2. Independent risk factors associated with a higher probability of readmission at 30-90 days are being female (OR 2.497 CI 95%: 1.152-5.412; $p = 0.02$), the presence of dementia at admission (OR 2.374 CI 95%: 1.057-5.331; $p = 0.036$) and the need for blood transfusion after surgery (OR 3.623 CI 95%: 1.641-8.001; $p = 0.001$).

Table 3. Bivariate analysis

Variables introduced in the equation			
	Punctuation	gl	Sig.
Age < 83 years	.208	1	.648
Sex (F)	.202	1	.653
Barthel > 82 points	8.066	1	.005
Pre-surgical delay < 48 hours	1.861	1	.173
Dementia	.677	1	.411
Anticoagulation and/or antiaggregation	.451	1	.502
DM	6.767	1	.009
ASA III-IV	9.523	1	.002
Arthroplasty treatment	.893	1	.345
Post-surgery transfusion	11.497	1	.001
Global statistics	42.011	10	.000

Abbreviations: F: female; DM: diabetes mellitus; ASA: American Society of Anesthesiology.

Table 4. Independent factors for early discharge

	B	Standard error	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I for EXP(B)	
							Inferior	Superior
Barthel > 82 points	.379	.174	4.720	1	.030	1.461	1.038	2.056
DM	.605	.196	9.552	1	.002	1.831	1.248	2.686
ASA III-IV	-.742	.208	12.758	1	.000	.476	.317	.716
Post-surgery transfusions	-.700	.195	12.921	1	.000	.497	.399	.727

Abbreviations: DM: diabetes mellitus; ASA: American Society of Anesthesiology.

Discussion

Regarding the relationship between mortality and hospital stay after surgery, Balvis-Balvis *et al.* (11) showed a 6.4% reduction ($p = 0.004$) in 30-day mortality in patients in whom a reduction in hospital stay was achieved, but the 30-day and 1-year mortality data observed (11) are higher than the data published in our series. This difference could be due to the fact that the mean post-surgery hospital stay in the Balvis group is higher than in our series, being 8.2 days. Lizaur *et al.* (22) show a lower risk of mortality at one year ($p = 0.013$) in patients with HF who have been treated by shared care units (UOG) which were associated with a significantly shorter mean hospital stay, compared to patients in whom management has been carried out in the classic manner.

Although the results of the Balvis (11) and Lizaur (22) studies are not comparable with our results because they vary

in the data on mean hospital stay and post-surgery, the authors seem to find worse results in patients in whom hospital stay is prolonged. In our series we also found such an association, observing an association between lower mortality rate one year after surgery in patients whom early discharge is carried out, that is, in those in whom the hospital stay is reduced to less than or equal to 4 days.

On the other hand, the higher 1-year mortality rate in the group not discharged early could also be due to the presence of a higher proportion of ASA III-IV patients in the group not discharged early, a factor that was an independent risk factor for 1-year mortality, together with early discharge, which was also an independent protective factor that reduced 1-year mortality. Given that factors such as ASA, age or dementia are not modifiable factors during clinical practice, but early discharge can be, the authors of this study believe that it is beneficial to optimize protocols to

reduce hospital stay in patients with HF, this being one of the few independent predictors of mortality at one year that can be modified during clinical practice.

Authors such as Basques *et al.* (23) carried out a retrospective study analyzing factors associated with a longer post-surgery stay and a higher rate of hospital readmission in patients who underwent HF surgery, with a mean post-surgery hospital stay of 5.6 days, detecting a 30-day hospital readmission rate of 10%. Kates *et al.* (24), with a mean hospital stay of 4.6 days, recorded a 30-day readmission rate of 11.9%; in addition, this study detected a higher one-year mortality rate in patients who were readmitted versus those who were not readmitted, 52.% versus 21.8%, respectively ($p < 0.001$). Despite the fact that previous studies analyze results in patients whose post-surgery hospital stay is 5.6 days and 4.6 days respectively, and our series analyzes results in patients with a post-surgery stay of 4 days or less, our data regarding the 30-day readmission rate (9.5%) seem to be in agreement with the published data.

In the literature review, we found heterogeneity in the literature as to what mean postoperative length of stay is considered a risk factor for hospital readmission.

In our series, in the statistical analysis, we found no differences between patients with post-surgery hospital stay ≤ 4 days (early discharge) versus > 4 days in terms of readmission rates at 30

days, between 30-90 days and > 90 days. However, when we carried out the analysis of variables that could influence readmission rates, including the variables post-surgery stay ≤ 6 days and post-surgery stay ≤ 8 days, we found among patients readmitted at 30 days a higher proportion of patients with hospital stay > 6 and 8 days. Hospital stay ≤ 6 days being an independent predictor factor associated with lower probability of readmission at 30 days. These data suggest that a "prolonged" hospital stay (understood as > 4 days, > 6 days or > 8 days) may be associated with higher 30-day readmission rates and not the opposite: early discharge is not associated with readmission.

The most frequent causes of readmission in patients with HF are produced by medical problems in a greater proportion than by surgical problems or those related to the surgical wound. Lizaur *et al.* (26) observational cohort study of 732 consecutive patients over 65 years surgically treated for hip fracture and discharged alive in 2010–2014 was conducted. The measurements were patient demographic characteristics, residential and discharge status, Katz Index, Merle D'aubigné Hip Score, Mini-Mental Test, comorbid conditions, Charlson Index, ASA group, type of fracture and repair, and postoperative complications. Patient characteristics were tested by bivariate and multivariate analyses. Results: 8.3% of patients were readmitted within 30 days (56.0% of

these within 2 weeks, point out that re-admissions for medical causes are thirteen times more frequent than readmissions for non-medical causes.

Thus, in conclusion, based on our results, it seems safe to perform “early discharge” in HF patients in outpatient or home care conditions. And, we observed lower mortality rate one year after surgery associated to “early discharge”, without finding a higher rate of hospital readmission due to “incomplete recovery” of patients, neither at 30 days, 30-90 days nor > 90 days after early hospital discharge.

In addition, we observed that there are, on the one hand, risk factors for mortality at one year, not modifiable during clinical practice, such as ASA score, age or dementia. On the other hand, variables such as post-surgery hospital stay or “early discharge”, a modifiable protective factor for mortality at one year, can be improved during clinical practice, so it is particularly important to optimize and improve the data on post-surgery hospital stay in patients who undergo HF surgery.

Limitations of the study

Among the limitations, we found those inherent to a retrospective study: the event under study has already occurred and the data collection is based on what was collected in the clinical history. In addition, automated-computerized data are handled in all the variables that were possible. We have found an association between a lower mortality and a lower mortality rate in the first year; however, further studies would be needed to prove the cause-effect between variables.

Conclusion

We found association between lower mortality rates one year after surgery in patients with “early discharge”. And we no found differences in readmission rates in the “early discharge” group versus no early discharge. Post-surgery hospital stay < 6 days as a protective factor that reduces the probability of hospital readmission at 30 days.

Bibliography

1. Lim, J. (2020). Big data-driven determinants of length of stay for patients with hip fracture. *Int J Environ Res Public Health*, 17(14), 1-9.
2. Hughes, A. J., Brent, L., Biesma, R., Kenny, P. J. y Hurson, C. J. (2019). The effect of indirect admission via hospital transfer on hip fracture patients in Ireland. *Ir J Med Sci*, 188(2), 517-524.

3. Marcheix, P. S., Collin, C., Hardy, J., Mabit, C., Tchalla, A. y Charissoux, J. L. (2021). Impact of orthogeriatric management on the average length of stay of patients aged over seventy five years admitted to hospital after hip fractures. *Int Orthop*, 45(6), 1431-1438.
4. Svenøy, S., Watne, L. O., Hestnes, I., Westberg, M., Madsen, J. E. y Frihagen, F. (2020). Results after introduction of a hip fracture care pathway: comparison with usual care. *Acta Orthop*, 91(2), 139-145.
5. Wallace, R., Angus, L. D. G., Munnangi, S., Shukry, S., DiGiacomo, J. C. y Ruotolo, C. (2019). Improved outcomes following implementation of a multidisciplinary care pathway for elderly hip fractures. *Aging Clin Exp Res*, 31(2), 273-278.
6. Rapp, K., Becker, C., Todd, C., Rothenbacher, D., Schulz, C. y König H. H. *et al.* (2020). The association between orthogeriatric co-management and mortality following hip fracture: an observational study of 58 000 patients from 828 hospitals. *Dtsch Arztebl Int*, 117(4), 53-59.
7. Sarimo, S., Pajulammi, H. y Jämsen, E. (2020). Process-related predictors of readmissions and mortality following hip fracture surgery: a population-based analysis. *Eur Geriatr Med*, 11(4), 613-622.
8. Pollock, F. H., Bethea, A., Damayanti, S., Modak, A., Maurer, J. P. y Chumbe, J. T. (2015). Readmission within 30 days of discharge after hip fracture care. *Orthopedics*, 38(1), e7-13.
9. John Heyes, G., Tucker, A., Marley, D. y Foster, A. (2015). Predictors for Readmission up to 1 Year Following Hip Fracture. *Arch Trauma Res*, 4(2), 1-6.
10. Pablos-Hernández, C., González-Ramírez, A., Da Casa, C., Luis, M. M., García-Iglesias, M. A., Julián-Enriquez, J. M. *et al.* (2020). Time to Surgery Reduction in Hip Fracture Patients on an Integrated Orthogeriatric Unit: A Comparative Study of Three Healthcare Models. *Orthop Surg*, January, 457-462.
11. Balvis-Balvis, P. M., Domínguez-Prado, D. M., Ferradás-García, L., Pérez-García, M. y García-Reza, A. C. M. M. (2021). Influencia de la atención ortogeriatrica integrada en la morbimortalidad y el tiempo de estancia hospitalaria de la fractura de cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*, 66(1), 29-37.
12. Yoo, J., Lee, J. S., Kim, S., Kim, B. S., Choi, H., Song, D. Y. *et al.* (2019). Length of hospital stay after hip fracture surgery and 1-year mortality. *Osteoporos Int*, 30(1), 145-153.
13. Lau, T. W., Fang, C. y Leung, F. (2013). The Effectiveness of a Geriatric Hip Fracture Clinical Pathway in Reducing Hospital and Rehabilitation Length of Stay and Improving Short-Term Mortality Rates. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*, 4(1), 3-9.
14. Cid, J. y Moreno, J. (1997). Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria [Internet]. Revista Española de Salud Pública, 71. Recuperado de <http://alicante.san.gva.es/documents/4479657/4640869/Indice+Barthel.pdf>
15. American Society of Anesthesiologists (2020). ASA Physical Status Classification System. *SELL Journal*, 5.
16. Di Monaco, M., Di Monaco, R., Manca, M. y Cavanna A. (2002). Positive association between total lymphocyte count and femur bone mineral density in hip-fractured women. *Gerontology*, 48(3), 157-161.

17. Liu, X., Dong, Z., Li, J., Feng, Y., Cao, G., Song, X. *et al.* (2019). Factors affecting the incidence of surgical site infection after geriatric hip fracture surgery: a retrospective multi-center study. *J Orthop Surg Res*, *14*(1), 1-9.
18. Marom, O., Yaacobi, E., Shitrit, P., Brin, Y., Cohen, S., Segal, D. *et al.* (2021). Proximal femoral fractures in geriatric patients: identifying the major risk factors for postoperative infection in a single-center study. *Isr Med Assoc J*, *23*(8), 494-496.
19. Monacelli, F., Pizzonia, M., Signori, A., Nencioni, A., Giannotti, C., Minaglia, C. *et al.* (2018). The in-hospital length of stay after hip fracture in octogenarians: do delirium and dementia shape a new care process? *J Alzheimer's Dis*, *66*(1), 281-288.
20. Willems, J. M., De Craen, A. J. M., Nelissen, R. G. H. H., Van Luijt, P. A., Westendorp, R. G. J. y Blauw, G. J. (2012). Haemoglobin predicts length of hospital stay after hip fracture surgery in older patients. *Maturitas*, *72*(3), 225-228.
21. Chen, R., Li, L., Xiang, Z., Li, H. y Hou, X. L. (2021). Association of iron supplementation with risk of transfusion, hospital length of stay, and mortality in geriatric patients undergoing hip fracture surgeries: a meta-analysis. *Eur Geriatr Med*, *12*(1), 5-15.
22. Lizaur-Utrilla, A., Calduch Broseta, J. V., Miralles Muñoz, F. A., Segarra Soria, M., Díaz Castellano, M. y Andreu Giménez, L. (2014). Eficacia de la asistencia compartida entre cirujanos e internistas para ancianos con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)*, *143*(9), 386-391.
23. Basques, B. A., Bohl, D. D., Golinviaux, N. S., Leslie, M. P., Baumgaertner, M. R. y Grauer, J. N. (2015). Postoperative length of stay and 30-day readmission after geriatric hip fracture: an analysis of 8434 patients. *J Orthop Trauma*, *29*(3), e115-e120.
24. Kates, S. L., Behrend, C., Mendelson, D. A., Cram, P. y Friedman, S. M. (2015). Hospital readmission after hip fracture. *Arch Orthop Trauma Surg*, *135*(3), 329-337.
25. Ryan, G., Nowak, L., Melo, L., Ward, S., Atrey, A., Schemitsch, E. H. *et al.* (2020). Anemia at Presentation Predicts Acute Mortality and Need for Readmission Following Geriatric Hip Fracture. *JBJS Open Access*, *5*(3), e20.00048-e20.00048.
26. Lizaur-Utrilla, A., Serna-Berna, R., López-Prats, F. A. y Gil-Guillén, V. (2015). Early rehospitalization after hip fracture in elderly patients: risk factors and prognosis. *Arch Orthop Trauma Surg*, *135*(12), 1663-1667.

El baile como programa de prevención de caídas en el adulto mayor: revisión sistemática

Dance as a fall prevention program in the elderly: a systematic review

Sofía Bolaños Gómez^a y Pablo Javier Olabe Sánchez^b

Resumen

Introducción. Las caídas son un gran problema de salud pública por su frecuencia y consecuencias; alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufren de una caída al menos una vez por año, independientemente de su estado de autonomía. *Objetivos.* Conocer la efectividad del baile como programa preventivo de las caídas en el adulto mayor; analizar los diferentes tipos de baile y sus aplicaciones para mejorar el equilibrio; identificar beneficios a nivel psicológico y social; evaluar el uso del baile en la calidad de vida de las personas mayores. *Material y método.* Se realizó una revisión sistemática con ensayos clínicos aleatorizados recuperados de algunas de las bases de datos con mayor evidencia científica: PubMed, Cochrane y EBSCOhost. Obteniendo un total de 147 resultados, de los cuales fueron descartados 141 tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, finalizando con un total de 6 artículos. *Resultados.* Los 6 artículos muestran una mejora significativa en el equilibrio dinámico; 3 más reflejan mejoría en el equilibrio estático de manera significativa; 3 de ellos mencionan un aumento en la fuerza muscular de los miembros inferiores; 2 artículos hablan sobre un progreso positivo en la agilidad de las personas mayores; y 2 estudios miden la velocidad de distribución del peso corporal entre los miembros inferiores. *Conclusiones.* El baile muestra efectividad en la prevención de caídas en el adulto mayor, mostrando mejoría sobre el equilibrio estático y dinámico. De igual forma tiene repercusiones positivas a nivel psicológico y social.

Palabras clave: *baile; caídas; adulto mayor; equilibrio.*

a. Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad del Valle de México, Máster en Geriátría y Gerontología de la Universidad Católica de San Antonio de Murcia. Autor de contacto. E-mail: sofiabogoz@gmail.com

b. Doctor y profesor titular de la Universidad Católica de San Antonio de Murcia. E-mail: polabe@ucam.edu

Abstract

Introduction. Falls are a major public health problem due to their frequency and consequences; around a third of people over 65 years suffer a fall at least once a year, regardless of their autonomy status. *Objectives.* To know the effectiveness of dance as a preventive program for falls in the elderly; to analyze the different types of dances and their applications to improve balance; to identify psychological and social benefits; to evaluate the use of dance in quality of life in older people. *Material and method.* A systematic review was made with randomized clinical trials retrieved from one of the databases with the greatest scientific evidence: PubMed, Cochrane and EBSCOhost. Obtaining a total of 147 results, of which 141 were discarded after applying the inclusion and exclusion criteria, ending with a total of 6 articles. *Results.* All 6 scientific articles show a significant improvement in dynamic balance; 3 more reflect significant improvement in static balance; 3 of them mention an increase in muscle strength of the lower limbs; 2 articles talk about a positive progress in the agility of the elderly; and 2 studies measure the speed of distribution of body weight between the lower limbs. *Conclusions.* Dance shows effectiveness in preventing falls in the elderly, showing improvement in static and dynamic balance. Likewise, it has positive repercussions at a psychological and social level.

Keywords: *dance; falls; elderly; balance.*

Introducción

Las personas mayores experimentan disminución en la estabilidad postural, pérdida de condición física, disminución de masa corporal y, aunado a esto, las comorbilidades; todo esto provoca alteraciones en las actividades de la vida diaria, que resultan en un impacto negativo en las esferas físicas y psicológicas de la persona. Todos esos cambios que ocurren dentro de nuestro cuerpo durante este proceso nos hacen más propensos a padecer enfermedades y nos exponen a accidentes relacionados con la edad, siendo el más común de estos las caídas (1, 2).

Las caídas se definen como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que

precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad; suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo”, esto según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3, 5).

La prevalencia y seriedad de las caídas en el adulto mayor representan un desafío mundial de salud pública, ya que se encuentra en la posición número dos de muertes por traumatismos accidentales, y es considerada como uno de los grandes síndromes geriátricos. Se estima que alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufren de una caída al menos una vez por año, independientemente de su estado de autonomía. El porcentaje aumenta con la edad, puesto que en los

mayores de 75 años sube a 35%, y al 50% en las personas que sobrepasan los 80 años. Aunado a esto, se estima que dos tercios de esta población que cae volverá a experimentar una caída en los próximos 6 meses (4, 6, 7).

Con las cifras de envejecimiento en crecimiento, las caídas y lesiones resultantes tienen un alto impacto en diferentes niveles de la salud personal (físico, psicológico, social y económico) y los servicios de salud (8), lo que vuelve su prevención una prioridad.

A pesar de que envejecer es un proceso natural, las caídas no deben ser sinónimo de envejecimiento, ya que pueden ser prevenibles al practicar un estilo de vida saludable que involucre: actividad física regular, ejercicio, adaptación de espacios, buenos hábitos alimenticios y vínculos relacionales sanos, entre otros.

Cada vez se habla más sobre el término “envejecimiento activo”, que es el proceso de optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS, 2007) (4). El envejecimiento saludable es un proceso que dura toda la vida, se inicia desde la infancia, ya que todas las decisiones que se tomen respecto al estilo de vida impactarán nuestra forma de envejecer. Pero eso no significa que al llegar a esta etapa de vejez no se puedan realizar cambios para mantener o mejorar las capacidades conservadas, o incluso desarrollar nuevas.

Diversos estudios han demostrado un alto grado de correlación entre bajos niveles de actividad física y déficit de control postural, que forma parte de los principales factores

del aumento de riesgo de caídas en el adulto mayor. Por lo que se ha permitido considerar a este factor, fácilmente modificable, como un enfoque preventivo para reducir el riesgo de caídas (1, 9).

El baile ha sido propuesto como actividad física beneficiosa, puesto que permite variabilidad en el desempeño; facilidad de realizarlo en diferentes espacios; no implica un gran costo; y no cae en la rutina por sus variados estilos, ritmos, pasos y música (1). Ha ganado popularidad rápidamente entre esta población en concreto, ya que se ha contemplado que el enfoque del ejercicio basado en el baile podría hacer el entrenamiento más interesante y atractivo de realizar, promoviendo así que las personas mayores que no practiquen algún tipo de actividad física puedan encontrar en el baile una forma atractiva de introducirse al mundo de la activación física y puedan gozar de los beneficios.

Algunos de estos programas han hecho modificaciones para este grupo demográfico trabajando de una forma segura para la salud e integridad de los participantes y adaptando los movimientos, el ritmo, la intensidad y el entorno en el que comúnmente se realizan los bailes.

El objetivo de este estudio es conocer la función del baile dentro de la prevención de caídas en el adulto mayor, buscando justificar qué es lo que hace diferente esta práctica, para que sea considerada como un programa efectivo de prevención de caídas.

Material y método

Se ha realizado una revisión sistemática con ensayos clínicos aleatorizados recuperados de las bases de datos electrónicas: PubMed, Cochrane y EBSCOhost, obteniendo evidencias científicas acorde al tema tratado: el baile como programa de prevención de caídas en el adulto mayor.

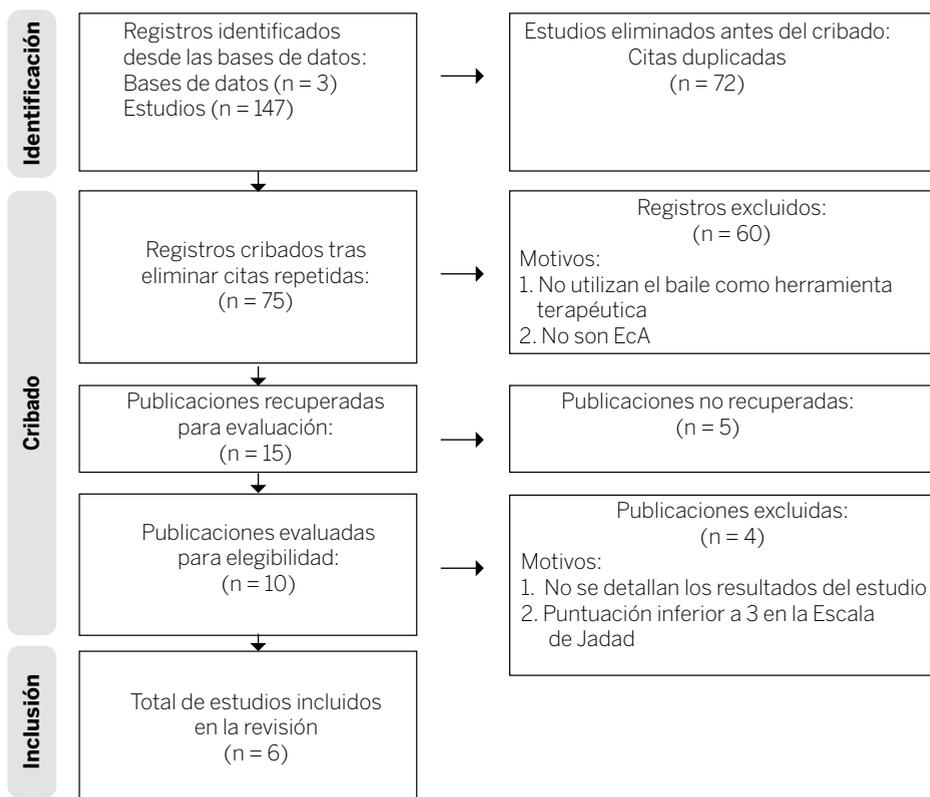
Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: a) ensayos clínicos aleatorizados; b) publicaciones desde 2012 hasta la fecha; c) contenidos sobre cualquier tipo de baile y su aplicación terapéutica para mejorar el equilibrio en los

adultos mayores, también los que intervinían para prevenir las caídas en esta población.

