



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**REDUCIENDO LA SOLEDAD:
TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES PARA ADULTOS MAYORES
DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA**

Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la bachiller:

MARIANA DE LA PUENTE CUNLIFFE

MG. ALEX DÁVILA DÁVILA

Asesor

Lima, 2017





Dedicado a Luna

Agradecimientos

Primeramente quiero agradecer a Gabriella y Adriana de CARDEA por ayudarme a desarrollar y llevar a la realidad todo esto. También a sus hermosos perros, Dylan y Simba, porque a fin y al cabo, ellos son el corazón del trabajo. Asimismo, a Jose Carlos y su perro Foshito por su gran aporte en algunas de las sesiones.

Al Hospital Militar Geriátrico (HMG) por permitir que se realice este trabajo experimental y por brindarme todas las facilidades para llevarlo a cabo. Desde el primer momento se mostraron interesados y emocionados con una iniciativa distinta que pudiera mejorar la calidad de vida de sus residentes.

A todos los adultos mayores que quisieron participar y que también me enseñaron mucho durante el tiempo que estuve en el HMG.

A mi asesor Alex Dávila por guiarme y siempre animarme a hacer el trabajo que yo quería. Por siempre apoyarme en la investigación y solucionar todos los problemas que iban apareciendo.

Por último, a mi mamá por leer y releer todo mi trabajo una y otra vez.



Resumen

Los sentimientos de soledad son un problema común en adultos mayores que viven en residencias geriátricas y diversos estudios han encontrado los efectos negativos que generan en su salud. También, se ha encontrado que la Terapia Asistida con Animales (TAA) puede reducir dichos sentimientos. Esta tesis se propone ver la relación causal de la TAA en la disminución de los sentimientos de soledad. Se usó un diseño experimental que consistió de 1 medida pre-test y dos medidas post-test. Participaron 5 adultos mayores (4 mujeres, 1 hombre), con deterioro cognitivo leve, entre las edades de 70 y 92 años ($M=82,80$, $DE=8,35$), quienes fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental, la cual consistió en participar en un programa de TTA o a la condición control, consistente en un programa equivalente al de la condición experimental, pero sin el uso de animales. Se aplicó la escala de soledad de UCLA previo al inicio de la intervención y luego dos veces más: una al finalizar la intervención y la última, seis semanas después. Se hizo una comparación de medias usando la prueba t de Student, y se encontraron diferencias significativas en la condición experimental al comparar la medida pre-test ($M=20$, $DE=2,64$) con la primera medida post-test ($M=16.67$, $DE=2.40$) ($t(2) = 10$, $p < 0.05$). Se concluye que el uso de la TAA podría contribuir a disminuir los sentimientos de soledad en adultos mayores.

Palabras clave: *Terapia Asistida con Animales (TAA), sentimientos de soledad, adulto mayor, deterioro cognitivo leve (DCL), Escala UCLA de soledad*

Abstract

Loneliness is a common problem in the elderly population that lives in Long Term Care Facilities and several studies have found the damaging effect it has on their health. Other studies have also found that Animal Assisted Therapy (ATT) can reduce feelings of loneliness. This thesis aims to study the causal relationship between AAT and the decrease of loneliness. An experimental design was used, consisting of one pre-test and two post-test measurements. Five elderly residents (1 male, 4 female), between the ages of 70 and 92 ($M=82,80$, $SE=8,35$) living in a Long Term Care Facility, were randomly assigned to either the experimental (participating in AAT) or control group (participating in similar sessions without the animals). The UCLA loneliness was applied before starting the control and experimental sessions, immediately after finishing with the last sessions, again six weeks after that. A t-test was used to compare the means and results indicate that there is a decrease in loneliness in the experimental participants when comparing the pre-test ($M=20$, $DE=2,64$) and first post-test ($M=16.67$, $DE=2.40$) ($t(2) = 10$, $p < 0.05$).