La revisión fue realizada en el periodo comprendido de marzo a mayo del año 2022, bajo los siguientes parámetros:

- Las palabras claves para la búsqueda fueron definidas a partir de la pregunta PICO (P: *elderly with fall risk*, I: *dance*, C: *balance*, O: *fall prevention*).
- En el proceso de búsqueda se consultó un total de 147 artículos, de los cuales fueron seleccionados 6. A continuación se presenta el diagrama de flujo.

Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMA (10)



Resultados

Tabla 1. Variables de estudio de los artículos seleccionados (11-17)

Autores	Tipo de baile	Características del grupo	Intervención	Valoración de riesgo de caídas	Resultados
Areeudomwong et al. (44)	Baile Thai boxing	Total: n = 78 (H/M) Edad = > 60	Grupo experimental: n = 39 3 sesiones/semana x 4 semanas, 50 min de duración Grupo control: n = 39 Folleto educativo de prevención de caídas. Ejercicios incluidos en el folleto diario por 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Timed up and go - Test de Romberg - Dinamómetro - Chair Sit and Reach Test - 8-Foot Up and Go Test 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Equilibrio dinámico: -1.43 ±0.27 s ↑ Equilibrio estático: +8.51 ±0.91 s ↑ Fuerza muscular ↑ Agilidad: -1.19 ±0.29 s
Franco Marcia et al. (46)	Senior Dance (DanSE)	Total: n = 82 (H/M) Edad = > 60	Grupo experimental: n = 35 3 sesiones/semana x 12 semanas, 1 h de duración Grupo control: n = 36 Clase educativa sobre estrategias de prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> - Postura sobre una sola pierna - SPPB - MoCA 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Equilibrio unipodal: +4.9 ±3.4 s ↑ Equilibrio estático: +3.7 s ↓ Tiempo SPPB: -3.1 y -0.6 s Sin cambios en funciones cognitivas
Gomes da Silva et al. (47)	Baile de salón	Total: n = 62 (H/M) Edad = > 60	Grupo experimental: n = 30 3 sesiones/semana x 12 semanas, 50 min de duración Grupo control: n = 29 Continuación de actividades diarias normales	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de caídas - Plataforma Lizard de estabilometría y posturometría 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Equilibrio basado en distribución de peso corporal: -0.82 kg ↓ Caídas: -2.67

Tabla 1. Variables de estudio de los artículos seleccionados (11-17) (cont.)

Autores	Tipo de baile	Características del grupo	Intervención	Valoración de riesgo de caídas	Resultados
Granacher <i>et al.</i> (48)	Salsa	Total: n = 28 (H/M) Edad = > 63	Grupo experimental: n = 14 2 sesiones/semana x 8 semanas 1 h de duración Grupo control: n = 14 Continuación de actividades diarias normales	- Plataforma de equilibrio - Banda sensible a la presión - Plataforma de fuerza - Cuestionario de Freiburg - MMSE - Clock-Drawing Test	↑ Equilibrio estático: -132 mm de desviación ↑ Velocidad de zancada: +15.1 cm/s ↑ Longitud de zancada: +8.7 cm
Noopud <i>et al.</i> (49)	Danza Thai tradicional	Total: n = 54 (M) Edad = > 60	Grupo experimental: n = 22 3 sesiones/semana x 12 semanas Duración incremental hasta completar la hora Grupo control: n = 21 Continuación de actividades diarias normales	- NeuroCom Balance Manager® System - Escala de Balance de Berg - Timed Up and Go Test	↑ Equilibrio dinámico: +3 puntos (BBS) -1.92 s (TUG) -0.23 s (distribución de peso corporal) ↑ Velocidad de marcha: +36.10 cm/s
Pichierri <i>et al.</i> (50)	Videojuego de baile	Total: n = 25 (H/M) Edad = > 65	Grupo experimental: n = 9 2 sesiones/semana x 12 semanas 1 h de duración Grupo control: n = 6 Continuación de actividades diarias normales	-Plataforma de fuerza	↑ Tiempo de reacción: -17.9% s

Si bien Fleg (18) reporta ventajas del ejercicio de tipo aeróbico y Cho *et al.* (19) en el entrenamiento del equilibrio con realidad virtual en personas mayores, estos cuentan con una baja tasa de cumplimiento debido a la falta de interés y dificultad en las clases iniciales. Una revisión sistemática que incluyó 132 estudios cualitativos revela que a pesar de que los adultos mayores conocen los beneficios del ejercicio para mejorar su salud, estos se muestran apáticos o muestran desinterés (Franco *et al.* [20]). Igualmente, Franco *et al.* (13) encuentran que la adherencia y participación de las personas mayores a programas para prevenir las caídas es muy baja. Los resultados de estos estudios sugieren la necesidad de intervenciones más atractivas, así como efectivas, para aumentar la participación entre esta población.

Los participantes en el estudio de Areeudomwong *et al.* (11) reportaron que el baile, al ser una actividad grupal, resultaba más divertida y aumentaba la motivación por asistir a las clases. De igual forma, Noopud *et al.* (16) informan sobre una adherencia del 81,4% al programa de baile *Thai* tradicional, cuyos participantes expresaron que era una forma de ejercitarse más motivadora y disfrutable (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?sort=pubdate&term=Nadsen+K&cauthor_id=18983115).

Varios autores reportan que el baile parece tener efectos positivos sobre el equilibrio, la marcha, la fuerza y la flexibilidad,

y todos estos factores mencionados están íntimamente relacionados con las caídas en los adultos mayores (Veronese *et al.* [9]). La revisión de Keogh *et al.* (21) menciona los efectos benéficos del baile sobre los factores de riesgo de caídas, como el equilibrio, la fuerza y la movilidad dinámica. Kattenstroth *et al.* (22) agregan a los beneficios ya mencionados la coordinación, el ritmo, la lateralidad, la resistencia y la conciencia corporal.

A pesar de que los ensayos incluidos no se basaron en las mismas escalas e instrumentos de evaluación ni en el mismo tipo de baile, todos mostraron mejorías significativas en sus resultados, independientemente de las variables consideradas.

Tantiwiboonchai (23), en un estudio previo, muestra un incremento en la fuerza muscular de los miembros inferiores y el equilibrio en personas mayores sanas tras la práctica de 16 semanas de baile *Thai boxing* aeróbico, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Areeudomwong *et al.* (11). Sin embargo, el segundo estudio mencionado también valoró la flexibilidad y la agilidad de los participantes, encontrando diferencias significativas entre los valores previos y posintervención, con mejorías respecto al tiempo de ejecución.

Franco *et al.* (13) prueban con su estudio los resultados positivos en el equilibrio estático, dinámico y sobre una pierna, tras la práctica del programa Senior Dance (DanSE), donde se encontró

un incremento significativo en tiempo de ejecución en las pruebas realizadas; al igual que Granacher *et al.* (15), que utilizaron la salsa por el desafiante control postural dinámico y la fuerza muscular que esta exigía, además del desafío en la realización de los movimientos al ritmo de la música.

Noopud *et al.* (16) eligen el baile *Thai* tradicional por la popularidad que tiene, los movimientos lentos que lo comprenden y la baja carga que los movimientos representan para las rodillas y tobillos. Su intervención logró cambios significativos en el equilibrio principalmente dinámico, aumentando la velocidad de reacción; también en los giros hubo repercusiones positivas, al disminuir el tiempo de girar a un lado y otro, sin pérdidas de equilibrio. Este estudio complementa el realizado por Holmerová *et al.* (24), que también reporta mejorías significativas para el equilibrio.

Pichierri *et al.* (25) sostienen la recomendación de que el elemento cognitivo debe ser incluido en los programas de ejercicio, argumentando que las caídas usualmente ocurren bajo circunstancias que demandan atención; al igual que Franco *et al.* (13) y Meng *et al.* (26), que intentan incorporar estos elementos en sus intervenciones.

Al hablar de beneficios fuera del nivel físico, nos encontramos con diversas afirmaciones. Sofianidis *et al.* (27) hablan no solo sobre el baile y la salud, sino que lo relacionan con beneficios a nivel social al ser una actividad que se hace

en grupo, volviéndola más estimulante. Areeudomwong *et al.* (11) piensan que realizar esta actividad de forma periódica puede aumentar la autoconfianza en los movimientos y reducir la ansiedad y el miedo a caer. Sin embargo, Gómes da Silva *et al.* (14) comentan que se necesitan más estudios para medir el nivel de hormonas en sangre y poder comprobar su efecto contra la depresión.

Discusión

Areeudomwong *et al.* (11) mencionan que los hallazgos que hicieron tras 4 meses, una vez finalizada la intervención, mostraron una ligera disminución en el equilibrio estático y la fuerza de miembros inferiores y una regresión en la flexibilidad, lo que indica que sin el seguimiento del entrenamiento las personas vuelven a aumentar su riesgo de caídas.

Granacher *et al.* (15) y Sofianidis *et al.* (27) tomaron en cuenta en sus estudios a participantes con un nivel alto de movilidad e involucrados en actividades deportivas, lo que puede influenciar en el desempeño y los resultados finales, en comparación con personas sin entrenamiento previo.

Tolocka *et al.* (28) también hablan sobre la dificultad que encuentran las personas mayores institucionalizadas para la participación en actividades de forma independiente, por lo que en pocas ocasiones pueden involucrarse en programas que minimicen el deterioro y cada vez se vuelva más difícil retomar

o iniciar el ejercicio. Asimismo, Granacher *et al.* (15) concluyeron que los resultados varían dependiendo de la actividad física previa que los participantes practicaban.

Pese a la existencia de numerosos estudios que muestran evidencia de los beneficios del baile supervisado en la disminución de la incidencia de caídas en el adulto mayor, aún no existe un protocolo establecido de baile como herramienta terapéutica que indique la frecuencia, duración e intensidad adecuados para obtener todos los beneficios que ofrece (López *et al.* [1]).

Para aumentar la validez de los programas de baile expuestos, se debería realizar un estudio que compare los diferentes tipos de baile entre ellos, para mostrar el de mayor eficacia y beneficio en mayor número de áreas, y no solo comparar el baile con la continuación de

las actividades cotidianas sin ningún tipo de intervención.

Conclusiones

El baile sí muestra efectividad en la prevención de caídas en el adulto mayor. Los tipos de baile evaluados en los estudios incluidos muestran mejoría sobre el equilibrio estático y dinámico de forma inmediata al término de la intervención. También se ha evidenciado que el baile tiene repercusiones positivas a nivel psicológico al disminuir la ansiedad y brindar sentimientos de satisfacción, motivación y mayor seguridad con el propio cuerpo. Además, al ser una práctica grupal, se abre la oportunidad de socializar, mejora la interacción social y permite formar nuevos vínculos.

Bibliografía

1. López, E., Rodríguez, J., Espejo, L., Garrido, E. y Pérez, R. (2015). Effects of dancing on the risk of falling related factors of healthy older adults: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.003>
2. Adamczyk, J., Celka, R., Stemplewski, R., Ceynowa, K. y Maciaszek, J. (2022). Effects of Jaques-Dalcroze eurhythmics program on postural stability in elderly women. *Scientific Reports*, 12. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11095-x>
3. Organización Mundial de la Salud (26 de abril de 2021). Caídas. Recuperado el 17 de febrero de 2022, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
4. World Health Organization (2007). *WHO Global report on falls prevention in older age*. Francia: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
5. Tiedemann, A., Sherrington, C. y Lord, S. (julio de 2013). The role of exercise for fall prevention in older age, 7.

6. Quintar, E. y Giber, F. (2014). Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. *Consense, Documents and Osteology Education*, 10(3), 278-286. Recuperado el 17 de febrero de 2022 de <http://www.osteologia.org.ar>
7. Hernández Ramírez, M., Juárez Flores, C. A., Báez Alvarado, M. D., Lumbreras Delgado, I. y Banderas Tarabay, J. (2020). Valoración de la dependencia funcional en adultos, 13. Recuperado el 17 de febrero de 2022.
8. Franklin, R. *et al.* (5 de junio de 2013). A framework for the assessment of community exercise programmes: a tool to assist in modifying programmes to help reduce falls risk factors. *Age and Ageing*, 6.
9. Veronese, N., Maggi, S., Schofield, P. y Stubbs, B. (2017). *Dance movement therapy and falls prevention. Maturitas*, 1-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.05.004>
10. PRISMA (2021). *PRISMA Flow Diagram*. Obtenido de PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta Analyses: <http://www.prisma-statement.org/PRISMA-statement/FlowDiagram>
11. Areeudomwong, P. *et al.* (2019). Balance and functional fitness benefits of a Thai Boxing Dance Program among community-dwelling older adults at risk of falling: a randomized controlled study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.04.010>
12. Buransri, M. *et al.* (2021). Effects of Traditional Srichiangmai dance on Balance and Mobility in the Elderly, 9. doi: <https://doi.org/10.32098/mltj.02.2021.02>
13. Franco, M. *et al.* (6 de octubre de 2019). *Effect of Senior Dance (DanSE) on Fall Risk Factors in Older Adults: A Randomized Controlled Trial*. Recuperado de <https://academic.oup.com/ptj/advance-article-abstract/doi/10.1093/ptj/pzz187/5695649>
14. Gomes da Silva Borges, E. *et al.* (28 de marzo de 2014). Postural balance and falls in elderly nursing home residents enrolled in a ballroom dancing program. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.03.013>
15. Granacher, U. *et al.* (6 de enero de 2012). Effects of a Salsa Dance Training on Balance and Strength Performance in Older Adults. *Gerontology*, 9. doi: <https://doi.org/10.1159/000334814>
16. Noopud, P. *et al.* (8 de octubre de 2018). Effects of Thai traditional dance on balance performance in daily life among older women. *CrossMark*, 7. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1040-8>
17. Pichierri, G. *et al.* (29 de junio de 2012). The effect of a cognitive-motor intervention on voluntary step execution under single and dual task conditions in older adults: a randomized controlled pilot study. *Dovepress Journal*, 175-184. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S32558>
18. Fleg, J. L. (2012). Aerobic exercise in the elderly: a key to successful aging. *Discovery Medicine*, 13, 223-228.
19. Cho, G. H., Hwangbo, G. y Shin, H. S. (2014). The effects of virtual reality-based balance training on balance of the elderly. *Journal of Physical Therapy Science*, 26, 615-617. doi: <https://doi.org/10.1589/jpts.26.615>

20. Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z. y Ferreira, M. L. (2015). Older people´s perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med*, *49*(19), 1268-1276. doi: 10.1136/bjsports-2014-094015. Epub 2015 Jan 13. PMID: 25586911.
21. Keogh, J. W., Kilding, A., Pidgeon, P., Ashley, L. y Gillis, D. (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *J Aging Phys Act*, *17*(4), 479-500. doi: <https://doi.org/10.1123/japa.17.4.479>. PMID: 19940326.
22. Kattenstroth, J. C., Kolankowska, I., Kalisch, T. y Dinse, H. R. (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Front Aging Neurosci*, *2*, 31. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2010.00031>
23. Tantiwiboonchai, N., Kritpet, T. y Yuktanandana, P. (2017). Effects of Muay Thai aerobic dance on biochemical bone markers and physical fitness in elderly women. *Journal of Exercise Physiology Online*, *20*, 188-199.
24. Holmerová, I., Macháčová, K., Vanková, H., Veleta, P., Jurasková, B., Hrnčiariková, D., Volicer, L. y Andel, R. (2010). Effect of the Exercise Dance for Seniors (EXDASE) program on lower-body functioning among institutionalized older adults. *J Aging Health*, *22*(1), 106-119. doi: <https://doi.org/10.1177/0898264309351738>. Epub 2009 Nov 24. PMID: 19934443.
25. Pichierri, G., Wolf, P., Murer, K. y De Bruin, E. D. (2011). Cognitive and cognitive-motor interventions affecting physical functioning: a systematic review. *BMC Geriatr*, *11*, 29.
26. Meng, X., Li, G., Jia, Y., Liu, Y., Shang, B., Liu, P., Bao, X. y Chen, L. (2010). Effects of dance intervention on global cognition, executive function and memory of older adults: a meta-analysis and systematic review. *Aging Clin Exp Res*, *32*(1), 7-19. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01159-w>. Epub 2019 Apr 13. PMID: 30982217.
27. Sofianidis, G., Hatzitaki, V., Douka, S. y Grouios, G. (2009). Effect of a 10-week traditional dance program on static and dynamic balance control in elderly adults. *J Aging Phys Act*, *17*(2), 167-180. doi: <https://doi.org/10.1123/japa.17.2.167>. PMID: 19451666.
28. Tolocka, R. E. y Oliveira, R. G. D. (2009). Inclusão social e pessoas que participam de bailes em uma instituição de longa permanência para idosos. *Revista da Educação Física/UEM*, *20*(1), 85-96. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v20i1.6038>

Fragilidad: impacto en la calidad de vida en personas mayores en diálisis. Revisión sistemática

Frailty: the impact on the quality of life of the elderly with dialysis

Izamara Cristina Espinoza Marencó^a y Juan Dionisio Avilés Hernández^b

Resumen

Introducción. Existe una correlación muy estrecha entre el estado de fragilidad y la presencia de enfermedades crónicas en la edad avanzada; y se ha planteado que las personas mayores en diálisis tienen experiencias de vida únicas que pueden impactar su percepción de calidad de vida. Debido al envejecimiento progresivo y a la falta de conocimiento sobre este ámbito, se considera importante profundizar en esta compleja relación. *Objetivo.* Conocer la evidencia científica sobre el impacto de la fragilidad en la calidad de vida de las personas mayores en diálisis. *Metodología.* Revisión sistemática. Se incluyeron 9 artículos (3 ensayos clínicos y 6 estudios observacionales). *Resultados.* La media de edad fue de 75-80 años, predominio del sexo masculino, alta prevalencia de HTA, DM y sobrepeso/obesidad. El instrumento de fragilidad más utilizado fue el CSHA, y de calidad de vida el SF-12. La prevalencia de fragilidad fue de 43%-68% en HD y 52%-53% en DP. La calidad de vida se vio afectada tanto en el componente físico como en el mental. *Conclusión.* A pesar de la poca evidencia del impacto directo de la fragilidad en la calidad de vida, se observó que los mayores frágiles tienen mayor deterioro en las AVD y mayores niveles de ansiedad y depresión.

Palabras clave: fragilidad; calidad de vida; terapia de reemplazo renal; diálisis; persona mayor.

Abstract

Introduction. There is a close relationship between frailty and chronic diseases in elderly age; and it has been stated that aged people in dialysis have unique experiences that can influence their perception on quality of life. Due to progressive aging

a. MD. Máster en Geriátría. Universidad Católica de San Antonio, Murcia. España. E-mail: izamaraespinoza@gmail.com

b. MD, PhD. Unidad de Orto geriátría. Arrixaca Murcia. IMIB, UCAM, IGERMED.

and the lack of knowledge in this field, it is important to deepen in this complex association. *Objective.* To know the scientific evidence about the influence of frailty on quality of life in elderly receiving dialysis. *Methods.* Systematic Review. There were nine articles included (three clinical trials and six observational studies). *Results.* The media of age was 75-80 years, prevalence of male sex, and high frequency of hypertension, diabetes and overweight/obesity. The most used test to measure frailty was the CSHA and the SF-12 for quality of life. The prevalence of frailty was 43%-68% for HD patients and 52%-53% for PD patients. Quality of life was affected both in the physical and mental domains. *Conclusion.* Despite of the lack of evidence about the influence of frailty on quality of life, it was seen that frail elderly people are more impaired in their ADL and have higher levels of anxiety and depression.

Keywords: *frailty; quality of life; renal replacement therapy; dialysis; elderly.*

Introducción

Según la American Geriatrics Society, la fragilidad es descrita como un estado en el cual la persona se encuentra con mayor vulnerabilidad ante cualquier estresor endógeno o exógeno, lo que puede conllevar un mayor riesgo de eventos adversos, tales como hospitalizaciones, discapacidad, institucionalización y muerte (1).

En la última década, gracias a los resultados de Linda Fried en el seguimiento de 5317 personas entre 65 y 101 años, se propuso la fragilidad como la presencia de al menos 3 de los siguientes 5 criterios: fatiga crónica, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso (2). Sin embargo existen diferentes instrumentos para valorar la fragilidad, variando unos con otros en relación con el contexto biológico y los componentes que plantean.

Dent *et al.* (3) exponen además que la fragilidad debe considerarse como una entidad dinámica que existe en un *continuum* desde ser robusto a ser frágil. La importancia de conocer la fragilidad radica, por lo tanto, en su potencial reversibilidad.

Aproximadamente el 10% de las personas mayores de 65 años y del 25%-50% de los mayores de 85 años son frágiles según los criterios establecidos por Fried; y se estima que en América Latina y el Caribe 1 de cada 5 adultos mayores se considera frágil.

Se han propuesto 4 intervenciones para mejorar el estado de salud y calidad de vida de las personas mayores frágiles: ejercicio, manejo nutricional, intervenciones multicomponentes y modelos de atención geriátrica centrados en la persona.

Según diferentes autores, existe una relación muy estrecha entre el estado de fragilidad y la presencia de enfermedades crónicas en la edad avanzada,

con elementos que pueden influir entre ambas. Las patologías crónicas pueden contribuir como factor causal o precipitante de fragilidad y, a su vez, fomentar la aparición de complicaciones en los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas de base (4).

De esta forma, la enfermedad renal se ha destacado como una de las principales patologías crónicas que aumentan la probabilidad de que una persona mayor desarrolle un estado de vulnerabilidad al someterse a una terapia sustitutiva renal (TSR). Algunos estudios han estimado una prevalencia de fragilidad en personas en hemodiálisis de un 26% a un 73% (5).

Al ser la enfermedad renal crónica una patología que requiere mayor atención por parte de equipos multidisciplinares y cuidadores, debido a la pérdida de independencia, aumento de los gastos en salud y reestructuración familiar, se percibe en este grupo de personas mayores una disminución en su esperanza y calidad de vida (6).

A diferencia de las personas mayores sin fallo renal, los que reciben TSR tienen experiencias de vida únicas que pueden impactar su percepción de calidad de vida, tal como las horas de diálisis, así como la fatiga posdiálisis, y, por ende, al ser evaluados con los instrumentos generales surge la duda de si estos abarcan aspectos que son importantes para este grupo de pacientes (7).

Con los avances en el estudio de la fragilidad, se propone a esta como un buen predictor en el pronóstico no solo

de los resultados adversos producto de la terapia dialítica, sino también de la calidad de vida a consecuencia del deterioro funcional, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el impacto de la fragilidad en la calidad de vida de las personas mayores en diálisis?

Material y método

Se realizó una revisión sistemática de acuerdo con las recomendaciones de la declaración PRISMA. El periodo de búsqueda de la información fue de febrero a abril de 2022.

Durante el proceso de búsqueda se utilizaron diferentes fuentes de información biomédicas (PubMed, Cochrane, TripDatabase, Ebscohost, Epistemonikos), de las cuales se tomaron en cuenta los artículos correspondientes a la búsqueda PICO y a través de los MeSH (*medical subject headings*), así como los artículos relacionados de esa misma búsqueda.

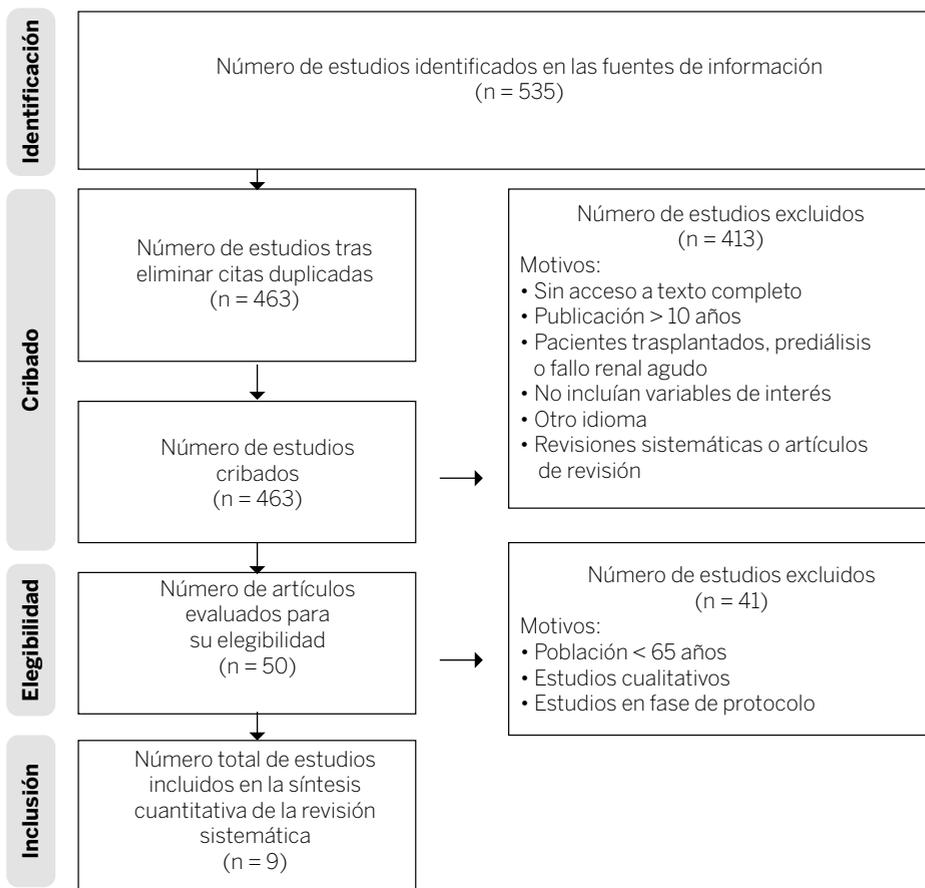
Pregunta PICO: P: *elderly*, I: *dialysis*, C: *frailty*, O: *quality of life*.

Los criterios de inclusión fueron: a) estudios observacionales o ensayos clínicos que evaluaran pacientes mayores en terapia sustitutiva renal y al menos una de las otras variables principales (fragilidad, calidad de vida) y b) estudios publicados en el periodo de 2012-2022. Como criterios de exclusión se consideraron: a) artículos fuera del periodo de estudio, b) que incluyeran

únicamente pacientes en prediálisis o trasplantados renales, c) que incluyeran pacientes en hemodiálisis por fracaso renal agudo, d) revisiones sistemáticas o artículos en revisión y e) artículos en idioma diferente a español o inglés.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de 535 artículos, de los cuales se seleccionaron finalmente 9. A continuación se presenta el diagrama de flujo.

Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMA



Resultados y análisis

Tabla 1. Características generales de los estudios incluidos

Autor, año, país	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	VARIABLES	Instrumentos de evaluación
Frih <i>et al.</i> (8), 2017, Libia	Ensayo clínico aleatorizado	Determinar si escuchar una recitación del Corán aumenta los efectos benéficos de resistencia al ejercicio y las medidas fisiológicas y psicológicas de pacientes mayores en hemodiálisis	53 (HD)	Calidad de vida	SF-36
Simo <i>et al.</i> (9), 2015, España	Ensayo clínico no aleatorizado	Observar el efecto de un programa adaptado de ejercicio físico intradiálisis sobre la fuerza muscular, capacidad funcional, síntomas depresivos y calidad de vida relacionada con la salud	22 (HD)	Calidad de vida	EuroQol-5D
Baggetta <i>et al.</i> (10), 2018, Italia	Ensayo clínico aleatorizado	Determinar la eficacia y seguridad de un programa de ejercicio de baja intensidad en casa, en el desempeño físico y calidad de vida en personas > 65 años en diálisis	160 (HD)	Calidad de vida	KDQOL-SF
Huidobro <i>et al.</i> (11), 2019, Chile	Observacional, analítico (cohorte)	Comparar la ocurrencia de resultados clínicamente relevantes (hospitalizaciones, caídas, fracturas de cadera y mortalidad) en adultos mayores prefrágiles y frágiles según modalidad de TSR: hemodiálisis o diálisis peritoneal	54 (27 en HD, 27 en DP)	Fragilidad	Escala FRAIL
Van Loon <i>et al.</i> (12), 2019, Inglaterra, Irlanda	Observacional, descriptivo, longitudinal	Determinar la prevalencia de caídas y fracturas en los mayores en diálisis, la relación con mortalidad y hospitalización y la influencia de caídas en el desempeño funcional y calidad de vida	203 (100 en HD, 103 en DP)	Fragilidad	CSHA
				Calidad de vida	SF-12

Tabla 1. Características generales de los estudios incluidos (cont.)

Autor, año, país	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Variables	Instrumentos de evaluación
Iyaser et al. (13), 2015, Inglaterra, Irlanda	Observacional, descriptivo transversal	Comparar la calidad de vida y la función física en pacientes mayores en hemodiálisis y diálisis peritoneal asistida	251 (129 en DP, 122 en HD)	Fragilidad Calidad de vida	CSHA SF-12
Martínez et al. (14), 2015, Colombia	Observacional, analítico, corte transversal	Evaluar calidad de vida, estado funcional, aspectos cognitivos y afectivos en pacientes mayores de 65 años con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica	90 (60 en HD, 30 en DP)	Fragilidad Calidad de vida	Fenotipo de Fried KDQOL-SF
Aguilera-Florez et al. (15), 2020, España	Observacional, descriptivo, retrospectivo	Evaluar la fragilidad, dependencia, depresión y calidad de vida de pacientes ancianos en diálisis peritoneal, y analizar la repercusión de la fragilidad sobre el tiempo de aprendizaje de la técnica y la aparición del primer episodio de peritonitis	25 (DP)	Fragilidad	Escala de Fragilidad Clínica
Sclauzero et al. (16), 2013, Italia	Observacional, descriptivo, transversal	Evaluar el efecto de los diferentes componentes de la fragilidad en la calidad de vida de las personas en diálisis	203 (190 en HD, 13 en DP)	Fragilidad Calidad de vida	Katz, Lawton, Karnofsky Valoración global subjetiva SF-36

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal; SF-36: cuestionario de salud SF-36; SF-12: cuestionario de salud SF-12; KDQOL-SF: kidney disease quality of life-short form.

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal; SF-12: cuestionario de salud SF-12; CSHA: Canadian Study of Health and Aging Scale.

En relación con las características clínicas y sociodemográficas, se observó una media de edad de 75-80 años en la mayoría de los estudios, con claro predominio del sexo masculino en el 77% de ellos. La HTA mostró una alta prevalencia en pacientes en hemodiálisis (64-82%), y la DM demostró, con un 97% de probabilidad en el análisis de Van Loon *et al.* (12), que influía en el riesgo de caídas. Además, en el ensayo clínico de Baggetta *et al.* (10) se encontró una media para IMC de $27 \pm 4 \text{ kg/m}^2$ en el grupo experimental, lo que indica que algunos pacientes se encontraban en sobrepeso/obesidad.

El puntaje de fragilidad en pacientes en diálisis peritoneal fue ligeramente

mayor en comparación con los pacientes en hemodiálisis según el análisis de Van Loon *et al.* (12). En la agrupación por categorías, Aguilera-Flórez encontró que el 60% de la población en diálisis peritoneal eran no frágiles y el 16% presentaban algún grado de fragilidad (8% leve, 8% grave). En el análisis de Martínez *et al.* (14) se demostró que el 68% de los pacientes en hemodiálisis y el 53% de los pacientes en diálisis peritoneal eran frágiles; y en el de Iyasere *et al.* (13) la prevalencia de fragilidad fue del 43% para el grupo en hemodiálisis y 52% para el grupo en diálisis peritoneal. Ninguno de los estudios reportó significancia estadística entre las comparaciones.

Tabla 2. Puntuación media de fragilidad según tipo de terapia sustitutiva renal

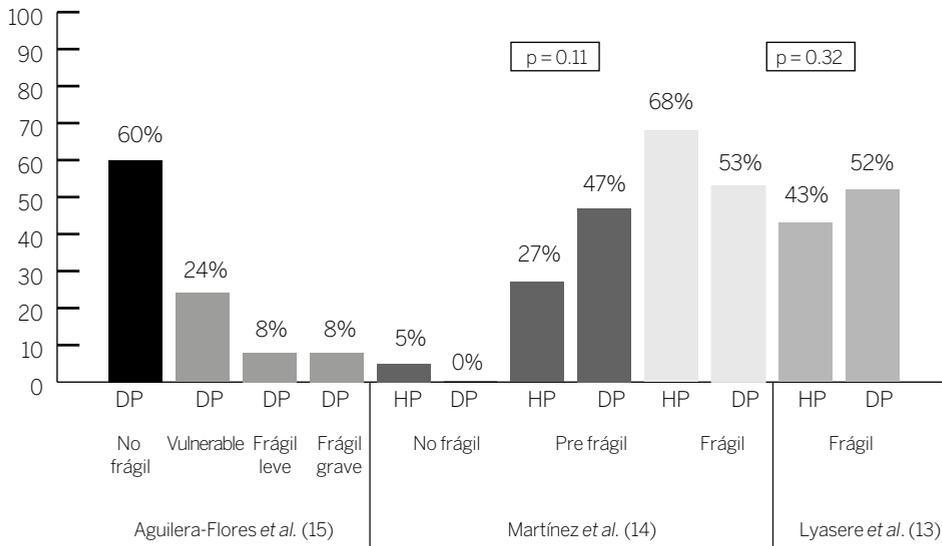
Autor (Escala de Fragilidad)	Tipo de TSR		p
	HD	DP	
Huidobro <i>et al.</i> (11) (Escala FRAIL)	2 (2-3)*	3 (2-4)*	0.2
Iyasere <i>et al.</i> (CSHA) (13)	5 (4-5)*	4 (3-5)*	0.17
Aguilera-Flórez <i>et al.</i> (15) (Escala de Fragilidad Clínica)	2.33 \pm 1.89**		-
Van Loon <i>et al.</i> (12) (CSHA)	4.1 \pm 1.3**	4.5 \pm 1.1**	0.03

*Mediana, rango intercuartílico, ** media \pm desviación estándar.

HD: hemodiálisis, DP: diálisis peritoneal, TSR: terapia sustitutiva renal, CSHA: Canadian Study of Health and Aging Scale.

Significancia estadística: $p < 0.05$.

Figura 2. Prevalencia de fragilidad según tipo de terapia sustitutiva renal



HD: hemodiálisis, DP: diálisis peritoneal.
Significancia estadística: $p < 0.05$.

La prevalencia de fragilidad osciló entre el 40-68%, según los estudios de Martínez e Iyasere, lo cual es similar a lo encontrado en el estudio de Van Loon (17), en el que se demostró que al inicio de la diálisis, el 78% de los pacientes mostraban algún grado de dependencia y el 66% deterioro cognitivo, además, el 75% tenía afectación en dos o más dominios geriátricos y por lo tanto se consideraban frágiles.

De igual manera, López (18) determinó que, al inicio de la diálisis, el 53,8% de los pacientes fueron considerados frágiles, y aún más importante, fue la evolución que tuvieron durante 12 meses de terapia. Se observó que los pacientes no frágiles presentaron un deterioro en las AIVD ($p = 0.001$), una disminución en la función

física (SPPB) de 1.6 puntos ($p = 0.016$), sin cambios significativos en las funciones cognitivas.

En efecto, la diálisis es una terapia para mantener la vida que se comporta como una enfermedad crónica progresiva y como una causa de envejecimiento acelerado. Los síndromes geriátricos, incluyendo la fragilidad y la diálisis, interactúan para formar la "trayectoria de enfermedad del paciente en diálisis", que comparte similitudes con enfermedades como la falla cardíaca avanzada y patologías pulmonares crónicas, que finalmente no mejoran con la terapia renal y conllevan un deterioro progresivo durante meses o años, episodios de complicaciones agudas, hospitalizaciones constantes, sintomatología persistente y sobrecarga a la familia (19).

Tabla 3. Evaluación de calidad de vida en pacientes mayores en TSR en ensayos clínicos

Dominios del KDQOL-SF	Baggetta et al. (10) (HD)						E vs C	
	Grupo experimental (n = 83)			Grupo control (n = 77)			p	p
	Inicio	Seguimiento	p	Inicio	Seguimiento	p		
Síntomas/ problemas	75.1 (69.4-80.8)	74.2 (69.1-79.3)	0.68	70.8 (66.1-75.5)	69.8 (64.9-74.7)	0.7	0.98	
Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria	64.4 (56.4-72.4)	62.8 (55.7-69.9)	0.68	63.0 (56.9-69.1)	61.8 (56.3-67.3)	0.7	0.94	
Carga de la enfermedad	41.2 (31.8-50.6)	41.0 (33.6-48.4)	0.96	38.5 (31.1-45.9)	39.8 (31.0-48.6)	0.76	0.79	
Situación laboral	13.4 (3.2-23.6)	13.2 (4.0-22.4)	0.94	9.3 (2.2-16.4)	11.3 (3.5-19.1)	0.65	0.68	
Función cognitiva	64.1 (56.1-72.1)	65.0 (57.0-73.0)	0.78	67.4 (60.3-74.5)	57.8 (49.2-66.4)	0.04	0.05	
Relaciones sociales	78.3 (73.2-83.4)	77.3 (72.4-82.2)	0.68	81.4 (75.5-87.3)	74.3 (67.8-80.8)	0.04	0.13	
Función sexual	77.2 (64.9-89.5)	69.7 (55.0-84.4)	0.28	61.2 (45.7-76.7)	63.0 (48.1-77.9)	0.84	0.4	
Sueño	60.5 (54.4-66.6)	64.4 (58.5-70.3)	0.08	54.8 (49.3-60.3)	54.9 (49.8-60.0)	0.95	0.32	
Apoyo social	72.8 (65.7-79.9)	68.6 (61.2-76.0)	0.23	69.9 (63.6-76.2)	67.7 (61.4-74.0)	0.56	0.7	
Actitud del personal de diálisis	72.2 (67.7-76.7)	73.5 (68.4-78.6)	0.59	76.6 (72.7-80.5)	74.2 (70.3-78.1)	0.35	0.29	
Satisfacción del paciente	76.7 (68.9-84.5)	74.7 (67.3-82.1)	0.48	74.2 (67.7-80.7)	70.1 (63.6-76.6)	0.32	0.67	

Tabla 3. Evaluación de calidad de vida en pacientes mayores en TSR en ensayos clínicos (cont.)

Dominios del EuroQoL-5D	Simo et al. (9) (HD)										
	Grupo experimental (n = 11)					Grupo control (n = 11)					E vs C
	Inicio	Seguimiento	p	Inicio	Seguimiento	p	Inicio	Seguimiento	p		
Movilidad	1.81 ± 0.4	1.81 ± 0.4	0.999	1.88 ± 0.6	1.77 ± 0.4	0.347	-	-	-	-	
Cuidado personal	1.81 ± 0.9	1.91 ± 0.7	0.678	1.22 ± 0.6	1.44 ± 0.7	0.169	-	-	-	-	
Actividades cotidianas	2.32 ± 0.6	1.99 ± 0.6	0.081	1.88 ± 0.6	1.89 ± 0.9	0.999	-	-	-	-	
Dolor/malestar	1.92 ± 0.7	1.91 ± 0.6	0.999	2.11 ± 0.6	2.11 ± 0.6	0.999	-	-	-	-	
Ansiedad-depresión	1.610.8	1.41 ± 0.5	0.168	1.66 ± 0.8	1.77 ± 0.8	0.594	-	-	-	-	
Otros aspectos valorados											
Escala visual salud	49 ± 19.1	59.5 ± 20.3	0.049	58.8 ± 31.4	52.7 ± 31.3	0.243	-	-	-	-	
Síntomas depresivos	14.4 ± 11.5	11.7 ± 10.8	0.048	14.1 ± 13.6	15.1 ± 15.6	0.368	-	-	-	-	
Dominios del SF-36	Frih et al. (8) (HD)										
	Grupo experimental (n = 28)					Grupo control (n = 25)					
	Inicio	Seguimiento	p	Inicio	Seguimiento	p	Inicio	Seguimiento	p	p	
Componente físico	49.7 ± 7.9	70.0 ± 7.1	< 0.05	52.5 ± 9.5	64.9 ± 11.7	< 0.05	52.5 ± 9.5	64.9 ± 11.7	< 0.05	> 0.05	
Componente mental	53.2 ± 9.1	76.3 ± 10.2	< 0.05	53.8 ± 10.1	60.7 ± 11.1	< 0.05	53.8 ± 10.1	60.7 ± 11.1	< 0.05	< 0.05	
Otros aspectos valorados											
Ansiedad	15.8 ± 2.5	9.3 ± 2.1	< 0.05	16.2 ± 1.5	13.2 ± 1.1	< 0.05	16.2 ± 1.5	13.2 ± 1.1	< 0.05	< 0.05	
Depresión	15.1 ± 2.1	11.3 ± 2.0	< 0.05	15.1 ± 2.1	11.3 ± 2.0	< 0.05	15.1 ± 2.1	11.3 ± 2.0	< 0.05	< 0.05	

Datos en media ± desviación estándar; HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal. Significancia estadística: p < 0.05.

Tabla 4. Evaluación de calidad de vida en pacientes mayores en TSR en estudios observacionales

Estudio	Resultado	Asociación con fragilidad
Van Loon et al. (12), 2019 (HD, DP)	<p>Pacientes con caídas asociados a menor calidad de vida en relación con los que no tenían historial de caídas. Con limitaciones en AVD por temor a nueva caída: 68% vs. 42% (p < 0.01), y menos salidas de casa: 59% vs. 31% (p < 0.01).</p> <p>SF12 PCS caídas: 34 ± 10; no caídas: 30 ± 11 (p = 0.04)</p> <p>SF12 MCS caídas: 49 ± 10; no caídas: 47 ± 11 (p = 0,25)</p>	No realizada
Iyasere et al. (13), 2015 (HD, DP)	<p>Pacientes en DP tuvieron mayor índice de depresión (media: DP = 6, RIC 3-7,75; HD = 5, RIC 3-8,75; p = 0,05), y mayor prevalencia de posible depresión (38,8% vs. 23,8%; p = 0,05)</p>	La fragilidad se asoció a peor puntaje en el SF-12 MCS; SF-12 PCS; Barthel; síntomas; intrusión de la enfermedad y HADS (p < 0.01)
Martínez et al. (14), 2015 (HD, DP)	<p>Presencia de síntomas depresivos ↑5.8 veces el riesgo de deterioro en el dominio de carga de enfermedad renal (IC 95% 1.67-15.9, p < 0.05). Los pacientes con algún grado de dependencia física tuvieron peor calidad de vida en el dominio de función física (OR 7.5, IC95% 1.41-37, p < 0.05). Los pacientes en DP tuvieron un deterioro 8.5 veces mayor en calidad de vida relacionado con síntomas dolorosos en comparación con pacientes en HD (IC 1.22-57, p < 0.05).</p>	No realizada

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal; SF-12 MCS: Mental Component Summary Scale, SF-12 PCS: Physical Component Summary Scale, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.
Significancia estadística: p < 0.05.

Tabla 4. Evaluación de calidad de vida en pacientes mayores en TSR en estudios observacionales (cont.)

Estudio	Resultado	Asociación con fragilidad
Aguilera-Flórez <i>et al.</i> (15), 2020 (DP)	Puntuación SF-12: 32,96 ffl 8,61	No realizada
Sclauzero <i>et al.</i> (16), 2013 (HD; DP)	El aspecto físico del SF-36 tuvo una media de 33,9 ffl 10,4, y el aspecto mental 48,5 ffl 8,6. La dependencia (p < 0,001), mal estado nutricional (p < 0,001) y discapacidad (p = 0,005) tuvieron un impacto negativo importante en varios dominios del SF-36 (función física, dolor, salud general, vitalidad, función social y salud mental)	No realizada

HD: hemodiálisis, DP: diálisis peritoneal.
Significancia estadística: p < 0,05.

En relación con la calidad de vida, en los resultados de Baggetta *et al.* (10) se destaca la reducción significativa de la función cognitiva en el grupo control, mientras que en el grupo experimental se mantuvo sin variaciones. Simo *et al.* (9) no observaron cambios relevantes en los dominios de calidad de vida al finalizar el seguimiento. En el grupo experimental se observó una mejoría en cuanto a la realización de actividades cotidianas, pero no alcanzó la significancia estadística. Sin embargo, sí se observó una mejoría significativa en la valoración del estado de salud global mediante la escala visual en el grupo experimental al finalizar el estudio. Además, la sintomatología depresiva mostró una mejoría en el grupo experimental al finalizar el seguimiento.

Finalmente, Frih *et al.* (8) reportaron una mejoría significativa tanto en el componente físico como en el mental de la calidad de vida al final del seguimiento en ambos grupos, así como los niveles de ansiedad y la depresión.

Si bien el seguimiento en los tres estudios fue relativamente corto, se pudo demostrar el impacto de dichas intervenciones sobre algunos dominios de la calidad de vida, como la función cognitiva, los síntomas depresivos y la valoración subjetiva global del estado de salud con la actividad física; y el componente mental, ansiedad y depresión con una intervención de carácter espiritual.