Key Words: *Animal Assisted Therapy, Elderly, Loneliness, Mild Cognitive Impairment (MCI), UCLA loneliness scale*

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	11
Participantes	12
Medición	12
Diseño	12
Análisis de datos	14
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	16
REFERENCIAS.....	22
APÉNDICES.....	25
A. Consentimiento informado para participantes	25
B. Consentimiento informado para familiares	27
C. Ficha de datos sociodemográfica	29
D. Escala de soledad de UCLA	31



Las estadísticas muestran que la población de adultos mayores, conformada por personas mayores de 60 años, se encuentra en ascenso mundialmente. En el Perú, en los últimos 15 años, se ha dado un incremento del 150% en la población de adultos mayores. Actualmente, ellos representan el 11% de la población total del país, es decir, más de tres millones de individuos (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2016). Al mismo tiempo, cada vez se llevan a cabo más investigaciones que presentan evidencias sobre el impacto de los factores psicosociales en la probabilidad de vivir un envejecimiento sano. En estas investigaciones, se ha encontrado que las redes de soporte social son importantes para mantener vínculos afectivos (Guzmán y Huenchuan, 2003; Leland, 2012). Si bien, en países en desarrollo, la gran mayoría de los adultos mayores dependen de los familiares para su supervivencia cotidiana, las redes de soporte social son importantes para mantener vínculos afectivos, conservar información sobre la comunidad, y mantener cierta calidad de vida y actividad.

No es inusual que en la vejez se experimente un deterioro tanto económico, como de salud física y/o mental, y a la vez también se observe un deterioro de redes sociales, lo cual se da a través de la pérdida de pareja, amigos y/o familiares (Guzmán y Huenchuan, 2003). Esto pone la salud, tanto física como mental, de los adultos mayores en riesgo. Asimismo, estos riesgos se ven incrementados en aquellos adultos mayores que viven en residencias geriátricas (Banks, Willoughby y Banks, 2007), ya que estos son más propensos a experimentar sentimientos de soledad (Banks y Banks, 2002). A pesar de vivir en un establecimiento que les ofrece contacto social con personas de la misma edad, esto no los protege contra la soledad (Adams, Sanders y Auth, 2004). Esto resulta preocupante, ya que se ha demostrado que los sentimientos de soledad tienen un fuerte impacto negativo en la salud de las personas, y aún más en adultos mayores. Distintos estudios han encontrado que los sentimientos de soledad pueden llevar a una mayor probabilidad de depresión, problemas de salud mental y física, y también a un aumento del riesgo de suicidio (Cacioppo, Waitem Hawkey y Thisted, 2006; Coyle y Dugan, 2012; Gimenez, 2016; Leland, 2012; Singh y Misra 2009). Al mismo tiempo, otras investigaciones señalan que existe una relación entre dichos sentimientos y una disminución de la capacidad de realizar actividades cotidianas que lleva a una pérdida de funcionalidad en el adulto mayor; esto genera que requieran de asistencia constante en la forma de un cuidador o internamiento en una residencia geriátrica (Leland, 2012; Perissnotto, Stijacic y Covinsky, 2012).

Por todo lo mencionado, es importante intentar buscar una forma de reducir los sentimientos de soledad para así proteger a los adultos mayores de las consecuencias

negativas nombradas arriba. Se ha encontrado que la Terapia Asistida con Animales puede ayudar a disminuir estos sentimientos, además de brindar mejoras en distintos ámbitos de la vida del adulto mayor (Banks y Banks, 2002; Banks y Banks, 2005; Banks *et al.*, 2007). Estas mejoras se manifiestan en el aspecto físico, a través de la reducción de presión arterial, del ritmo cardíaco y de lípidos en la sangre (cuando estos niveles están más altos de lo debido en el paciente); en el mental, se disminuye la ansiedad, la depresión y el estrés, y se mejora el estado de ánimo; y en el social, se facilita la interacción con otros seres humanos (Erazo, 2012; Kazdin, 2011; Le Roux y Kemp, 2009; Richeson, 2003). La relevancia de este trabajo también se debe a que, en Perú, aún no se ha investigado los efectos beneficiosos de la Terapia Asistida con Animales en adultos mayores, a pesar de que este tipo de terapia ya ha comenzado a desarrollarse en el país.