Dado que la inactividad física es uno de los componentes de la fragilidad, se piensa que toda intervención orientada a

incrementar la actividad podría influir sobre la evolución de la misma, así como favorecer una mejoría de los síntomas, la fatiga y el cansancio. Como los resultados de Baggetta (10) y Simo (9), algunos estudios han demostrado que los pacientes en hemodiálisis que permanecen inactivos tienen un peor desempeño físico y menor supervivencia, y que aquellos que realizan algún tipo de ejercicio aeróbico parecen mejorar en relación con la fragilidad (20).

Sobre la espiritualidad, Rodrigues dos Santos *et al.* han demostrado que es un aspecto de la vida en las personas mayores que ayuda a sobrellevar mejor el proceso de enfermedad, además de aportar calidad de vida y mejorar el estado mental, brindando optimismo y esperanza en su día a día. Se ha demostrado, además, que la práctica de la espiritualidad para promover el buen estado mental de las personas mayores en diálisis ayuda a rescatar la individualidad de la persona, su significado en la sociedad, genera mayor confianza y autoaceptación, es decir, promueve su autonomía (21).

El estudio de Iyasere *et al.* (13) nos indica la necesidad de profundizar en la asociación fragilidad y calidad de vida, ya que tanto el componente físico como el mental se vieron afectados de forma significativa en los pacientes frágiles, además de un deterioro en las AVD, intrusión de la enfermedad y niveles de ansiedad/depresión. Este binomio debe ser considerado integralmente, puesto que el hecho de extender la vida muchas veces puede significar cruzar los límites de lo que significa vivir

para una persona. Algunos estudios incluso han reflejado que los mayores están dispuestos a sacrificar años de vida por tiempo lejos del hospital, y cuando la expectativa de vida es muy pobre, un alto porcentaje de mayores prefiere recibir tratamiento de soporte que alguna intervención (22).

En realidad, muchos de los pacientes mayores que acceden a recibir algún tipo de terapia dialítica lo hacen por un sentimiento de querer cumplir alguna meta personal. Según Schell y Cohen (23), esta decisión viene siempre acompañada de grandes exposiciones al sistema de salud, tomando en cuenta las horas de diálisis y el tiempo requerido para el acceso vascular, por lo que se podría considerar como opción plantear un tiempo determinado

para valorar la adherencia a la diálisis, o bien para desistir de ella.

Tras los resultados obtenidos se puede concluir que la prevalencia de fragilidad fue del 43%-68% para las personas en hemodiálisis y del 52%-53% para diálisis peritoneal. Sin embargo, la categorización fue muy heterogénea entre los estudios.

La calidad de vida de las personas mayores en diálisis se ve afectada tanto en el componente físico como en el mental, mostrando mejoría tras intervenciones que promueven la actividad física y el aspecto espiritual. A pesar de la poca evidencia del impacto directo de la fragilidad sobre la calidad de vida, se observó que las personas frágiles tenían mayor deterioro en las AVD y mayores niveles de ansiedad y depresión.

Bibliografía

1. Cesari, M., Calvani, R. y Marzetti, E. (2017). *Frailty in older persons*. Elsevier.
2. Fried, P., Tangen, C. M. y Walston, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56(3), 146-156.
3. Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero Ortuno, R. y Waltson, J. D. (2019). Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*, October, 394, 1376-1386.
4. Cobacho Salmoral, O., Parra Martos, L., Laguna Castro, M. y Crespo Montero, R. (2021). Factores asociados a la fragilidad en el paciente en tratamiento renal sustitutivo con diálisis. Una revisión sistemática. *Enferm Nefrol, jul-sept*, 24(3), 233-248.
5. García Cantón, C., Ródenas Gálvez, A., López Aperador, C., Rivero, Y., Díaz, N., Antón, G. et al. (2018). *Prevalencia de fragilidad y factores asociados en pacientes en programa de hemodiálisis*. Elsevier.
6. Rojas Cáceres, L. E. y Quispe Ilanzo, M. P. (2020). Sarcopenia y fragilidad como predictores de riesgo de muerte en adultos mayores con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista Médica Panacea*, abril, 9(1), 50-56.
7. Hall, R. K., Cary Jr, M. P., Washington, T. R., Colón-Emeric y C. S. (2020). Quality of life in older adults receiving hemodialysis: a qualitative study. *Quality of Life Research*, 29, 655-663.

8. Frih, B., Mkacher, W., Bouzguenda, A. y Jaafar, H. (2017). Effects of listening to Holy Quran recitation and physical training on dialysis efficacy, functional capacity, and psychosocial outcomes in elderly patients undergoing haemodialysis. *Libyan Journal of Medicine*, 12.
9. Simo, V. E., Jiménez, A. J. y Moreno Guzmán, F. (2015). Beneficios del ejercicio físico de baja intensidad durante la sesión de hemodiálisis en el paciente anciano. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 35(4), 385-394.
10. Baggetta, R., D'Arrigo, G. y Torino, C. (2018). Effect of a home based, low intensity, physical exercise program in older adults dialysis patients: a secondary analysis of the EXCITE trial. *BMC Geriatrics*, 18(248).
11. Huidobro, J. P., Ceriani, A., Sepúlveda, R. y Carrasco, M. (2020). Impacto de la modalidad de terapia de reemplazo renal en adultos mayores frágiles. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(3), 131-136.
12. Van Loon, I. N., Joosten, H., Iyasere, O. y Johansson, L. (2019). The prevalence and impact of falls in elderly dialysis patients. Frail elderly patient outcomes on dialysis (FEPOD) study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 285-291.
13. Iyasere, O. U., Brown, E. A., Johansson, L. y Huson, L. (2015). Quality of life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11.
14. Martínez, H. L., Restrepo, C. A. y Arango, F. (2015). Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica. *Acta Médica Colombiana*, 40(1).
15. Aguilera-Flórez, A. I., Linares-Fano, B., Alonso-Rojo, A. C. y Guerra-Ordoñez, J. R. (2020). Análisis de fragilidad y riesgo de peritonitis en pacientes ancianos en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 23(2), 168-174.
16. Sclauzero, P., Galli, G., Barbati, G. y Carraro, M. (2013). Role of components of frailty on quality of life in dialysis patients: a cross-sectional study. *Journal of Renal Care*, 39(2), 96-102.
17. Van Loon, I., Goto, N. A. y Boereboom, T. J. (2017). Frailty screening tools for elderly patients incident to dialysis. *American Society of Nephrology*, October, 12.
18. López Montes, A. (2019). *Impacto del deterioro asociado a la edad y fragilidad en pacientes de hemodiálisis* (tesis doctoral). Albacete: Universidad de Castilla La Mancha, Departamento de Ciencias Médicas.
19. Swidler, M. A. (2012). Geriatric Renal Palliative Care. *Journals of Gerontology*, December, 67(12), 1400-1409.
20. Johansen, K. L. (2015). The frail dialysis population: a growing burden for the dialysis community. *Blood Purification*, November, 40, 288-292.
21. Rodrigues dos Santos, G. M., Da Silva Gomes, A. y Santos Nunes, M. G. (2021). Influencia de la espiritualidad en la calidad de vida de los ancianos hemodialíticos. *Journal of Nursing*, 15(2).
22. Brown, A., Finkelstein, F. O. e Iyasere, O. U. (2017). Peritoneal or hemodialysis for the frail elderly patient, the choice of 2 evils? *Kidney International*, 91, 294-303.
23. Schell, J. O. y Cohen, R. A. (2014). A communication framework for dialysis decision-making for frail elderly patients. *American Society of Nephrology*, November, 9.

Artículos breves

Síndrome de amnesia, apraxia y anomia constructiva (S3A), y alteraciones de la función simbólica en la enfermedad de Alzheimer

Amnesia, apraxia and constructive anomie syndrome (S3A), and alterations in symbolic function in Alzheimer's disease

Luis González Monge^a

Resumen

Objetivo. Se desarrolló una Batería de Evaluación Rápida de la Función Simbólica (BREFS), con el objetivo de evaluar la función simbólica del mayor mediante el estudio de la elección entre tres palabras para reemplazar elementos simbólicos tan próximos como sea posible. *Metodología.* Estudio prospectivo, unicéntrico, realizado en la consulta externa del Centro de la Memoria del Hospital Geriátrico de Fourvière entre enero de 2009 y enero de 2010, comparamos el rendimiento de BREFS de 39 controles y 87 sujetos identificados con S3A. *Resultados.* Son compatibles con un fenómeno de rigidificación de la función simbólica. De hecho, la mayoría de las respuestas de los sujetos con S3A fueron del tipo C, es decir, significantes que favorecen la emancipación más débil en relación con el significado. *Conclusión.* Por tanto, la función simbólica y el posible juego de la distancia simbólica entre significado y signifiante, que aumenta desde el índice hasta el signo arbitrario, a través de todas las formas del símbolo (emancipación simbólica), se encuentra deteriorada en este síndrome.

Palabras clave: *enfermedad de Alzheimer; amnesia; apraxia; anomia; función simbólica y retrogénesis.*

Abstract

Objective. A Rapid Assessment of Symbolic Function Battery (BREFS) was developed, with the aim of evaluating the symbolic function of the subject by studying the choice between three words to replace iconic elements as closely as possible.

a. MD, PhD. Gériatre de l'Hôpital de Fourvière, Lyon. E-mail: louis.gonzalez@hopital-fourviere.fr

Methodology. A prospective, single-center study conducted in the outpatient clinic of the Memory Center of the Fourvière Geriatric Hospital between January 2009 and January 2010. We compared the BREFS performance of 39 controls and 87 subjects identified with S3A. *Results.* Are compatible with a phenomenon of rigidification of the symbolic function. In fact, most of the responses of the subjects with S3A were of type C, that is, signifiers that favor weaker emancipation in relation to the signified. *Conclusion.* Therefore, the symbolic function and the possible play of the symbolic distance between meaning and signifier, which increases from the index to the arbitrary sign, through all forms of the symbol (symbolic emancipation), is impaired in this syndrome.

Keywords: *Alzheimer's disease; amnesia; apraxia; anomie; symbolic function and retrogenesis.*

En un trabajo anterior (1) realizamos la descripción clínica de una de las frecuentes presentaciones precoces de la EA consistente en la asociación de amnesia, apraxia constructiva y anomia o falta de la palabra, a la que denominamos "síndrome de amnesia-apraxia-anomia" (S3A). Este síndrome estuvo presente en el 14,5% de las 600 personas recibidas consecutivamente en consulta de memoria en el Hospital Fourvière durante un año. Cumplían con los criterios de deterioro cognitivo leve (deterioro cognitivo leve, MCI) o predemencia (2) con un puntaje promedio de Folstein Mini Mental Score (MMS) mayor o igual a 26 ffl 1,8. Estos pacientes presentaban además del síndrome amnésico hipocampal, un inicio de déficit de los instrumentos de cognición, insuficiente para repercutir en la vida cotidiana pero ya testimoniando daño cortical. El impacto en la eficiencia cognitiva general era variable y, en general, todavía discreto. Se encontraban en la llamada etapa de

predemencia de la enfermedad de Alzheimer (MPD).

S3A (síndrome de anomia, apraxia y amnesia)

Se caracteriza por la asociación clínica de amnesia de tipo hipocampal (3), anomia con falta de la palabra, espontánea, acentuada en la denominación, compensada por parafasias semánticas y apraxia constructiva que se expresa en la dificultad de reproducir en el espacio dimensional del dibujo la representación de un objeto tridimensional (un cubo).

Habíamos planteado la hipótesis de que esta asociación podría explicarse por un sustrato correspondiente al deterioro de un factor cognitivo global observado en la fase de inicio de la demencia en el estudio PAQUID (4) y vinculado:

- Orgánicamente a las lesiones neuronales que desbordan las regiones del hipocampo.

- Psicológicamente a una perturbación de tipo retrogenético: retrogénesis conjunta operativa (dominio espacial) y simbólica, situando a los sujetos S3A en el nivel preoperatorio. La regresión operativa en el dominio espacial daría cuenta de la “apraxia constructiva” y la del dominio simbólico de la “anomia”, o falta de la palabra.

La evaluación operativa confirmó que todos los sujetos S3A habían perdido la conservación de las cantidades físicas y que sus desempeños prácticos eran superponibles a los de los niños en el subestadio III-A de Piaget, antes de los siete años (5).

Quedaba por demostrar que la falta de la palabra también podría estar ligada a una regresión simbólica, lo que apoyaría la hipótesis de la retrogénesis conjunta.

La función simbólica

He aquí la definición propuesta por Tisot en su obra *Función simbólica y psicopatología* (9): “Con lingüistas y psicólogos podemos admitir que un sujeto utiliza la función simbólica en cuanto es capaz de sustituir una cosa por otra o, mejor, de representar una cosa por otra. La cosa reemplazada o el significado de los lingüistas, la cosa reemplazante o representante, el significante. Representado y representando, significado y significante forman este objeto de dos caras

que es el símbolo saussureano”. Debemos su nombre a Piaget, quien también propuso la “función semiótica” y describió su establecimiento progresivo durante la ontogénesis en su obra *La formación del símbolo en los niños* (10).

Entre las manifestaciones de su elaboración, el juego simbólico es característico para este autor. El niño que apenas habla hace uso de la función simbólica al utilizar la misma piedra para representar un perro, un automóvil y un trozo de pan. El significante ha representado varios significados distintos. Por el contrario, en la imitación actuada, el niño pone en correspondencia varios significantes con un mismo significado. Un niño así se pone un cuenco en la cabeza, se sienta a horcajadas sobre un taburete y sostiene un tenedor en la mano. El cuenco/casco, el taburete/caballo y el tenedor/látigo son todos significantes de un mismo significado: el jinete imitado.

En situación de comunicación, para que un símbolo tenga un valor relativamente unívoco, el mismo significante no debe denotar una gran cantidad de significados. Hay áreas de conocimiento cuya comunicación queda teñida de ambigüedad por una disociación indistinguible de significantes y significados, de los símbolos que utiliza. Se trata de un conocimiento basado en conceptos mal definidos y, por tanto, demasiado ricos en significado, y al que es raro que dos interlocutores le den el mismo significado. Este es el caso de la

mayoría de las palabras suficientemente generales y especialmente de las imágenes, siempre que no se trate de esquematizaciones precodificadas de una realidad dada *a priori* como bien definida, del tipo dibujo industrial.

Los tres elementos con los cuales “juega” la función simbólica son:

- El índice: hay una relación de pertenencia, de semejanza o incluso de materialización entre el significante y el significado. Por ejemplo, un soplo sistólico máximo, si tiene una serie de características e intensidad espacio-temporales, es el índice de insuficiencia mitral.
- El símbolo: psicólogos y lingüistas conservan el término genérico “símbolo” para designar la imagen o símbolo icónico como el gesto mimético. Para usar definiciones tradicionales, en el símbolo mismo el vínculo entre significante y significado ya no es material o causal, sino que se limita a una semejanza, a una analogía. Cuando dibujo una casa, este simbolizador representa la vivienda simbolizada porque hay una semejanza entre ellos. Pero este vínculo analógico entre las dos caras del símbolo comprende todos los grados, desde la semejanza de una fidelidad manifiesta, pasando por un esquematismo aún evocador, hasta el esquema convencional. El símbolo presenta todos los intermediarios entre la analogía probada del significante y el significado hasta el vínculo conve-

- El signo: la emancipación del significante es total. Ya no hay pertenencia ni semejanza entre significante y significado. Su enlace es arbitrario, sujeto a una convención. No hay razón objetiva por la cual el significante (sombrero) en español represente una prenda que se lleva sobre la cabeza.

Los lenguajes naturales presuponen una voluntad de comunicar. Esto tiene como corolario la libertad de los interlocutores en cuanto a su participación. La comunicación lingüística sustentada en la función simbólica se debe a la libertad que la función simbólica y las lenguas naturales permiten al sujeto para disociar parcial o totalmente el significante y significado del símbolo o signo. Para que la comunicación sea efectiva, se debe respetar un equilibrio en esta posible disociación. Este es el equilibrio asimilación/acomodación.

Ajuriaguerra y Schmidt-Kistikis (11) fueron los primeros en describir las perturbaciones de este equilibrio asimilación/acomodación en las operaciones de pensamiento del esquizofrénico (tendencia a la sobreinclusión).

La flexibilidad de la elección entre significantes confiere al sujeto una libertad de expresión y representación que le permite pasar de un léxico puramente referencial a un léxico instrumento de comunicación. En el sujeto S3A, y más aún en el demente, la reducción de los recursos retóricos, con la del “stock léxico”, contribuiría al empobrecimiento del habla y especialmente a las dificultades

en el procesamiento del lenguaje no literal. Este último, elemento capital de la comunicación interhumana, del diálogo interior, implica el uso de lo implícito, la ironía, el humor, las metáforas, las expresiones idiomáticas, las reglas conversacionales, en definitiva, las habilidades pragmáticas.

A pesar de una revisión de la literatura utilizando las principales bases de datos (Pubmed, Persée, CAIRN), no encontramos ninguna herramienta que estudie la función simbólica en adultos o ancianos. Es por eso por lo que hemos desarrollado una Batería de Evaluación Rápida de la Función Simbólica (BRE-FS).

La BREFS tiene como objetivo evaluar la función simbólica del sujeto mediante el estudio de la elección entre tres palabras para reemplazar elementos icónicos tan cerca como sea posible. Cuanto más varía la elección del sujeto en la distancia de emancipación del significante del significado (del índice al signo), más se considera fluida y operativa la función simbólica.

La BREFS se utilizó para este propósito con pacientes con S3A comparando sus elecciones con las de sujetos control sin deterioro cognitivo.

En un estudio prospectivo, unicéntrico, realizado en la consulta externa del Centro de la Memoria del Hospital Geriátrico de Fourvière entre enero de 2009 y enero de 2010, comparamos el rendimiento de BREFS de 39 controles y 87 sujetos identificados con S3A. Los

resultados obtenidos con los BREFS, tanto para ítems icónicos como verbales, son compatibles con un fenómeno de rigidificación de la función simbólica. De hecho, la mayoría de las respuestas de los sujetos con S3A fueron del tipo C, es decir, significantes que favorecen la emancipación más débil en relación con el significado.

La hipótesis adoptada es, por tanto, que la función simbólica, posible juego de la distancia simbólica entre significado y significante que aumenta desde el índice hasta el signo arbitrario a través de todas las formas del símbolo (emancipación simbólica), está deteriorada.

¿Retrogénesis?

Los pacientes apráxicos S3A presentan anomalías tanto en el dibujo libre como en la copia evocando una pérdida de acceso al espacio proyectivo. Genéticamente, el espacio topológico se configura primero, precediendo al acceso a los espacios proyectivo y euclidiano. El espacio proyectivo permite contemplar un objeto no ya en sí mismo, sino según el punto de vista del sujeto, con dominio de la perspectiva. El desempeño de los sujetos S3A es, por tanto, completamente superponible al de los niños del subestadio III-A de Piaget, antes de los siete años (5). El dominio del espacio proyectivo comienza alrededor de los siete años, al mismo tiempo que se completa la función simbólica. Por lo tanto, podemos considerar una posible

retrogénesis en la etapa de transición a un nivel preoperatorio (correspondiente a la transición entre los periodos sensoriomotor y operatorio concreto, alrededor de los siete años), que daría una descripción compatible con la sintomatología observada, si no una explicación: déficits conjuntos de la función simbólica y el dominio del espacio proyectivo; déficits conjuntos de dos sectores de la vida cognoscitiva que se configuran conjuntamente en la vida del individuo.

Proceso de simbolización

Por supuesto, función simbólica no significa simbolización en el sentido metapsicológico del término. Pero estos procesos están asociados en el marco

de las causalidades circulares de la psicopatología. Muchas preguntas son posibles: ¿los conflictos y las fantasías relacionadas con el trabajo de simbolización que marcan los rasgos de personalidad juegan un papel en la degradación de la función simbólica y el desencadenamiento de la EA? ¿La alteración de la función simbólica perturba el trabajo simbólico del envejecimiento y juega un papel en la psicogénesis de ciertas demencias?

En esta perspectiva, y para ir más allá, hemos planteado el estudio de las capacidades retóricas (metáfora, metonimia y otros tropos), así como el uso de técnicas proyectivas (Rorschach, TAT, SHIPA) y el estudio del habla del sujeto afectado por S3A en situación libre y restringida.

Bibliografía

1. González, L., Demont, M., Filliat, N., Vidonne, F., González, J. y Ruiz, A. (1997). "Syndrome amnésie-anomie-apraxie constructive" et dépistage de la maladie d'Alzheimer Recherche clinique financée par la Fondation CERAL.
2. Dubois, B. (2003). *Prospective In "Les nouveaux défis de la maladie d'Alzheimer"*. Ed. Medigone, 161-164.
3. Horel, J. A. (1978). The neuroanatomy of amnesia. A critique of the hippocampal memory hypothesis. *Brain*, 101(3), 403-445.
4. Letenneur, L. et al. (1993). Prévalence de la démence en Gironde (France). *Rev Epidemiol Santé Publique*, 41, 139-145.
5. Piaget, J. e Inhelder, B. (1959). *Représentation de l'espace chez l'enfant*. Ed. Delachaux et Niestlé.
6. Ajuriaguerra, J. de et al. (1960). A propos de quelques problèmes posés par l'apraxie dans les démences. *Encéphale*, 5, 375-401.
7. Reisberg, B., Kenowsky, S., Franssen, E. H., Auer, S. R. y Souren, L. E. M. (1999). Towards a science of Alzheimer's disease management: a model based upon current knowledge of retrogenesis. *International Psychogeriatrics*, 11(1), 7-23.

8. Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L. E. M., Auer, S. R., Akram, I. y Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(4), 202-212.
9. Tissot, R. (1984). *Fonction symbolique et psychopathologie*. Ed. Masson.
10. Piaget, J. (1946). *La formation du symbole chez l'enfant*. Ed. Delachaux et Niestlé.
11. Schmidt-Kitsikis, E., Zutter, A., Bornant, Y., Burgermeister, J. J., Tissot, R. y Ajuriaguerra, J. de (1975). Quelques aspects des activités cognitives du schizophrène. *Ann. Méd. Psychol*, 1, 133(2), 197-236.