De esta forma, la presente tesis busca estudiar el efecto que produce la Terapia Asistida con Animales en el nivel de sentimientos de soledad que experimentan los adultos mayores de la residencia geriátrica del Hospital Militar Geriátrico. Por todo lo señalado anteriormente, se espera que los sentimientos de soledad disminuyan después de la intervención. Estos se han medido en tres instancias utilizando la escala de soledad de UCLA. La primera medida fue tomada antes de la intervención; la segunda medida, al finalizar dicha intervención; y la última medida fue tomada seis semanas después para verificar si los efectos se mantienen en el tiempo.

La Terapia Asistida con Animales (TAA) se puede definir como el proceso en el cual se incluye animales en el trabajo terapéutico, como coterapeutas que interactúan con las personas para conseguir distintos objetivos pautados (Parish, 2013). El trabajo es conjunto, con especialistas de salud como psicólogos o terapeutas ocupacionales. La terapia busca promover mejorías en el desarrollo físico, emocional y cognitivo de un individuo (Erazo, 2012). Así, la TAA parte de la premisa de que las personas y los animales pueden formar un vínculo emocional que permite generar un efecto curativo en distintos ámbitos (Ristol y Elizalde, 2012).

Por otro lado, los sentimientos de soledad se pueden definir como la sensación desagradable de estar vacío o desolado (Leland, 2012). Pinguart y Sorenson (2003) definen la soledad como una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las relaciones existentes. No necesariamente debe haber un aislamiento social para que un individuo experimente estos sentimientos; muchas veces solo hay una percepción de aislamiento y esto es más que suficiente para causar la soledad (Pinguart y Sorenson, 2003, citado en Luo, Hawkey, Cacioppo, Waite, 2012). La soledad, a diferencia de una enfermedad como la

depresión o la demencia, es esencialmente una percepción subjetiva. En otras palabras, quien se percibe a sí mismo como solitario, desestimando observaciones objetivas u opiniones de terceros, es, en efecto, solitario (Banks, *et al.*, 2007).

En cuanto a los inicios de la TAA, es evidente, a través de la historia, que los animales han cumplido un rol importante en la vida de los seres humanos, pues han brindado alimento, vestimenta, protección, transporte, entre otras necesidades. En tiempos más modernos, estas necesidades no requieren de los animales para ser satisfechas, pero la presencia de estos en la vida del hombre se ha mantenido firme por la compañía o el placer mismo que brindan como mascotas (Pedigree, 2016). Los animales también han representado una presencia histórica en el ámbito de la salud, y es en este contexto en el cual se trazan los inicios de la TAA. No existe un consenso exacto acerca de cuándo o dónde comenzó; sin embargo, algunos autores la remontan a la antigua Grecia, donde doctores utilizaban caballos para tratar y relajar a pacientes que padecían diversas enfermedades (Erazo, 2012). Por otro lado, también se considera a John Locke, reconocido filósofo y físico, como un precursor, ya que fue la primera figura en afirmar que la relación con animales cumplía una función socializadora, y es después de esto que comienzan a surgir las primeras teorías acerca del efecto de los animales de compañía en personas con trastornos mentales (Discan, 2012). Otros autores consideran a la enfermera Florence Nightingale como la precursora por sus observaciones acerca de cómo los animales podían calmar la ansiedad de los pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas y ayudar a otros pacientes a recuperarse (Ernst, 2014). Posteriormente, en 1897, en la institución Bethel Bielefeld, Alemania, se llevó a cabo un programa donde los animales intervenían en el tratamiento de pacientes con epilepsia. En el ámbito psicoterapéutico, se descubrió que Freud incluía a su perro, Jofi, durante algunas de sus sesiones. Este facilitaba que los pacientes se sientan más cómodos y fomentaba su apertura con él (Discan, 2012; Ernst, 2014). No obstante, Boris Levinson fue el primero en demostrar los efectos beneficiosos que brinda un animal dentro del proceso psicoterapéutico y encontró que sus pacientes introvertidos lograban desinhibirse con la presencia de su perro. Estos encuentros fueron similares a los de Freud; sin embargo, Levinson los publicó en su libro *Psicoterapia Infantil Asistida con Animales* y diversos autores lo consideran como el creador de la TAA (Coren, 2013; Erazo 2012; Ernst, 2014; Parish, 2013). Siguiendo la línea de Freud y Levinson, los psicólogos Beck y Katcher (2003) fueron los que validaron los cambios fisiológicos producidos por la interacción de un paciente con un perro. Ellos encontraron que la respiración se regulaba, los músculos se relajaban y el ritmo cardiaco se