Casos clínicos

Toma de decisiones en pacientes ancianos con un tumor agresivo. Evaluación de la amputación radical de miembro superior en cuatro pacientes

Decision making in elderly patients with an aggressive tumor. Evaluation of radical amputation of the upper limb in four patients

Cristina Jiménez Soto^a, Juan Dionisio Avilés Hernández^b y José Pablo Puertas García-Sandoval^c

Resumen

El cáncer es una enfermedad asociada a la longevidad, por lo que la mayoría de los pacientes oncológicos serán ancianos y su número aumentará durante los años venideros. A pesar de la alta prevalencia en este grupo, el tratamiento oncológico en el anciano es subóptimo y la toma de decisiones no está plenamente estandarizada. Este hecho se debe a la heterogeneidad de los pacientes ancianos, en los que la toma de decisiones no debe basarse meramente en la edad, sino también en aspectos funcionales, psicológicos y sociales. Para la evaluación de estos parámetros se ha desarrollado la valoración geriátrica integral, siendo el papel del geriatra fundamental a la hora de evaluar el tratamiento más óptimo para cada paciente, cuidando de no implantar un tratamiento insuficiente o excesivo. En este artículo presentamos cuatro pacientes ancianos que requirieron de la amputación del miembro superior para el control de la enfermedad oncológica, y discutiremos la toma de decisiones en este tipo de pacientes.

Palabras clave: *amputación; miembro superior; cáncer; anciano; valoración geriátrica integral.*

a. MS. Universidad de Murcia. España.

b. MD, PhD. Unidad de Ortopediatria. Arrixaca Murcia. IMIB. IGERMED.

c. MD, PhD. Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. España. E-mail: jppuertasgandoval@gmail.com

Abstract

Cancer is a disease associated with longevity, so the majority of cancer patients will be elderly and their numbers will be increasing in the years to come. Despite the high prevalence in this group, oncologic treatment in the elderly is suboptimal and decision making is not fully standardized. This fact is due to the heterogeneity of elderly patients, in whom decision making should not be based merely on age but also on functional, psychological and social aspects. For the evaluation of these parameters, comprehensive geriatric assessment has been developed and the role of the geriatrician has been fundamental in assessing the most optimal treatment for each patient, taking care not to implement insufficient or excessive treatment. In this article we present four elderly patients who required upper limb amputation for the management of oncologic disease and discuss decision making in this type of patient.

Keywords: *amputation; upper limb; cancer; elderly; comprehensive geriatric assessment.*

Introducción

El cáncer es una enfermedad asociada a la edad avanzada (1-6). En España, la esperanza de vida está en aumento, lo que supone que el número de pacientes ancianos con neoplasias incrementará durante los próximos años. Sin embargo, ha sido documentado que el tratamiento del paciente anciano es subóptimo en comparación con pacientes oncológicos de menor edad, resultando en una menor supervivencia (7).

Nos encontramos ante un paradigma en el que la toma de decisiones no está del todo estandarizada (8). El anciano constituye un paciente heterogéneo, en el que la edad cronológica no necesariamente se corresponde con la fisiológica (6). Si bien es cierto que la edad avanzada se asocia con un mayor número de

comorbilidades y menor funcionalidad, la toma de decisiones no debe basarse solamente en la edad presuponiendo esta relación.

Por ello, se hace necesario evaluar al paciente no solo por la edad cronológica, sino por otros aspectos funcionales. La valoración geriátrica integral puede ser una herramienta útil para tomar la decisión terapéutica más beneficiosa para estos pacientes (9-12) permitiendo la posibilidad de un tratamiento curativo en pacientes que pueden ser sometidos a ello, a la vez que se previene el encamizamiento terapéutico en aquellos más frágiles.

En este artículo presentamos cuatro pacientes oncológicos ancianos que requirieron de la amputación del miembro superior para el control de su enfermedad, y discutiremos la toma de decisiones en este tipo de pacientes.

Presentación de casos clínicos

CASO 1

Mujer de 70 años que consulta una fractura humeral izquierda de carácter patológico en la imagen radiográfica, tratada mediante fijación externa.

Figura 1.1. Fractura de húmero diafisiaria multifragmentaria. Se aprecia una lesión lítica en el recorrido de la fractura



El rastreo óseo informa de captación única en húmero izquierdo, y el PET-TAC de tejido tumoral viable, masa de partes blandas en tercio medio y distal de húmero izquierdo, localización paracostal con SUV 22.15. Nódulo subcentimétrico en lóbulo medio derecho sin captación.

Con el diagnóstico de osteosarcoma osteoblástico de húmero izquierdo se comenta en comité de tumores musculoesqueléticos. Se pauta una primera

línea de quimioterapia con cisplatino monoterapia por ECOG 3. Presenta toxicidad hematológica y astenia 3.

La paciente recibe 5 ciclos de quimioterapia neoadyuvante hasta el mes previo a la cirugía.

Se interviene mediante cirugía radical reglada, con incisión en boca de pez con amplio margen de tejidos afectos, asociada a desarticulación glenohumeral. Durante la cirugía presenta compartimentos musculares con gran tensión, lo que provoca un sangrado que lleva a efectuar la localización del paquete vascular y la ligadura del mismo. El cierre del muñón de amputación se realiza con colgajo compuesto de piel y músculo deltoideos.

Figura 1.2. Brazo izquierdo en el que se aprecia una tumoración con ulceración de piel y gran edema asociado



Figura 1.3. Pieza quirúrgica de desarticulación glenohumeral de brazo izquierdo



La exploración microscópica informa de extremidad superior con osteosarcoma osteoblástico de alto grado de húmero, con infiltración de partes blandas.

A la semana de la intervención quirúrgica la paciente es sometida a radioterapia adyuvante.

Los controles posoperatorios y el seguimiento transcurren sin incidencias durante un año, cuando el PET-TAC de control informa de nódulos pulmonares de nueva aparición, con dos nódulos en lóbulo superior derecho de 0,6 y 1,1 cm, cisura mayor de 0,9 cm, lóbulo inferior de 0,7 cm y tres lesiones en lóbulo medio de hasta 0,5 cm. El hombro derecho presenta aumento del metabolismo.

Se diagnostica de osteosarcoma osteoblástico estadio IV, con metástasis pulmonares. ECOG 3. Se presenta en comité de tumores musculoesqueléticos y se decide seguimiento por oncología.

La paciente conserva la enfermedad estable 8 años después.

CASO 2

Mujer de 78 años que consulta por dolor y paresia radial de dos meses de evolución. Presenta una tumoración poco definida en la cara anterior del brazo izquierdo.

La exploración física sugiere paresia de los nervios radial y mediano, acompañada de tumoración mal definida en la cara anterior del brazo izquierdo. ECOG 2.

La TAC de pulmón muestra un estudio negativo para metástasis.

La RM de brazo izquierdo informa de sarcoma que afecta a los dos compartimientos del brazo, sin evidencia de infiltración del paquete vasculonervioso ni del hueso, y que produce gran efecto masa, con síndrome compartimental.

Se realiza biopsia guiada por ecografía con toma de cuatro cilindros de la lesión del brazo, y el informe anatomopatológico describe que se trata de tejido adiposo.

La paciente es valorada en el comité de tumores musculoesqueléticos, y una vez informada la familia y la paciente se decide realizar desarticulación de miembro superior izquierdo, con el diagnóstico de sarcoma de alto grado.

Se procede a la intervención quirúrgica, tras la cual la anatomía patológica informa de bordes libres y confirma el diagnóstico de sarcoma de alto grado.

Figura 2.1. Tumoración en cara medial de brazo izquierdo poco definida



Figura 2.2. Lecho quirúrgico en el que se aprecia una masa de localización proximal, junto a la cabeza humeral



Figura 2.3. Pieza quirúrgica de resección de la masa tumoral



Seis meses después de la cirugía acude con molestias en el muñón de amputación. Se pide ecografía de control, en la que se realiza una biopsia PAAF por visualizar 3 nódulos. La anatomía patológica informa de mixofibrosarcoma de alto grado, lo cual

confirma la recidiva, y la paciente pasa a tratamiento con radioterapia.

Al mes de confirmar la recidiva, la paciente es sometida a cirugía. Para ello se localizan los nódulos con control ecográfico y se identifican con arpones. Se reseca en bloque la masa tumoral formada por múltiples nódulos.

Figura 2.4. Muñón de amputación con arpones marcando la localización tumoral



Figura 2.5. Resección en bloque de las lesiones en muñón izquierdo



Tras la cirugía sigue en tratamiento con radioterapia adyuvante.

En las sucesivas consultas refiere molestias en región clavicular y acromion e hipersensibilidad del muñón.

La RM siete meses poscirugía informa de seroma, y descarta recidiva. La paciente se encuentra bien clínicamente.

Las sucesivas pruebas radiológicas de control no revelan más incidencias. Las molestias en el muñón sugieren un posible origen neural.

La paciente está libre de enfermedad por noveno año.

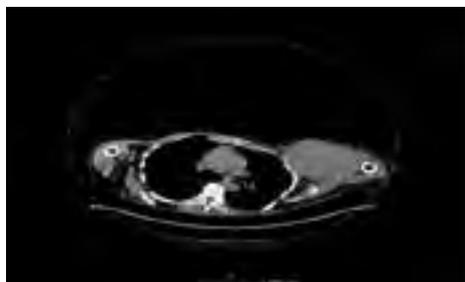
CASO 3

Mujer de 65 años remitida para valoración de schwannoma axilar izquierdo en progresión desde hace cuatro años. Presenta antecedentes de cáncer de mama en remisión, y tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides variedad oncocítica.

En la exploración presenta una tumoración de gran tamaño en cara medial de brazo izquierdo, asociada a linfedema por la mastectomía realizada anteriormente para el tratamiento de cáncer de mama.

Se le realiza RM, que se compara con una RM cuatro años anterior y se aprecia crecimiento de la lesión, con un tamaño actual de 11,6 x 8,2 x 15,5 cm frente a 9 x 7,5 x 11,4 cm del estudio previo, con persistencia de la afectación de arteria subclavia/axilar. No se evidencia infiltración ósea.

Figura 3.1. TAC que muestra una tumoración en la región superointerna de brazo izquierdo



Tras estos resultados se pide una nueva punción bajo ecografía para estudio, que muestra un tumor fusocelular de bajo grado que afecta a la arteria humeral. Se le comenta la posibilidad de amputación.

El caso es comentado en el comité de tumores musculoesqueléticos y se decide realizar PET-TC para valoración de extensión y cuando finalice estudio de preanestesia por sus problemas cardíacos, valorar actitud. La paciente no quiere cirugía mientras sea posible, ya fue valorada hace 4 años en situación similar.

Finalmente, la paciente opta por el tratamiento quirúrgico para reseca el tumor, que engloba contenido axilar y región superointerna del brazo. Al mes es sometida a cuartectomía reglada de miembro superior izquierdo, con resección de húmero completo, escápula y clavícula proximal con ligadura de paquete vascular subclavio. El cierre del muñón de amputación se realiza con colgajo de músculo deltoides, además de la cobertura de la porción medial clavicular y

región supraclavicular con restos de la musculatura escapular.

Figura 3.2. Imagen preoperatoria en la que se observa una tumoración de gran tamaño, ulcerada, en región axilar y medial proximal de brazo izquierdo, asociada a linfedema



Los hallazgos durante la cirugía son de una masa tumoral infiltrativa de plexo y paquete vascular, con ulceración de piel.

Figura 3.3. Cierre de muñón con colgajo de deltoides y piel. Se puede apreciar la mastectomía previa



Se trata de una cirugía muy agresiva que precisa transfusiones.

El posoperatorio transcurre con un punto de dehiscencia con mínimo material de drenaje, que aumenta progresivamente durante la siguiente semana y se torna de aspecto purulento. El cultivo es positivo para *S. simulans* y se pauta cloxacilina 500 mg, 1 comprimido cada 8 horas. A la semana sigue una evolución muy favorable, con mínimo drenaje y herida de buen aspecto.

El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica describe amputación de brazo con sarcoma alveolar de 24 cm de diámetro, TFE3 positivo y negativo para fusión ASPL/TFE3. Tras conocer estos resultados, se solicita ecografía para valorar evolución, que carece de signos de recidiva.

Clínicamente, la paciente presenta el síndrome del miembro fantasma.

Ha transcurrido 6 años libre de enfermedad.

CASO 4

Varón de 76 años que consulta por una masa tumoral en la región medial del brazo izquierdo, localmente avanzada.

El paciente advirtió por primera vez la existencia de una tumoración de menor tamaño hace 3 años, que progresa más rápidamente desde hace 4 meses.

La exploración física revela la presencia de otro bultoma en la zona axilar-costal izquierda. Además, asocia

compresión venosa, inflamación del miembro superior izquierdo y afectación clínica del nervio cubital.

Se realiza biopsia con control ecográfico urgente, que proporcionó el diagnóstico de carcinoma de células de Merkel.

El PET-TAC muestra incremento metabólico en masa de partes blandas en tercio distal de brazo hasta codo izquierdo, de hasta 12 cm de longitud con SUVmax 15,5 y múltiples conglomerados adenopáticos en axila izquierda, de características malignas.

El paciente fue valorado por el comité de tumores musculoesqueléticos y se optó por el tratamiento quirúrgico.

Fue sometido un mes después a cirugía radical de miembro superior izquierdo higienizante y desarticulación del brazo asociado a resección completa de masa en pared torácica. Se utilizó colgajo de deltoides como cobertura del muñón de amputación.

Figura 4.1. Masa en miembro superior izquierdo, con tumoración abierta y sobreinfección



Figura 4.2. Masa torácica de 1180 gramos y 22 x 15 x 11 cm



La anatomía patológica de la pieza quirúrgica reveló la presencia de una neoplasia maligna localizada en el plano profundo fascial e intramuscular. Se identificó un tumor sólido de células redondas, de pequeño y mediano tamaño con necrosis y altísimo índice mitótico. Con inmunohistoquímica se comprueba CK20 positivo paranuclear en gota y CD56 positivo, pero es cromogranina negativo. Resección marginal. Los bordes muestran tejido fibroadiposo sin tumor. Paquete vasculonervioso sin evidencia de malignidad.

La revisión posoperatoria se realizó en consulta a la semana, sin evidencia de complicaciones.

Posteriormente, en las sucesivas revisiones, se aprecia marcada disfunción muscular y sarcopenia. El paciente desarrolla un síndrome de inmovilización y regresión psicomotriz.

Un mes después de la cirugía, el paciente presenta adenopatía supraclavicular izquierda y lesiones en muñón

y pared costal derecha, con ulceración de piel de unos 12 cm de diámetro mayor. Se realiza en fosa supraclavicular progresión linfática y la biopsia revela recidiva de carcinoma de células de Merkel. Se comenta el caso en el comité de tumores musculoesqueléticos y se deriva a oncología médica para valorar tratamiento sistémico, que es desestimado por la situación del paciente, actualmente encamado y ECOG 3. Se valora en su lugar radioterapia paliativa.

Tras dos meses del tratamiento quirúrgico, el paciente fallece por progresión de la enfermedad.

Discusión

Los pacientes anteriormente descritos poseen diferentes características, pero todos presentan un tratamiento en común, la amputación de miembro superior. Esta cirugía, por sus características, puede resultar en una limitación de la autonomía e incremento de la dependencia, por lo que es necesario valorar el estado basal del paciente para predecir las futuras limitaciones que el tratamiento pueda ocasionar.

La cirugía constituye el tratamiento de elección (3, 5, 10, 13) y, dependiendo del estadio y el tipo de neoplasia, puede acompañarse de tratamiento sistémico o locorreional neoadyuvante o adyuvante (8, 13).

Sin embargo, la decisión de optar por el tratamiento quirúrgico en este tipo de pacientes no es sencilla. Los pacientes oncológicos ancianos constituyen un grupo heterogéneo del que es

imprescindible identificar a aquellos individuos frágiles o con limitaciones funcionales relevantes. Con este propósito se ha desarrollado la valoración geriátrica integral, que comprende la evaluación del estado funcional, comorbilidades, estado nutricional, estado cognitivo, estado psicológico y el soporte social (1, 6, 9, 10, 14). Estos parámetros pueden comprometer los resultados posoperatorios y constituyen un factor de riesgo para la prolongación del ingreso hospitalario, pérdida de independencia, ingreso en una residencia o fallecimiento (15). Por consiguiente, es necesaria su identificación y la valoración exhaustiva del paciente, con la precaución de no implantar un tratamiento excesivo o, por el contrario, insuficiente. Se recomienda la realización de la valoración geriátrica integral a todos los pacientes oncológicos ancianos (12, 14).

El parámetro más importante para la valoración del paciente oncológico anciano es la fragilidad (5) caracterizada por el declive de la reserva fisiológica (9, 16, 17). En este contexto, la cirugía origina un estrés que no puede ser compensado adecuadamente por los mecanismos de homeostasis. A pesar de su importancia para la predicción de resultados adversos (2, 9, 17), no hay consenso respecto a su definición y valoración. Los parámetros que ayudan a la determinación de fragilidad son la pérdida de peso inintencionada, fuerza de agarre, sensación de fatiga, marcha lenta y nivel de actividad física disminuido,

de los cuales al menos tres deben estar presentes para su diagnóstico (16).

Por tanto, con la valoración encontramos dos extremos. Por un lado, pacientes sin comorbilidades, con buen estado basal y apoyo social, que cualifican para el tratamiento quirúrgico y, por otro lado, pacientes frágiles en los que la cirugía es desestimada (17, 18). Pero con el mayor número de comorbilidades y el declive fisiológico asociado a la edad es frecuente encontrar pacientes que no se pueden englobar en ninguno de los extremos, sino que se localizan en la mitad del espectro. Los pacientes anteriormente presentados pertenecen a este grupo, puesto que además de tener una edad avanzada no estaban exentos de ciertas comorbilidades, y en todos ellos la enfermedad oncológica se acompañaba de repercusiones funcionales, con ECOG de grados 2 y 3. De entrada, en pacientes con ECOG 3 o 4 el tratamiento quimioterápico sistémico es desestimado, y la asociación de este al tratamiento quirúrgico suele ser necesaria dependiendo del tipo de enfermedad neoplásica y su estadio. Sin embargo, podemos apreciar que dos de los pacientes presentados tenían ECOG 3, y tras una valoración multidisciplinar por el comité de tumores musculoesqueléticos se optó por tratamiento quirúrgico acompañado de quimioterapia, presentando buenos resultados. Esto demuestra la importancia de la valoración geriátrica integral, incluyendo varios parámetros para guiar en la decisión del tratamiento

más adecuado para cada paciente en específico.

No obstante, la valoración geriátrica integral si bien resulta de enorme utilidad tanto para la toma de decisiones como para la predicción de resultados adversos (2, 9), carece de consenso respecto a las escalas que usar (12, 14).

Otro problema al que nos enfrentamos es la falta de evidencia sobre el tratamiento oncológico en el paciente anciano (10), hecho que resulta paradójico al ser el grupo poblacional con mayor prevalencia de cáncer, que además aumentará en los próximos años acompañando al incremento en la esperanza de vida. Por consiguiente, no es de extrañar que cada vez nos encontremos ante más pacientes complejos no solo por su edad y estado basal, sino también por el tipo de enfermedad neoplásica, como el carcinoma de células de Merkel, una malignidad poco frecuente, y que por ello presenta una menor evidencia disponible. Si sumamos esto a la menor bibliografía sobre el paciente anciano, nos encontramos ante pacientes sumamente complejos en los que la valoración integral se hace imprescindible para ofrecer al paciente el mejor tratamiento posible, considerando no solamente la supervivencia, sino también la calidad de vida. Pese a ello, los resultados pueden no ser los previstos, como la progresión de la enfermedad y posterior fallecimiento en dicho paciente pese a la valoración multidisciplinar previsiblemente favorable y los esfuerzos terapéuticos.

Conclusión

Con el aumento de la esperanza de vida, la enfermedad neoplásica en el anciano es un problema creciente.

El anciano constituye un paciente complejo, al que es necesario ofrecer una opción terapéutica personalizada con base en una serie de parámetros como el estado basal, cognitivo, psicológico y social.

Ateniéndonos al principio de no maleficencia, lo ideal es ofrecer al paciente un tratamiento adecuado que permita, según su estado, prolongar la supervivencia o paliar la sintomatología de la enfermedad. Todo ello tratando de no infratratarse o sobretratar.

Para ello se hace especialmente relevante la valoración geriátrica integral, una herramienta que mediante la evaluación de una serie de parámetros ayuda a identificar pacientes candidatos a una determinada modalidad terapéutica, ofreciendo de esta manera una visión más acotada del enfermo y no basada meramente en su edad. En este contexto cobra gran importancia la figura del geriatra, quien valorará la mejor opción terapéutica para cada paciente, teniendo en cuenta no solo la supervivencia, sino también la calidad de vida y los deseos del paciente.

Bibliografía

1. Marosi, C. y Köller, M. (2016). Challenge of cancer in the elderly. *ESMO Open*, 1(3), e000020.
2. Belgrano, V., Ramello, M., Montroni, I. y Audisio, R. A. (2020). Surgical oncology in the elderly. *Acta Chir Belg*, 120(6), 401-403.
3. Audisio, R. A. (2016). Tailoring surgery to elderly patients with cancer. *Br J Surg*, 103(2), e10-1.
4. Arraras, J. I., Nolte, S., Liegl, G., Rose, M., Manterola, A., Illarramendi, J. J. et al. (2021). General Spanish population normative data analysis for the EORTC QLQ-C30 by sex, age, and health condition. *Health Qual Life Outcomes*, 19(1), 208.
5. Parks, R. y Cheung, K. L. (2022). Challenges in Geriatric Oncology—A Surgeon's Perspective. *Curr Oncol*, 29(2), 659-674.
6. Hurria, A., Gupta, S., Zauderer, M., Zuckerman, E. L., Cohen, H. J., Muss, H. et al. (2005). Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer*, 104(9), 1998-2005.
7. Rossi, S., Baili, P., Capocaccia, R., Caldora, M., Carrani, E., Minicozzi, P. et al. (2015). The EURO-CARE-5 study on cancer survival in Europe 1999-2007: database, quality checks and statistical analysis methods. *Eur J Cancer*, 51(15), 2104-2119.

8. Van Leeuwen, B. L., Huisman, M. G. y Audisio, R. A. (2013). Surgery in Older Cancer Patients – Recent Results and New Techniques: Worth the Investment? *Interdiscip Top Gerontol*, 38, 124-131.
9. Carli, F. y Baldini, G. (2021). From preoperative assessment to preoperative optimization of frail older patients. *Eur J Surg Oncol*, 47(3), 519-523.
10. Korc-Grodzicki, B., Downey, R. J., Shahrokni, A., Kingham, T. P., Patel, S. G. y Audisio, R. A. (2014). Surgical Considerations in Older Adults With Cancer. *J Clin Oncol*, 32(24), 2647-2653.
11. Rogerson, A., Partridge, J. S. y Dhesi, J. K. (2019). Perioperative Medicine for Older People. *Ann Acad Med Singap*, 48(11), 6.
12. On behalf of the Spanish Working Group on Geriatric Oncology of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM), Gironés Sarrió, R., Antonio Rebollo, M., Molina Garrido, M. J., Guillén-Ponce, C., Blanco, R. et al. (2018). General recommendations paper on the management of older patients with cancer: the SEOM geriatric oncology task force's position statement. *Clin Transl Oncol*, 20(10), 1246-1251.
13. Hoekstra, H. J. (2001). Cancer surgery in the elderly. *Eur J Cancer*, 37, 235-244.
14. Molina-Garrido, M. J., Soriano Rodríguez, M. C. y Guillén-Ponce, C. (2019). ¿Cuál es el papel de la valoración geriátrica integral en oncogeriatría? *Rev Esp Geriatría Gerontol*, 54(1), 27-33.
15. Knittel, J. G. y Wildes, T. S. (2016). Preoperative Assessment of Geriatric Patients. *Anesthesiol Clin*, 34(1), 171-183.
16. Partridge, J. S. L., Harari, D. y Dhesi, J. K. (2012). Frailty in the older surgical patient: a review. *Age Ageing*, 41(2), 142-147.
17. Haveman-Gould, B. y Lyons, K. (2014). Assessing frailty in surgical candidates. *J Am Acad Physician Assist*, 27(11), 45-49.
18. Friedrich, C., Kolb, G., Wedding, U. y Pientka, L. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment in the Elderly Cancer Patient. *Oncol Res Treat*, 26(4), 355-360.

Artículos especiales

Los museos y las personas mayores hoy

Museums and the elderly today

Carmen de Grado^a

Resumen

Se propone por la autora que los museos sean espacios de protagonismo de los mayores, ya que son un tipo de institución en total consonancia con el espíritu que los mayores necesitan desarrollar para ser más sanos y felices. También el mayor de estos días está necesitado de encontrarse con otros a quienes nutrir y de quienes nutrirse, de tomar una actitud crítica en el sentido de buscar en su bagaje las respuestas que los otros requieren y obtener de ellos las que lo ayudan en la incorporación de novedades y proyectos.

Si los museos de arte se vuelven lugares particularmente estimulantes para los mayores es porque abren puertas a diversidad de formas de percibir e interpretar el mundo. Es también por el impacto de orden sensorio, emocional y cognitivo que producen. Es por la intensidad con que los cuerpos se ven afectados.

Se presenta en este artículo un programa intergeneracional que se apoya en la promoción de un envejecimiento activo. Se busca lograrlo en los espacios relativos al arte, la educación y la salud. Consiste en una capacitación de un grupo de personas mayores del Taller Arte y Vida que muestran obra plástica a niños de escuelas públicas primarias de la ciudad de Buenos Aires. Lo hacen en museos, galerías de arte o talleres de artistas. Se cuenta para ello con el apoyo de maestros, profesores de plástica y con la dirección de la escuela que organiza el traslado de los alumnos, con el área educativa de los museos y las instituciones educativas y de salud.

Palabras clave: *mayores; museos; niños.*

Abstract

It is proposed by the author that museums be spaces for the elderly to play a leading role, since they are a type of institution in total harmony with the spirit that the elderly need to develop in order to be healthier and happier. Also, the eldest of these days are in need of meeting with others to nurture and from whom to nurture, to take a critical attitude in the sense of looking in their baggage for the answers that others

a. Psicóloga. Magíster en Gerontología, Instituto Iberoamericano de Ciencias del Envejecimiento. Buenos Aires, Argentina. E-mail: carmendegrado6@gmail.com

require and also obtaining from them, to help in the incorporation of news and projects.

If art museums become particularly stimulating places for the elderly, it is because they open doors to a diversity of ways of perceiving and interpreting the world. It is also because of the sensory, emotional and cognitive impact that they produce. It is because of the intensity with which the bodies are affected.

An intergenerational program that is based on the promotion of active aging is presented in this article. It seeks to achieve this in spaces related to art, education and health. It consists of training a group of older people from the Art and Life Workshop who show visual art to children from public primary schools in the city of Buenos Aires. They do it in museums, art galleries or artists workshops. For this, it has the support of teachers, art professors and the school management that organizes the transfer of students, with the educational area of museums and educational and health institutions.

Keywords: *elderly; museums; children.*

Introducción

En estos momentos se dan las circunstancias para que los museos de muy diversas expresiones brinden a los mayores un espacio de protagonismo. En este artículo se verán especialmente los museos de arte y los programas en los que los mayores muestran obras en el ámbito museístico.

El reconocimiento del arte como expresión de la vida cotidiana, la consideración del hombre como creador a partir de su expresión de subjetividad y una población mayor que quiere cambiar su lugar de pasividad por uno destacado son algunas de las cuestiones de nuestro tiempo que contribuyen a la transformación de los museos y a que los mayores tengan protagonismo en ellos.

Por otro lado, las instituciones sanitarias están más interesadas en lo específico

que conlleva la prevención y asistencia de una población entrada en años cada vez más numerosa y activa.

La transformación de los museos

Los museos, de la índole que fueren, han pasado de ser instituciones concentradas en unos pocos expertos que organizaban los materiales expuestos a ser lugares abiertos a la comunidad que los alberga.

Durante siglos los museos fueron casi desconocidos para la mayoría de la población y estaban fuera del alcance de las clases medias y bajas.

Los adelantos científicos del siglo XVIII, con la revolución en las ciencias exactas y las matemáticas, hicieron que la ciencia se pusiera de moda y los aristócratas valoraran las colecciones. Hasta entonces los

objetos se disponían con un criterio decorativo y barroco que despertaba la curiosidad. Las instituciones especializadas y las academias empezaron, sin embargo, a mostrar los objetos de las colecciones y museos con un criterio de clasificación y lógica, como aulas para dar lecciones. Muchas colecciones privadas de nobles y científicos fueron donadas a universidades para este fin. Fueron entonces estos centros de estudio los que comenzaron a ocuparse de la organización y difusión del patrimonio.

Si bien muchos museos tenían como objetivo garantizar a los visitantes un lugar de prestigio y reservado a una elite, se crearon algunos, a finales del siglo XIX, con fines pedagógicos y lúdicos como el de Skansen, Estocolmo, Suecia. Este museo al aire libre muestra las formas de vida de la comunidad de ese tiempo. En las casas de los granjeros se ve a las jóvenes muchachas bordando o cocinando como se hacía hace más de un siglo. Se celebran fiestas y ceremonias religiosas "reales" con el ritual de hace más de un siglo.

Los que ya marcaban una diferencia en la manera en que los visitantes participaban eran el Museo de Ciencia e Industria de Chicago y el Palacio del Descubrimiento de París, abiertos en 1933 y 1937 respectivamente. En los años sesenta ya eran espacios donde los visitantes interactuaban con los objetos expuestos produciendo efectos con su participación, por ejemplo, al levantar

un auricular se le hacían preguntas al visitante, quien según sus respuestas ponía una máquina a funcionar de una u otra manera.

Hoy en día, los museos buscan producir experiencias en los visitantes, moverlos a que se sientan actores y relatores. Buscan mezclarse con ellos, abrirse a ellos, invitarlos a que den vida a las exposiciones con sus historias, invitarlos a un aprendizaje vivencial en el que lo mostrado sea reconocido como parte de un recorrido personal y profesional. Al poner el foco en los visitantes se comienza a aceptar un pensamiento crítico, cuestionador, diverso, de ambigüedades y contradicciones que requiere ser tenido en cuenta cuando se organizan las exposiciones.

Y más que todo esto: se trata no solo de acoger a los visitantes y ser un espacio facilitador de aprendizajes e intercambios, sino de salir en la búsqueda de estas situaciones, de conocer las necesidades de la comunidad y ponerse a su servicio.

Cuestiones afines entre las personas mayores y los museos hoy

Los museos son un tipo de institución en total consonancia con el espíritu de las personas mayores, mejor diría, con el espíritu que los mayores necesitan desarrollar para ser más sanos y felices. También el mayor de en día está necesitado de encontrarse con otros a quienes

nutrir y de quienes nutrirse, de tomar una actitud crítica en el sentido de buscar en su bagaje las respuestas que los otros requieren y obtener de ellos las que lo ayudan en la incorporación de novedades y proyectos. Valga la analogía entre la institución museo y la persona mayor.

Además, el mayor ha realizado un recorrido entre un tiempo de idealización, en el que era reconocido como venerable solo por tener muchos años, a otro en que la disposición activa, de compromiso y apertura es salvadora, la que lo puede llevar a un ejercicio de flexibilidad y creatividad que lo alejen de quedar aislado, detenido en las pérdidas inherentes a todo proceso de envejecimiento.

En esta cuestión de no quedar detenido en las pérdidas y sobre el afán humano de reconstrucción hay un museo que nos hace reflexionar especialmente sobre ello.

El VASA es un museo en el corazón de Estocolmo, Suecia, inaugurado en 1990. Mirando por sus ventanas se puede ver el lugar donde fue construido, y a solo unos cientos de metros está el sitio en el que se hundió en 1628. La historia de este museo, la construcción del buque y su rescate, nos hace muchos guiños para comprender las epopeyas humanas, la incansable lucha del hombre por obtener logros, su desventura ante los fracasos, el horror de las tragedias y su perseverancia por trabajar en la reconstrucción. Mucha gente

quedó involucrada en el rescate, así como en la difusión e investigación sobre el hundimiento. Un magnífico buque que desapareció ante una multitud horrorizada en pleno puerto de Estocolmo, inmediatamente después de haber zarpado. La historia pudo haber quedado allí, un fracaso en su construcción, errores graves en su estabilidad, determinación de quiénes fueron los responsables de la catástrofe y su encarcelamiento, una total y absoluta frustración. Sin embargo, el VASA es una aventura aún en curso. Volvió a ser encontrado casi sin daños, de pie sobre el fondo al cabo de trescientos años. Fue el buque de guerra más costoso y más adornado que Suecia construyó en aquella época. Al zarpar en su primer viaje, los estocolmienses se apiñaban en las orillas para desearle buena suerte. Así fueron testigos oculares de la catástrofe: el VASA escoró y se hundió dentro del puerto. Los 64 cañones de la nave eran lo más valioso y lo que le permitiría cumplir con su misión. Una enorme cantidad de esculturas en madera estuvieron durante más de trescientos años bajo las aguas. En el Báltico no existe un molusco que carcoma la madera y las esculturas se mantuvieron intactas. Es la salida al aire la que produce un rápido deterioro si no se hace un constante y muy prolongado trabajo de conservación consistente en la pulverización con solución de polietilenglicol y agua. iiUna gran niebla cubrió el barco durante 17 años!! Aún hoy, que yace en su nuevo

museo, el buque debe mantenerse a humedad, temperatura y luz cuidadosamente controladas. Personas de muy diferentes lugares y profesiones trabajaron en las etapas de esta hazaña. Ya en 1986 diez millones de personas habían visitado el VASA.

En el curso de la vida personal hay también momentos de pérdidas irreparables, a veces la superación lleva años o no llega nunca, pero la búsqueda de recrear la vida por construir nuevos caminos reparatorios es condición humana por excelencia. En algunos casos se ve con precisión y claridad cómo ciertos hitos o situaciones de profundo dolor llevan a la persona a descubrir potencialidades que nunca antes soñó. Poder lograrlo lleva a desarrollar factores protectores en el proceso de envejecimiento. Las vejeces son muy diversas y su diversidad depende en gran medida de la manera en que las personas afrontan sus dificultades.

Como todo museo, el VASA muestra un trozo de historia. Los objetos sacados a la luz hablan sobre la vida de un buque del siglo XVII. Lo excepcional, lo que hace diferente este museo, es la decisión de la posteridad de convertir el fracaso y la tragedia en un logro festejado por millones de visitantes.

Las colecciones guardan objetos que dan noticia de la herencia que la humanidad nos ha dejado, el desafío es que sirvan a una hermenéutica, que estén a los fines de un nuevo descubrimiento. Esto es: los contenidos de los

museos son colaboradores en la tarea de reconocernos, de enriquecer la vida personal y comunitaria abriéndola a nuevas posibilidades de sentido. “Dicen que los sujetos que aman visitar museos deambulan por las salas y rincones buscando algo o a alguien que alguna vez fue suyo”.

Para ser exitosos, los museos buscan promover una dialéctica en relación con los objetos expuestos. Jorge Luis Borges decía que las cosas van más allá de nuestro olvido, que nunca sabrán que nos hemos ido, y Marcel Proust decía: “Las cosas guardan las miradas que las han rozado”. En ambas reflexiones hay entre el observador y las cosas un campo hermenéutico por descubrir. ¿Qué es lo que guardan? ¿Qué ha sido depositado en ellas? Se trata de un espacio en torno a las cosas que es enigma y necesita ser revelado.

Para ello el foco está puesto en incluir a los visitantes, escuchándolos. Son ellos los que aportan las diferentes miradas y abren caminos para desentrañar el enigma. Enigma que sabemos está siempre necesitado de nuevos hallazgos.

El mayor que busca factores protectores en su curso de vida es aquel sensible a la multitud de experiencias vividas para realizar descubrimientos y aprendizajes a partir de ellas, para abrirse al intercambio con los otros y con su mundo. La dialéctica que se produce es intrapsíquica, pero también interpersonal y transpersonal.

De forma análoga, la institución museística debe producir también un movimiento fluido, una transmisión eficaz entre quienes la integran para reproducir esa sinergia con sus visitantes y en relación con agentes que la trascienden, autores, otros museos, la comunidad, entidades políticas y sociales, etc.

Es propio de los mayores hacer aprendizajes valorando y considerando lo ya aprendido. Esta es intención primordial de los museos: brindar conocimiento y buscar soluciones a partir de senderos ya recorridos que se organizan para que podamos obtener enseñanzas. Se busca hacerlo con un criterio de inclusión y diversidad de visiones. Los objetos que muestran dan noticia de lo ya conocido. Los guías y curadores que disponen el material museístico para su exposición y aprovechamiento tienen que saber del espíritu y circunstancia de los visitantes para facilitar el acceso y también para ser capaces de considerar y entender lo que los visitantes expresan al apreciar las exposiciones. Tanto la accesibilidad al museo, sus espacios internos, como la recepción de lo que los visitantes transmiten son cuestiones centrales que debieran involucrar a toda la población que trabaja en él. Los espacios internos de acceso, como entrada, boletería, sala de exposiciones, rincón lúdico, de reflexión o investigación, tienda, cafetería, salida, requieren una permanente observación. Se trata de observar los comportamientos de los visitantes en relación con su desplazamiento, intereses, gustos y

necesidades. La dialéctica del intercambio supone esta revisión constante entre la propuesta museística y lo que los visitantes comunican.

Como mayores sabemos lo frustrante de exponer nuestra vida en una sucesión de logros y/o fracasos ante nuestros pares o las nuevas generaciones. Si nos mueve la necesidad de recoger aplausos o consuelo y ello se logra y es sincero, será porque tenemos con nuestro interlocutor un vínculo construido de mutuo cariño y reconocimiento. Si solo nos mueve la reivindicación de lugares perdidos y el desánimo y la amargura han ganado terreno sin considerar el interés y la necesidad de nuestro interlocutor, el resultado es infructuoso, no da frutos.

En cuanto al envejecimiento, no se trata ya de ver la vejez como cuadro de estudio, sino las experiencias, las historias de vida centradas en la persona con su diversidad y rasgos que contradicen y cuestionan lo ya aceptado.

Goldberg, en *La paradoja de la sabiduría*, explica el funcionamiento cerebral en relación con los aprendizajes diciendo que se forman "moldes cognitivos". Los moldes cognitivos permiten reconocer patrones que se van acumulando durante la vida, son el resultado de "constelaciones de neuronas ligadas por fuertes conexiones, llamadas atractores". Estos atractores le dan al mayor un nuevo "nivel de integración", le permiten saltarse los pasos que necesitó en otro tiempo y funcionar como "expertos", personas de

experiencia, resolver más sencilla y rápidamente algún tipo de situaciones. Las personas mayores entonces tienen la vivencia de que algo en su interior se pone en correspondencia con el mundo entorno. Por enormes que sean los cambios que se han producido hoy en nuestro mundo, y gracias a ellos, esta vivencia de sentido da bienestar y posibilidades de futuro. Justamente son esos cambios los que en un proceso de adaptación y nueva acomodación contribuyen a la memoria a largo plazo. En la formación del recuerdo participan los cambios. Desde el enfoque de las neurociencias es precisamente el cambio que se produce en las redes neuronales al recibir y procesar la nueva información lo que constituye la memoria. Las transformaciones son de carácter químico y estructural, se alteran las sinapsis y se forman nuevos receptores. El recuerdo así creado es persistente ante situaciones traumáticas, infecciones, drogas o procesos de demencia. Los patrones se forman por la recurrencia, la frecuencia de uso, la necesidad en la vida cotidiana de echar mano a ciertas cuestiones para resolver los conflictos.

Los museos muestran lo ya producido o conocido, no con el objetivo de que quede encerrado y conservado allí, sino también, y muy especialmente, para transmitir conocimientos que sirvan a los fines de resolver problemas, de conocernos más, de crear nuevos proyectos.

En su versión más actual los museos son relaciones entre las personas, tienen el foco puesto en los visitantes. En los mayores se ve claro quiénes son, cuáles son sus rasgos más esenciales, a partir del esquema de relaciones que han construido. Ya lo decía un viejo refrán: "Dime con quién andas y te diré quién eres". Es la urdimbre emocional afectiva la que le da sentido y dirección a la vida y acompañará al sujeto a lo largo de todo el curso de su existencia, aunque siempre transformada, buscando ser completada. El sujeto humano como urdimbre, tejido vivo, sistema vincular relacional está siempre necesitado de más vínculos, incorpora ambiente y hace posible nuevas adaptaciones. Lo internalizado por el sujeto es la complejísima red vincular transmitida en la crianza temprana y transformada en los continuos encuentros significativos a lo largo de la vida.

Al centrarse en el concepto de espacios transicionales, Winnicott explica cómo las personas estamos profundamente comunicadas, insertas en un ambiente que nos une. Nos une entre nosotros y con lo externo. Aunque lo externo no es ya externo en la medida en que nos comunicamos con él. El espacio transicional no es ya mundo externo, ni mundo interno, sino que pertenece a ambos, es transicional.

Los autores psicoanalíticos coinciden en la "carencia o falta básica". Explican la condición de necesitar de otro humano para completar el sistema

nervioso incompleto al nacer y de hacerlo necesariamente en vínculo con la madre o madre sustituta. Filósofos como Heidegger dirán que es a partir de un “ser arrojado al mundo y a sus posibilidades”, significando “mundo” el de las experiencias culturales: “La atmósfera espiritual de una época determinada: las corrientes culturales, sociales y políticas por las que atraviesa una época concreta, el conjunto de ideas creencias y costumbres, todo aquello de que se nutre tal época, lo que vive el individuo en ella”.

En la experiencia cultural que los museos promueven se producen espacios transicionales y modificadores. Son facilitadores en la tarea de encontrar el hilo conductor que nos lleva de un lugar a otro, tanto en el tiempo como en el espacio. No es que “pensemos” sobre esta cuestión identitaria relativa a quiénes somos, a dónde vamos y de dónde venimos, no es que reflexionemos solamente. Somos atravesados por la experiencia, nuestro cuerpo hace el recorrido, inmerso en el ámbito museístico que produce impactos en nuestro ser sensorio, emocional, simbólico y cognitivo. En la nueva hermenéutica que buscamos hoy, las obras están abiertas a la interpretación de manera tal que no se considera solamente lo que su autor diga sobre ellas, sino las sensaciones y conocimientos de quien las percibe. En este sentido, el mensaje llega al visitante en la medida en que este tiene elementos para percibirlo.

Guías, curadores, y si es posible todo el personal del museo, deben buscar entender el mensaje que las exposiciones transmiten. Esto es sentirse “comprometidos” en ello, pero cada uno desde su particular perspectiva. No desde una sola mirada legítima, sino entendiendo que, si bien los elementos son seleccionados con determinado sentido, pueden ser interpretados de diversas formas también. Se trata “como resultado de ensayos y errores” de utilizar “buenos dispositivos de participación” (Alderoqui, 2011).

Durante los dos años de pandemia en los que muchos museos permanecieron cerrados se mejoraron las estrategias participativas *online*. Se debate sobre las posibilidades que ello abre para incrementar el interés y la visita presencial a los museos o, por el contrario, algunos ingeniosos y atractivos diseños a distancia favorecen la participación de los visitantes desde sus casas.

Aunque la naturaleza se imponga con sus limitaciones, muchos mayores desarrollan una rica red vincular abierta a los cambios, que sigue tejiéndose y transformándose con flexibilidad. Sienten entonces que la vida vale la pena y desean continuar en la búsqueda de nuevos caminos.

La flexibilidad en el ámbito museístico del arte y en las personas mayores

En los museos de arte se ha producido una verdadera revolución porque la

definición de qué es el arte ha sido profundamente revisada durante el siglo XX.

Pensar el tema del arte ha llevado a dejar de lado las definiciones que del arte se tenían. Desde que Marcel Duchamp, a comienzos del siglo XX, puso una rueda de bicicleta en exposición en un gran museo de Nueva York, se suscitaban múltiples discusiones sobre qué es el arte. Cuando recorremos las actuales instalaciones que presentan, por ejemplo, objetos *ready made* o expresiones de “violencia al soporte” la reacción de los observadores es, con frecuencia, de molestia y disconformidad. Es común oír la expresión: “¡Para mí, esto no es arte!” o “Esto lo hace cualquiera”. Estas expresiones encierran una concepción muy reconocida por siglos que supone belleza, esfuerzo en la confección de la obra, originalidad y la intención de despertar contemplación y admiración en quien la percibe. Estos atributos no son buscados necesariamente por los artistas de hoy.

La subjetividad es condición esencial del arte actual. El hombre como centro, como lugar de decisión y de creación es lo que hace que se reconozcan como obras de arte expresiones que no cumplen con los requisitos enunciados. Entender esto supone conocer los cambios profundos que se han operado en la concepción del hombre. Tanto el artista como el público de arte conciben la obra como expresión de presente, no importa ya su duración en el tiempo, sino lo

que suscita en el instante, y para ello tiene que cuestionar, impactar, movilizar, afectar, arrancar el “percepto”, no solo la percepción, sino lo que esa percepción produce en nuestro ser emocional. La obra así concebida no envejece nunca. Envejece el material sobre la que está construida pero como provocadora de un impacto, de un “vibrar la sensación”, de una “fusión de horizontes” con el observador “coautor”, es siempre actual. Ofrece de forma continua nuevas posibilidades de sentido. La *poiesis* (producción) es un proceso en el cual el receptor queda incluido, ya que se convierte en cocreador de la obra. Sin embargo, la obra tiene una trascendencia en sí misma, es una entidad, un ser.

El filósofo Gilles Deleuze y el psicoanalista Feliz Guattari reflexionan sobre la trascendencia de la obra:

“La cosa se ha vuelto independiente de su ‘modelo’, pero también lo es de los demás personajes eventuales que son a su vez ellos mismos cosas-artistas... Es también independiente del espectador o del oyente actuales que no hacen más que sentirla *a posteriori*, si es que tienen la fuerza para ello. ¿Y el creador entonces? La obra es independiente del creador por la autoposición de lo creado que se conserva en ello. Lo que se conserva, la cosa o la obra de arte, es un bloque de sensaciones, es decir, un compuesto de perceptos y de afectos”.

“Los perceptos ya no son percepciones, son independientes del estado de

quienes los experimentan, los afectos ya no son sentimientos o afecciones, desbordan las fuerzas de aquellos que pasan por ellos. Las sensaciones, conceptos y afectos son seres por sí mismos y exceden cualquier vivencia”.

Jorge Luis Borges, en *Elogio de la sombra*, dice: “Las cosas... El bastón, las monedas, el llavero, la dócil cerradura, las tardías notas que no leerán los pocos días que me quedan, los naipes y el tablero, un libro y en sus páginas la ajada violeta, monumento de una tarde sin duda inolvidable y ya olvidada, el rojo espejo occidental en que arde una ilusoria aurora. ¡Cuántas cosas, limas, umbrales, atlas, copas, clavos, nos sirven como tácticos esclavos, ciegas y extrañamente sigilosas! Durarán mucho más allá de nuestro olvido, no sabrán nunca que nos hemos ido”.

Heidegger, en *El origen de la obra de arte*, refiere a esta condición de la obra como cosa. También sabemos que la obra es alegoría y símbolo. Como alegoría alude a relatos, a historias que han sido contadas, a veces de forma muy diversa a lo largo del tiempo. Como símbolo tiene la cualidad de “buscar juntarse” a otra parte que así lo requiere, al horizonte del receptor, a la mirada del espectador coautor que interpreta y fusiona su horizonte con el que brota de la obra. En griego juntar es *symballein*, se le llamaba así a la tablilla de la hospitalidad. Si quería recibirme en mi casa la partíamos para que al venir como mi huésped te reconociera porque las partes coincidirían.

Llevando esto a la reflexión sobre los museos de arte concluimos que son lugares que encierran objetos que tienen la capacidad de responder a nuestras miradas. El espacio museístico recrea permanentemente esa magia en que los relatos se reproducen, se diversifican, se encuentran, se contradicen, se silencian, se interrumpen. Son las historias de la humanidad en continua ebullición, necesitadas de nuevos hallazgos.

Las manifestaciones artísticas han cambiado rotundamente. La representación del mundo que hemos construido es expresión de subjetividad, no ya la esforzada lucha por representar el mundo como se lo observa, como es, en correspondencia con el afuera, no ya la mimesis y la belleza como únicas búsquedas. Quienes desde la estética, como parte de la filosofía, estudian la cuestión del arte dirán que este es un tiempo de “exceso de subjetividad”.

Toda esta transformación en la confección de la obra de arte y en su apreciación llevan a la flexibilidad. Ser flexibles es un factor central en el favorecimiento de un envejecimiento saludable.

Si los museos de arte se vuelven lugares particularmente estimulantes para los mayores es porque abren puertas a diversidad de formas de percibir e interpretar el mundo. Es también por el impacto de orden sensorio, emocional y cognitivo que producen. Es por la intensidad con que los cuerpos se ven afectados.

En este “sentirse afectados” es el arte en su “material esencial”, “la imagen”, esa “manifestación de las cosas”, lo que opera. Vivimos un tiempo de predominio de la imagen, las pantallas que dan información están por todos lados. También los estímulos olfativos y los que inducen al movimiento, lo kinestésico, están muy presentes en nuestro diario vivir y en las formas en que transmitimos el conocimiento.

La imagen impacta nuestro cerebro de manera diferente a como lo hace un texto escrito. Es lo primero en nuestra percepción del mundo. El rostro, los olores de otro y su forma de sostenernos son los primeros estímulos sensorio-emocionales que percibimos como humanos. El área occipital del cerebro, ligada a lo visual, se completa en el primer año de vida. Ya antes, desde el vientre materno, hemos registrado sonidos y hasta músicas que luego serán reconocidas. La imagen tiene respecto de lo emocional una relación inherente, de total conexión. Al ser de carácter emocional, la imagen *mueve a la acción*. La palabra hablada y la escritura vienen evolutivamente después. Al recordar es mucho más fácil tener presente las facciones, gestos, tonos de voz de la otra persona y no su nombre. Al pasar por un proceso de deterioro cognitivo es lo que se aprendió de manera más reciente lo que se olvida y no las cuestiones emocionales que sostienen nuestra identidad. Es por esto por lo que los profesionales en la atención de personas con

alzhéimer piden a los familiares cercanos que sigan acercándose al enfermo. El paciente puede haber olvidado el nombre de su hijo o cónyuge, pero su cercanía seguirá siéndole emocionalmente significativa.

La tarea de los trabajadores en museos es facilitar, con la organización del material y su difusión, que el mensaje llegue a los visitantes. Las imágenes de todo tipo que utilicen para lograrlo llevarán a los visitantes a verdaderos juegos y acciones que no hubieran imaginado en un museo de otra época.

La reserva humana expresada en los museos, buscadora de proyectos

El museo es, en un aspecto básico, reservorio de objetos que dicen sobre la humanidad. El desafío es el trabajo de desentrañar el mensaje que esos objetos en exposición nos transmiten. De ahí el carácter de enigma y hermenéutico de los museos. Como los seres humanos, los museos son portadores de historias personales, de distintas culturas y tiempos. Historias que perduran, tienen universalidad y son eficaces para entender el presente y proyectarse al futuro.

El sujeto tiene la posibilidad de sentir su pertenencia a la humanidad a través de su trabajo, de sus aportes y sentimientos. También la obra de arte nace de la humanidad y es universal. Jung estudia el inconsciente colectivo y

explica la universalidad de la obra (1930), refiriendo especialmente a la obra de arte nos dice que lo que esta acerca es propio del hombre, expresión de sus dolores y alegrías profundamente repetidos, es el contenido de la consciencia humana explicado y transfigurado en su configuración artística (1922).

En obras de gran envergadura como la *Divina comedia* o *Don Quijote de la Mancha*, la universalidad se confirma por la persistencia en el tiempo y su difusión en muchos idiomas. Sin embargo, hay instalaciones circulando en nuestro mundo que se arman con un instructivo y son efímeras. Con estas condiciones confirman su aspecto de universalidad, ya que vivimos en un tiempo donde lo efímero es norma y la rápida transmisión digital también. Tanto lo efímero como la aprobación o el rechazo del público respecto de la obra no son excluyentes de universalidad, sino confirmación.

El siglo XXI se caracteriza por lo efímero, rasgo en el uso de los objetos y en las relaciones humanas, una muestra de universalidad hoy. En lo que hace a su difusión, muchas obras son compartidas en un mismo instante de manera cibernética. En distintos museos del mundo se arma la instalación, los críticos de arte y la gente común hablan y escriben sobre ella.

Las reacciones pueden ser de aprobación o rechazo. La obra es "deconstruída" (Derrida, 1978). El visitante ya no es solo espectador, se empodera, se adueña de la obra, la hace propia, es coautor y a veces literalmente actor. Hay obras con

sensores que registran el comportamiento de quienes las observan y responden en consecuencia. Esta condición de la obra de estar "abierta a la interpretación" se da en un momento en el que los vínculos entre las personas son de cierto debilitamiento, la obra muestra el desarraigo del ser, su fragilidad existencial, su búsqueda incesante, pero en buena medida infructuosa, en la que la verdad es parcial, siempre incompleta, buscando también la alteridad, o sea la verdad del otro. Muchos filósofos desarrollan esta cuestión con algunas diferencias conceptuales, aunque coinciden en darle al arte un lugar de anticipación y anuncio.

Ya lo hicieron las vanguardias en el siglo XX, que con su diversidad de expresiones dijeron que vendría una época de profundos cambios existenciales dejando atrás una única verdad demostrable y los megarelatos aceptados por todos como sagrados.

La pregunta es: a pesar de tal *debilitamiento*, ¿cómo nos seguimos construyendo? Respecto de la obra, el desafío es entender su universalidad a pesar de la subjetividad y lo particular que manifiesta. ¿Cómo es posible que algo único pueda ser portador de una verdad universal?

Los museos como reservorio de objetos y proyección de obras (museos digitales) son manifestación de la reserva humana en toda su complejísima dimensión: emocional, simbólica, cognitiva, sensorio-motriz y espiritual. La reserva humana será un valioso recurso en el curso de la vida ante las situaciones límites que se presentan en todo proceso de

envejecimiento. Para toda la sociedad los museos son, de forma análoga, espacios que guardan aquellos objetos que dicen de nosotros, de nuestras raíces y nuestra posibilidad de desarrollos en el futuro. Espacios donde las voces se potencian y las relaciones personales son alojadas para salir fortalecidas a la comunidad.

Programas en museos de arte con personas mayores

El Taller Arte y Vida funcionó durante catorce años en el área de ciencias del envejecimiento, programas para una longevidad con bienestar de la Universidad Maimónides. También en residencias privadas de larga estadía y talleres estatales de PAMI (Programa de Atención Médica Integral).

Se realizaron presentaciones de los programas en instituciones de salud en el marco de jornadas y congresos nacionales e internacionales.

Se presenta aquí un programa intergeneracional y la propuesta breve de un programa para personas con deterioro cognitivo que estaba a punto de comenzar cuando se declaró la pandemia de COVID-19. No se ha llevado a cabo aún.

Puntuación de la fundamentación teórica basada en cuestiones afines que favorecen estos programas:

- El arte como expresión de la vida cotidiana.
- La obra abierta a la interpretación.
- La difusión del conocimiento y la información a partir de imágenes.

- El predominio de lo sensorio-emocional en el proceso de deterioro.
- La valoración de lo subjetivo.
- Los museos y su apertura a la comunidad.
- La necesidad de prevención y asistencia respecto de lo cognitivo en una población cada vez más envejecida.

Programa intergeneracional

El programa se apoya en la promoción de un envejecimiento activo. Se busca lograrlo en los espacios relativos al arte, la educación y la salud. Consiste en una capacitación de un grupo de personas mayores del Taller Arte y Vida que muestran obra plástica a niños de escuelas públicas primarias de la ciudad de Buenos Aires. Lo hacen en museos, galerías de arte o talleres de artistas. Se cuenta para ello con el apoyo de maestros, profesores de plástica y con la dirección de la escuela que organiza el traslado de los alumnos, con el área educativa de los museos y las instituciones educativas y de salud. Se realiza desde hace cinco años. <https://www.youtube.com/watch?v=YK53cJgscpA> (Capacitación Taller A y V 2015, 5.48).

Objetivos

- Potenciar la creatividad, el juego, la imaginación y la capacidad de estar en grupo.
- Valorar el aprendizaje que supone el intercambio con otra generación.

- Apreciar pinturas y esculturas interactivamente con los niños invitados de las escuelas.
- Transmitir el conocimiento promoviendo la diversión y la participación.
- Difundir la experiencia en espacios educativos y de salud.

Metodología

Quince mayores se capacitan en el Taller Arte y Vida. Pasos del desarrollo:

- Apreciación de obras pictóricas proyectándolas en el aula.
- Trabajo en subgrupos seleccionando lo que van a mostrar y cómo hacerlo.
- Concurrencia a la escuela para invitar a los niños e intercambiar lúdicamente.
- Visita de los alumnos al museo. Llegan en su ómnibus escolar con las maestras y los profesores de plástica. Los mayores capacitados muestran las obras que seleccionaron.
- Evaluación en el aula de lo realizado en el museo.
- Nueva visita a los niños en su escuela. Realización de *collages* relativos a las obras vistas con la colaboración de los profesores de plástica.
- Confección de un vídeo contando la experiencia. https://www.youtube.com/watch?v=I3a7K32L-SE&t=16s&ab_channel=carmendegrado (Programa intergeneracional con el arte, 1.35).
- Confección de un cuadernillo para alumnos de la Licenciatura en Gerontología y

Posgrado en Psicogerontología de la universidad en la que se desarrolla el taller https://d5261ac6-6ce2-478b-b098-721547540b8e.filesusr.com/ugd/3bc542_90def5f8bddd47d9b1598943ceaf2b7b.pdf (Taller Arte y Vida, PDF 28 páginas).

- Difusión de lo realizado en instituciones de salud y educativas. La efectúan los integrantes del taller y la coordinadora.

Resultados

En lo intergeneracional impacta en los mayores y en los niños. Asisten cuarenta personas en cada visita al museo.

En lo interinstitucional e interdisciplinario llega a los alumnos de las carreras (UMAI), a otras instituciones de salud donde somos invitados, a las escuelas y los museos. En forma directa han accedido más de mil personas durante cinco años.

Conclusión

La realización de la tarea despierta mucho compromiso entre las personas mayores. Por propia iniciativa se reúnen para lograr mejor su objetivo, además de asistir a las clases de capacitación.

La actividad es fuente de alegría y desarrollo de capacidades latentes para niños y mayores. Genera gran desafío y aprendizaje con deseos manifiestos de continuidad.

Con otro formato y *online* se continúa el estudio de temas relativos al arte con los mayores durante los dos años de pandemia. Se realiza un programa de narraciones ilustradas con los chicos durante seis meses.

Proyecto: mostrar obra en los museos a personas con deterioro cognitivo

El Taller Arte y Vida es un grupo de personas mayores que realiza desde 2014 el programa de mostrar obras en los museos a grupos de adultos, niños y jóvenes. Buscamos ahora ampliar la coordinación a profesionales de la gerontología capacitados para abordar a invitados con problemas cognitivos que serían los destinatarios directos del proyecto.

Se trata de un proyecto que surge en el ámbito universitario en colaboración con ALMA, Asociación de Lucha contra el Mal de Alzheimer y AAMNBA, Asociación Amigos del Museo Nacional de Bellas Artes. Se realizaron encuentros preparatorios en el Museo Nacional de Bellas Artes (2019) con personas de estas instituciones.

Objetivos generales

- Participar e intercambiar conocimientos ligados a la obra artística y a la vida.
- Disfrutar de una experiencia estética.
- Mejorar la memoria en un contexto grupal favorable mediante actividades participativas lúdico-recreativas.
- Relacionar la producción artística con la vida social y la historia.

Destinatarios directos

Todas las personas con deterioro cognitivo que deseen tener una experiencia estética participativa acompañados de sus familiares y/o cuidadores en MNBA.

Destinatarios indirectos

- Las personas a cargo del desarrollo del programa, un grupo con capacitación para realizar la actividad.
- El personal del museo y todos los colaboradores.

Se busca lograr un impacto en el ámbito museístico, de la educación y de la salud.

Antecedentes

“Meet Me at MOMA” (Museo de Arte Moderno de Nueva York), programa para personas con alzhéimer, sus familiares y cuidadores.

Características del coordinador al mostrar la obra

- Invita a lo lúdico y participativo.
- Modera.
- Lidera.
- Escucha.
- Colabora.
- es coparticipante.
- Sintetiza.
- Busca generar y desarrollar ideas, validar las contribuciones individuales y la socialización de los participantes.

Características de la población con deterioro cognitivo invitada

Se acordará previamente con ALMA un cupo de quince personas, la mitad o casi la mitad de ellas deben ser familiares o cuidadores.

Organización de la actividad en el museo:

- Bienvenida.
- Recorrido diseñado previamente, cuatro o cinco obras seleccionadas a cargo de las personas que se encargarán de

mostrarlas durante no más de una hora.

- Cierre.
- Evaluación y registro fotográfico del proyecto para su difusión.

En síntesis

Estamos hechos de historias que crean mundos. Los museos y las personas mayores son los reservorios de las historias de la humanidad, transmisores necesarios para la proyección al futuro.

Bibliografía

- Alderoqui, S. y Pedersoli, C. (2011). *La educación en los museos. De los objetos a los visitantes*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Borges, J. L. (1969). *Elogio de la sombra*. Buenos Aires: EMECE.
- De Grado, C. (2001). *Mi nieta Catalina*. Buenos Aires: Ed. Escritores Argentinos de Hoy.
- De Grado, C. (2012). *Psicogerontología, arte y futuro*. Buenos Aires: Editorial Científica y Literaria de la Universidad Maimónides.
- De Grado, C. (2013). *La experiencia del tiempo en el sujeto envejeciente. Análisis de una obra del pintor Ticiano*. Saarbruken, Alemania: Editorial Académica Española.
- De Grado, C. (2018). *Arte y longevidad. La imagen del anciano en la pintura*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- De Grado, C. (2018). Arte y envejecimiento (cap. 3), Investigación intergeneracional de adultos mayores mostrando obra en los museos (cap. 20). En Juan Antonio Salmerón Aroca (comp.), *Docentes, profesionales e investigadores ante los desafíos de las relaciones intergeneracionales*. Murcia, España: Diego Marín Editor.
- De Grado, C. (2019). La contribución del arte a una identidad flexible (cap. 2), La identidad flexible y las metáforas, partes del lenguaje (cap. 8). En G. Zarebski (comp.), *La identidad flexible como factor protector en el curso de la vida*. Buenos Aires: Ed. Científica y Literaria, Universidad Maimónides.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1993). *¿Qué es la filosofía?* Barcelona: Anagrama.
- Derrida, J. (2002) (versión original 1978). *La verdad en la pintura*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Formaiano, L. (2017). *Arteterapia. Actividades, abordajes y recursos*. Buenos Aires: Ed. Dunken.
- Goldberg, E. (2009). *La paradoja de la sabiduría*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Heidegger, M. (2000) (versión original 1935-1936). *El origen de la obra de arte* en Caminos del bosque. Madrid: Alianza.
- Jauss, H. R. (versión original 1972). *Pequeña apología de la experiencia estética*. Barcelona: Paidós.
- Jung, K. G. (1999). *Psicología y poesía en Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia*. Obras completas, volumen 15. Madrid: Ed. Trotta.
- Matz, E. (1990). *VASA*. Estocolmo, Suecia: Ed. Ljungforetagen.
- Oliveras, E. (2006). *Estética. La cuestión del arte*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ariel, Filosofía.
- Winnicott, D. W. (1951). *Transitional Objects and Transitional Phenomena*. Londres: Heinemann.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Zarebski, G. (2011). *El futuro se construye hoy. La reserva humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Vídeos

<https://www.youtube.com/user/magnificantpenguin/videos>

<https://carmendegrado6.wixsite.com/misitio>

Literatura y envejecimiento

Literature and ageing

Josefina Tafalla Brotons^a

Resumen

La relación entre la literatura y el envejecimiento se ha mantenido a lo largo de la historia, con innumerables ejemplos de personajes y/o representaciones de la vejez en novelas, obras de teatro e incluso películas, ya que la literatura y la medicina siempre se desarrollan acordes a la sociedad y se encuentran interrelacionadas. Sin embargo, el papel del geriatra y la necesidad que nuestra sociedad envejecida tiene de atención médica especializada no ha sido tan difundido, ni se le ha dado la importancia que merece, y mucho menos el lugar que requiere en la organización de la atención primaria en la seguridad social. Con el fin de promover la prevención por medio de un envejecimiento activo y poder cambiar la imagen negativa y decadente que la sociedad le ha dado a la vejez.

Palabras clave: *literatura; envejecimiento activo; geriatra; gerontología.*

Abstract

The relationship between Literature and aging has been maintained throughout history, with countless examples of characters and/or representations of old age in novels, plays and even movies. Literature and Medicine are always developing according to society and are interrelated. However, the role of the geriatrician and the need that our aging society has for specialized medical care has not been so widespread, nor has it been given the importance it deserves, much less the place it requires in the organization of primary care. In order to promote prevention through active aging and to be able to change the negative and decadent image that society has given to old age.

Keywords: *literature; active ageing; geriatrician; gerontology.*

Relacionar literatura y envejecimiento no puede resultar extraño, todos hemos visto o leído imágenes del envejecimiento,

todos aceptamos los signos del declive en nuestros mayores y lo reconoceremos en nosotros. Recordamos a personajes

a. PhD. Doctora en Filología Hispánica y profesora en el IES Floridablanca en Murcia. E-mail: finatafalla@gmail.com

y representaciones de la vejez que nos llegan día a día y atisbamos sus signos en obras vistas y representadas por grandes actores en el cine o el teatro; esos mundos leídos de escritores de la literatura universal, esos universos similares a la experiencia de la vejez quedan grabados en nuestra memoria y en nuestra mente. Al fin y al cabo, la literatura y la medicina siempre se desarrollan acordes a la sociedad y progresan con los cambios, porque el curso de la vida se halla entrelazado en ellas.

Ciertamente, la geriatría y la literatura son dos disciplinas diferentes, pero no incompatibles, ya que la comunicación interdisciplinar es posible y útil, pero, eso sí, hay que fraguarla para favorecerla. Desde hace unos años, la formación humanística que se ofrece en el Máster de Geriatría en la UCAM (Murcia) me ha animado a participar desde el ámbito personal y profesional, como profesora de Lengua y Literatura.

No había cumplido cuarenta años cuando el progresivo y dilatado envejecimiento de tres partes esenciales de mi vida —me refiero a personas muy queridas, a los mayores de mi familia: mi padre y mis dos tías que siempre vivieron en la casa familiar— me determinó a contar con los servicios de un geriatra buscando cómo procurarles el trato afectivo y seguro que deseaban y es de ley. Al principio, la situación fluye con los mayores y hay que estar a la mira; junto con mis hermanos, observaba aquellos rostros serenos y conscientes de su

edad, sus dolencias y su naturaleza fuerte en su entorno explícito, con ellos vivos y seguros en su ambiente. Poco a poco, fue precisa la ayuda administrada y correspondida frente a los males y la pérdida de su mayor o menor independencia. Mi padre, el menor de los tres, siempre se encargó de atender a sus hermanas, y así lo hizo hasta que no pudo. La vejez les alcanzó y querían morir en su casa. Los tres fueron octogenarios, no así mi madre que, enferma de cáncer de colon, falleció con 68 años, doce antes que él. En un principio él acudía a los muchos especialistas, pero no aprendió a pedir cita por Internet y advertíamos su deterioro con el enfocado seguimiento en la Seguridad Social y los diferentes informes y tratamientos con que tratar los padecimientos y enfermedades. Pero la vista y la mácula le empezaron a traicionar y, entonces, tomar estas u otras pastillas, la de uno u otro color y de formas variopintas, le confundía y se apesadumbraba. Se advertían rápido los signos de la vejez, su apoyo en el bastón, que nunca rechazó, como tampoco esas otras cosas propias de la tercera edad que se piden o compran (el andador, las muletas, el aparato de la tensión, la silla de ruedas...). Duraba la vida y permanecía asimismo la ayuda afectuosa que precisaban tanto como el comer. Acudió a visitarlos durante algo más de un año el médico privado acordado, Manuel, y luego, cuando fue preciso, se contrató a otra persona y luego a otra (dos

enfermeras); también una buena amiga enfermera y vecina se acercaba siempre a verlos, Mari Santi. Igualmente, ayudaban los dueños de tiendas cercanas que, conocedores de sus gustos, les llevaban a la casa las provisiones enumeradas por teléfono. Además estaba la farmacia Franco, la de toda la vida, que estuvieron indistintamente pendientes. Con la asignada médica de familia de la Seguridad Social, que a veces telefonaba y hablaba con ellos, difícilmente podíamos contar, ya que no visitaba la casa familiar porque —según declaraba— no estaban enfermos y ellos nunca le expresaban que estuvieran muy mal; había prioridades y eran mayores, solo —comentaba la doctora— tenían sus achaques o las enfermedades habituales que podían tratarse desde el centro de salud. Pero la ceguera por la diabetes, la dificultad de andar, la somnolencia, la insuficiencia pulmonar, las infecciones de orina, los catarros o las neumonías agravaron la situación; también la mala suerte del cáncer de mi padre, y aunque una de mis tías aún veía bien, arreglaba sus macetas y cocinaba fenomenal, el proceso de envejecer seguía su andadura. Las idas y venidas de su amado hermano siguieron inalterables al centro de salud. Mientras pudo lo hizo andando y cuando no pudo cogió un taxi para desplazarse y acopiar las recetas y los volantes firmados, que ya no leía y mi tía ordenaba, sustituyendo los desechados por los nuevos medicamentos recetados en los armarios donde antes estaban

las tazas de chocolate y de café. Así que se acudía con ellos a la cita previamente concertada con los especialistas, ya fueran de corazón, de digestivo, el neurólogo, el endocrinólogo, el traumatólogo, el dermatólogo o el nutricionista..., con el consiguiente acomodo de grageas, sobres y jarabes y las dietas naturales y específicas que poco diferían de su buena alimentación habitual.

Cada vez que había que acompañarlos al hospital o al centro de especialidades era una locura. Se precisaban tres personas: además de la que conducía el coche (yo misma o alguno de mis tres hermanos), la asistente se sentaba detrás junto al enfermo o la doliente y la otra contratada permanecía como adjunta en la casa con la menos doliente. Siempre se llegaba puntualmente al hospital o al centro de salud a por una receta, ya fuera tras alguna caída o para la analítica oportuna. A la par, vivimos los desplomes; muy pendientes y organizados nos dirigíamos a uno o a varios hospitales, uno cercano y otro lejano, pues se sucedieron a la vez la operación de próstata, el ingreso de mes y medio en el hospital de la hermana ciega y operada con un complejo bypass a causa de la gangrena en el pie, provocada por la diabetes y la incertidumbre de la hermana mayor esperándolos en la casa. No me quiero acordar.

Entre estas dolencias y los otros padecimientos existen los tiempos de recobro con desubicaciones emplazadas y se consigue hasta aprender a andar de nuevo con el fisioterapeuta en casa.

También es importante, junto con la ayuda de los hijos y sobrinos, destacar la de sus nietos y nietas, nuestros hijos. De pronto se origina el cambio del espacio de la casa con esas mudanzas de muebles y sillones que permiten dar paso a los artilugios. Porque lo que antes estaba en su lugar se embala y guarda en el trastero u otros armarios y se limpian y se reforman los baños a tiempo, según vayan sucediéndose los diferentes cuadros. Resultaba difícil porque también los mayores lo saben, sufren y se agobian y no son niños, porque resolver las idas y venidas, el contrato de otro colaborador idóneo y terminar día a día la jornada laboral era un logro. También moverte entre tres ciudades distintas, distinguir la prioridad moral al ser las tías familiares de tercer grado y ejercer en tu trabajo. Aunque todo te compensa después, lleva en sí el desgaste emocional, la desazón y el estrés que se evidencian en el silencio por la ya esperada e inevitable merma y la necesaria toma de decisiones. Es verdad, se pierde la noción del tiempo, y hasta parece tener el don de la oblicuidad y no sabes en el día en que estás. Y ellos siguen pendientes de ti, miran el tiempo en el reloj y, preocupados por la lluvia, el viento, el frío o el calor, te han guardado y preparado un buen caldo caliente. Se hace recuento de noticias comentadas y con el periódico leído llegan igual las noches largas, las tristezas guardadas con alegrías ingenuas porque debe, uno u otro, mantenerse en vela y hallarse con la

ternura a flor de piel y vas echando un vistazo a las fotografías quietas en esas habitaciones, llenas de recuerdos, con las miradas siempre claras y reconocidas en la casa.

Aconsejada por Antonio, un gran amigo médico, me puse en contacto con un excelente geriatra que organizó y comprendió enseguida la situación y asistió regularmente a mis tías hasta que murieron. Con su llegada tras la muerte de mi padre en 2012, todo cambió, todo se calmó. Me situó y humanizó la práctica médica, abordó la situación real en su conjunto y nos proveyó a todos lo ineludible. También conseguimos contratar a una persona interna, M.^a Carmen, a la que también instruyó.

La deseada y necesaria sensatez, la profesionalidad y sensibilidad del especialista permitió estimular con precisas indicaciones la mejora de la calidad de vida. Pudimos así desafiar y recorrer, junto a ellos, esa vía por la que lograron llegar mis mayores a la última estación, sin angustia y conscientemente. Este otro modelo de ayuda es la opción tomada que pretendimos, pudimos llevar a cabo y elegimos. Con el geriatra fue viable adaptarse de forma personalizada a los cambios y necesidades; con él se logra el trato humano entre el médico y el paciente y se consigue llevar a la casa todos los servicios con el apoyo a los mayores; a los míos les permitió seguir viviendo con dignidad. Tras la pandemia, el sistema está obligado a cambiar, pero cómo y cuándo. Pretendo ser

optimista, pero entre las prioridades y políticas marcadas hoy por hoy no encuentro ningún atisbo que dé forma real a un deseo de muchos que no pienso sea dificultoso: el de incorporar en la organización de la atención primaria en la Seguridad Social a un geriatra, o dos. La opción tomada siempre me calma. La figura y el trato efectivo y afectivo del geriatra es duradero y valioso.

En cuanto al ámbito de la educación como profesora de Lengua y Literatura, mis pláticas fueron habituales con este profesional de la geriatría, realmente beneficiosas y productivas. A este tenor, me alentó a conocer la tarea emprendida en Murcia en el campo de la geriatría y la gerontología y asistí a algunas de las charlas organizadas, así conocí las acciones que llevan a cabo y a excelentes profesionales (como los doctores Paco Pérez Crespo y Carmelo Gómez). Escuché y leí a la doctora argentina Graciela Zarebski, asidua participante en el Máster de Geriatría que imparte y dirige el doctor Avilés, que me aportó luz para el análisis que realicé sobre la vejez en la novela dialogada *El abuelo*, de Galdós, pero asimismo sentí con sorpresa el paso del tiempo cuando aseguró que, desde los 50 años —ya los rozaba yo— debíamos tomar medidas para el buen envejecer y tiene razón. Su estudio sobre los personajes de ficción de la obra *El amor en los tiempos del cólera*, de García Márquez, lo destina la profesora Zarebski a personas reales en su trabajo geriátrico cotidiano, historias de vida

que revelan las caídas frecuentes en la vejez en el marco de rasgos de personalidad y en los roles característicos, superando la barrera entre disciplinas diferentes y logrando, con gran acierto, el recorrido afrontado de la vida a través de la creación literaria.

Ciertamente, desde el punto de vista geriátrico, gerontológico y psicológico, son muchas las teorías que exponen el envejecimiento activo, formando parte de este paradigma la actividad comenzada en Murcia, un proyecto común en el que intervienen todos los países y promovido desde los años noventa por la OMNS, procurando dar una respuesta inteligente a un mundo interconectado y que envejece, donde la interdisciplinariedad es ineludible y donde el acuerdo intergeneraciones es un reto. Hoy, nos dicen, se puede aprender a ser resiliente, aunque no todo el mundo puede hacerlo. Indudablemente, hay que penetrar en los factores externos e internos que proporcionan la imagen heterogénea de la vejez o las vejeces — como puntualizó la doctora argentina— en la obra artística y han de preverse estos factores perfeccionados y tenidos en cuenta, especialmente en el ámbito de la educación con las relaciones sociales, la familia, la economía, el entorno rural o urbano, el contexto social que muestra la literatura. Ello favorecerá o no que la persona logre reconocer la adversidad y nos desafía a proyectar, a prepararnos para afrontar el buen envejecer. Se trenzó así la comunicación

entre literatura y geriatría entre nosotros. Conscientes de la necesidad de acabar con la terca parcelación entre ciencias y letras se esbozó dar algunas clases de literatura a los estudiantes del Máster de Geriatría a partir de lecturas y reflexiones sobre la vejez y enfermedades neurológicas, ceñidas a las necesidades y carencias advertidas en las líneas de enseñanza en la que se desarrolla la educación en España. Estuvieron centradas en planteamientos palpables e interdisciplinarios, y así tuvo cabida la obra de Marcel Proust *Por el camino de Swann* (el primer libro de los siete que forman *En busca del tiempo perdido*), pues nos conduce con el temblor temporal en el caprichoso mundo sensitivo de la memoria. También *Proust y la neurociencia*, del escritor Jonah Lehrer (2010), con ejemplos y reformulaciones sobre el tema a partir de las evidencias de escritores y artistas como George Eliot, el chef Escoffier, Cézanne, Gertrude Stein... Asimismo, se conseguía comprender esa vinculación bella de ciencia y literatura que manifiesta la obra del escritor y neurólogo Oliver Sacks, donde se indica ese cambio continuo entre las preocupaciones de los enfermos y sus pensamientos en sus relatos sobre casos reales (*Migrañas, Despertares, El hombre que confundió a su mujer con un sombrero...*), narrados magistralmente en el historial clínico como un cuento.

Cada una de las especialidades médicas vela el sistema nervioso del ser

humano y penetra en los sufrimientos, en las dolencias y en el tratamiento. Todos andamos con el alma en vilo cuando nos enfrentamos a la enfermedad, la muerte y la vida en la vejez. La gerontología y la geriatría sitúan el objetivo vital en el envejecimiento activo y casi todas las enfermedades neurológicas están en la literatura. Actualmente interesan los signos del envejecimiento, notorios en obras clásicas de grandes escritores de la literatura universal, gratamente releídas y retomadas que se gestionan con el trabajo habitual para ir más allá del análisis ajustadamente formal y literario. Porque los escritores, anticipándose a veces a la indagación de dolencias, nos descubren el transcurso del tiempo y también la vejez, casi siempre con personajes secundarios, pero no por ello menos importantes; si bien esto va cambiando y ya nos alcanza, fundamentalmente, porque la esperanza de vida se ha dilatado al menos 20 años. En la literatura se hallan también sobreentendidos los métodos médicos y las manifestaciones de la enfermedad en su desarrollo histórico, porque todo escritor es hijo de su tiempo. No podemos olvidar que los escritores cambian la manera de mostrar la realidad actuando sobre aspectos propios del género y sobre el lector, provocando la inquietud y una reflexión fructífera, ya que la lectura es siempre participación.

De modo que se procuró indagar con estudios diversos en síndromes, afecciones y enfermedades neurológicas

con el propósito de acercar la literatura a futuros profesionales de la medicina, siendo evidente que rara vez el lenguaje científico nos emociona. Entre los síndromes se destacaron: el de “las piernas inquietas” encontrado en *Papeles póstumos del Club Pickwick* de Charles Dickens, autor obligado por sus logros literarios, pero además por su forma de describir enfermedades; se localiza en la obra citada el variado cuadro de apneas que padece el gordito Joe. El “síndrome de Alicia” es debido al escritor Charles Lutwidge Dodgson, conocido por su seudónimo Lewis Carroll, que colma su obra, *Alicia en el País de las Maravillas*, de personajes que cambian de forma, y a partir de esos efectos ópticos, descritos por pacientes con la sensación de “alargarse como un telescopio” y observados, más tarde, por el neurólogo John Todd se favoreció el análisis de la micropsia en neurología, además del gran interés que despierta Carroll actualmente en las neurociencias para el tratamiento de problemas de aprendizaje y estudios de la memoria por el lenguaje ilógico de las poesías del fantástico personaje Jabberwocky. O el “síndrome del cautiverio” descrito por Alejandro Dumas, que se adelanta al análisis médico con el personaje Nortier de Villefort, el anciano deteriorado en *El conde de Montecristo* que para comunicarse parpadea y mueve el campo ocular. Asimismo, se ha considerado un trabajo realmente interesante, todavía pendiente, cotejar con informes clínicos

las descripciones literarias de enfermedades terminales como la que Marguerit Youcenar pone en boca del emperador en *Memorias de Adriano* (1948-1959); el aneurisma cerebral descrito por el escritor ruso A. Chejov en *Pabellón número seis* (1892); la esclerosis múltiple en *Diario de un hombre decepcionado* (1919) de Bruce Frederick Cummings (Barbellion); incluso la descripción del poeta Juan Ramón Jiménez sobre la muerte de Platero en *Platero y yo*, “La muerte” (LX).

En cuanto a las enfermedades neurológicas planteadas por escritores célebres que afrontaron de forma diferente sus males, los estudiantes mostraron gran interés y a la vez sorpresa. Entre los tratados: Fiódor Dostoievski que padeció epilepsia, un trastorno que desde la Biblia era un estigma demoníaco o divino, el “gran mal”, así fue citado en la Edad Media. El genial escritor cambia la desgracia en oportunidad, revelada a través de sus personajes en obras como: *El idiota*, *Crimen y castigo* o *Los hermanos Karamazov* que “puede ser considerada hoy como un tratado en medicina legal y psiquiátrica forense” (Iniesta, 2009). También interesó el análisis de la esquizofrenia que el psiquiatra y filósofo Karl Jasper realiza sobre el dramaturgo sueco August Strindberg (1849-1912), autor de *La señorita Julia* o *Historia de un alma*. Se trata de uno de los escritores más auténticos y presentes en el pensamiento actual. Jasper puso en duda tanto el criterio de diagnóstico como los

métodos clínicos de la psiquiatría, incluyendo su método biográfico, que forma parte de la práctica de la psiquiatría moderna. En su tratado *Genio artístico y locura* (1922), examina la vida de Strindberg a la vez que su obra, explicando que cuando contemplamos o acudimos a la obra de estos artistas visionarios “sentimos nuestro ser hasta sus mismos cimientos. Se trata de algo que abre un interrogante radical, produce una apelación a la existencia propia ya que produce un efecto bienhechor al provocar una transformación”. Plantea en su estudio que: “Hay motivos para apreciar el arte de los locos en su exterior puramente estético y no como material clínico para las investigaciones de los psiquiatras”. Y, por supuesto, les impresionó *La montaña mágica*, una de las obras cumbre de la literatura universal. Thomas Mann efectúa un escrupuloso examen psicológico de los enfermos de tuberculosis en un sanatorio aislado, situado en lo alto del cantón suizo de Davos (“En invierno bajan los cadáveres en trineo porque los caminos no son practicables”). Están presentes los conflictos personales de una sociedad enferma que simboliza la Europa de preguerra. Frente a la angustia y la honda ironía, la visión del tiempo y la vida que aporta por parte de los enfermos pasa de un extremo a otro: “...nosotros, 'los de aquí arriba' [...]”.

No olvidemos que la contribución de literatos en la historia de la medicina es

inmensa y valiosa y que es posible aproximar esos personajes con patologías o enfermedades a futuros profesionales de la salud cuya aportación sin duda será una experiencia fructífera. Así se trató de poner en marcha esta iniciativa probada en el Máster de Geriátrica en Murcia y nueva en España, aunque habitual en universidades estadounidenses.

Para terminar, cabe decir que fraguar esta relación o correspondencia entre literatura y geriatría es necesario porque si son disciplinas diferentes, no son antagónicas, y relacionar ámbitos distintos no significa pérdida de especificidad. Contribuir, por tanto, desde espacios diferentes y establecer el contacto entre disciplinas distintas es necesario para comprender los puntos de conexión y también los componentes externos e internos que actúan y determinan nuestra visión del envejecimiento y, en definitiva, de la vida. La labor interdisciplinar es hacedera y valiosa y la lectura de obras literarias bien focalizada con los signos del envejecimiento (edad, sexo, género, menopausia...) consigue su nivel de concreción en el propio contexto, que además es definible. El acercamiento al lenguaje que se pretende ofrece representaciones de la vejez, con sus caracteres y roles, con los temperamentos y su distintivo, tomados y situados en su tejido argumental e intelectual, más allá del género. En la obra literaria intervienen todos los factores (físicos, biológicos, socioculturales, económicos y

psicológicos) que han de tenerse en cuenta. La necesidad de formación advertida por el doctor Avilés tiene como fin suministrar una línea humanística y holística a futuros profesionales de la salud, una línea que siendo adicional a la práctica médica es importante, porque la especialización seguirá existiendo y es necesaria, naturalmente. Pero en este universo global, integrado en un todo por cosas diversas, donde todo está interrelacionado e interconectado, la especialización ya resulta insuficiente. La medicina se ejerce dentro del marco económico, legal y oficial y es necesario conocer y revelar en el ámbito educativo cómo interactúan los elementos inmediatos del entrono (rural-urbano) o cómo, ya sean estos físicos, biológicos, socioculturales y psicológicos, influyen en tanto que están insertos en los sistemas de salud y en el lenguaje, con las políticas sanitarias estatales, regionales y locales, con las políticas pedagógicas y la investigación en todas las áreas. Como

ratifica el profesor y académico José Manuel Sánchez Ron, "Adentrarse en la interdisciplinariedad no es un ejercicio académico, es un deber moral".

Parece que somos conscientes de lo que supone la revolución tecnológica, pero reflexionemos además sobre lo que supone una revolución demográfica en este mundo global e interconectado en el que vivimos. Sería un error no corresponder a la relación existente entre literatura y gerontología, porque la literatura es un universo abierto y accesible que humaniza el lenguaje.

La lengua especializada de la medicina no es una jerga, está inserta en la lengua común y conjuntamente, en su interacción, favorece la relación entre la práctica médica y el paciente. Con todos los determinantes que entran en juego se fundará también un nivel de comprensión mayor del paradigma real del envejecimiento activo procurado entre generaciones distintas. Un alto desafío que nos implica a todos y está aquí.

Bibliografía

- Carrol, L. (2000). *Alicia en el País de las Maravillas. A través del espejo. La caza del Snark*. Editorial Óptima. Prólogo y traducción de Luis Maristany. Ilustraciones John Tenniel. 1.ª edición.
- Huxley, A. (1964). *Literatura y ciencia*. Traducción de Rubén Masera. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Iniesta López, I. (2014). *La enfermedad en la literatura de Dostoievski* (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- Jaspers, K. (2001). *Genio artístico y locura. Strindberg y Van Gogh*. Barcelona: El Acantilado.
- Lerat, P. (1997). *Las lenguas especializadas*. Barcelona: Ariel.
- Mann, T. (2000). *La montaña mágica*. Barcelona: Edhasa.

- Nagel, T. (2014). *La mente y el cosmos*. Traducción y prólogo de Francisco Rodríguez Valls. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oleza, J. (1998). La génesis del realismo español y la novela de tesis. En Víctor García de la Concha y Leonardo Romero Tobar (coord.), *Historia de la literatura española*, vol. 9, siglo XIX. Madrid: Espasa Calpe.
- Pérez Galdós, B. (2001). *El abuelo*. Biblioteca Pérez Galdós. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Ramón y Cajal, S. (2014). *Reglas y consejos sobre investigación científica. Los tónicos de la voluntad*. Prólogo de Severo Ochoa. Barcelona: Austral.
- Sánchez Ron, J. M. (2011). *La nueva Ilustración*. Ciencia, tecnología y humanidades en un mundo interdisciplinar. Premio Internacional de Ensayo Jovellanos. Oviedo, España: Ediciones Nobel.
- Todorov, T. (s.f.). *El espíritu de la Ilustración*. Traducción de Noemí Sobregués. Círculo de Lectores. Galaxia Gutenberg.
- Zarebski, G. (2016). *La vejez ¿es una caída? Para no caer en la vejez*. Murcia: Diego Marín Editores.

Consultado en la web

- Collado Vázquez, S., Cano de la Cuerda, R., Jiménez Antona, C. y Muñoz Hellín, E. (2012). Deficiencia, discapacidad, neurología y literatura. *Neurología*, 55(03), 167-176. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5503/bi030167.pdf>

Estudios citados en el estudio citado, relativos a Galdós (36-38)

- Morales, B., Maestre, J. F. y García, P. J. (1991). First description of myasthenia gravis in Spain. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 54, 846.
- Casado-Naranjo, I. (1996). Galdós y el primer caso de narcolepsia descrito en España. *Rev Neurol*, 24, 1558-1560.
- Álvaro, L. C. y Martín del Burgo, A. (2007). Trastornos neurológicos en la obra narrativa de Benito Pérez Galdós. *Neurología*, 22, 292-300.
- Ontañón, P. (2005). La locura en los personajes galdosianos. Recuperado de <http://mdc.ulpgc.es/cdm/ref/collection/galdosianos/id/1071>
- Gómez de Enterría, J. (2010). El español en contextos específicos: enseñanza e investigación. "El lugar que ocupan las lenguas de especialidad en la enseñanza y aprendizaje del español como lengua extranjera". Universidad de Alcalá.
- Baños, J. E. (2003). *El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de medicina*. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Este artículo se publica de forma simultánea en *Panace@*, Boletín de Medicina y Traducción 2003, 12, <http://www.medtrad.org/pana-htm>
- Artículo de David Robson *BBC Future*, 5 abril 2015. Publicado en *El Mundo*. http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/04/150323_vert_fut_alicia_cerebro_sem_yv

ICOPE

Integrated Care for Older People

1 As people grow older, their health needs are likely to become *more complex and chronic*.



ICOPE

Intervening at an early stage of declining capacity is essential because the process of becoming care dependent can be prevented or delayed.

2

3 ICOPE addresses priority conditions associated with declines in capacities:



4

The ICOPE App and handbook assist health and social care workers to:

- Screen older people at risk of care dependency in the community
- Undertake a person-centred assessment of older people's health and social care needs in primary care
- Design a personalized care plan



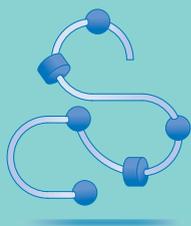
5 ICOPE is a *community-based approach* towards person-centred health and social care to *optimize the functional ability of older people*



World Health Organization

For more information:

<https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>



Lixben

Donepezilo clorhidrato



en ALZHEIMER
Protagoniza tus recuerdos

Protalón®

Hidrocloruro de Memantina