desaceleraba, lo cual indicaba una reducción de la actividad del sistema nervioso simpático; en otras palabras, indicaba una reducción de los niveles de estrés (Coren, 2013, Erazo 2012).

En primer lugar, se debe aclarar qué distingue a un perro de terapia de uno que no lo es. El perro de terapia es uno especialmente seleccionado, socializado, educado y entrenado para formar parte de una intervención educativa o terapéutica (Discan, 2012). Así, es más que una herramienta: es un coterapeuta o compañero de trabajo. El vínculo que un profesional desarrolla con su perro de terapia es de fundamental importancia para poder llevar a cabo una labor efectiva. Una persona que trabaja con un perro de terapia conoce y confía en totalidad en el perro y su capacidad para estar en situaciones estresantes sin tener una reacción negativa (Discan, 2012). No hay que confundir al perro de terapia con el más conocido perro de asistencia. Los perros de asistencia son aquellos que son entrenados para ser entregados a personas con distintas discapacidades o enfermedades para que tengan un mayor grado de autonomía personal, como los perros guía para ciegos o perros de alerta para personas con diabetes (Discan 2012; Erazo, 2012). En cambio, el perro de terapia trabaja con un profesional de la salud o de la educación.

Se suele confundir el simple hecho de brindar un espacio para una interacción con un animal con una Terapia Asistida con Animales; sin embargo, este no es el caso. Cuando se lleva a cabo una actividad lúdica sin una duración definida, de carácter más espontáneo, se está realizando una Actividad Asistida con Animales (AAA). A pesar de que estas puedan brindar beneficios terapéuticos, las AAA no se ajustan a criterios científicos, por lo que no son evaluadas (Discan, 2012; Perkins, Bartlett, Travers y Rand, 2008). Un ejemplo de una AAA sería llevar perros a un hospital para visitar a los pacientes. Por otro lado, el término Intervenciones Asistidas con Animales (IAA) engloba dos tipos distintos de labores más formales que se pueden hacer con la asistencia de un animal de terapia: la Terapia Asistida con Animales (TAA) y la Educación Asistida con Animales (EAA) (Ristol y Elizalde, 2012). Una TAA es un programa terapéutico que requiere establecer objetivos específicos planteados para cada sesión. Los objetivos se planean en conjunto con un profesional de la salud de acuerdo a las necesidades del paciente o usuario. Así, el trabajo se da con la ayuda del animal de terapia para conseguir dichos objetivos durante una cantidad específica de sesiones (Perkins *et al.*, 2008). Sin embargo, la TAA se considera como una terapia complementaria, debido a que los animales refuerzan la labor de los especialistas apoyando en los tratamientos médicos o psiquiátricos tradicionales (Mavel, 2014). Por ejemplo, se puede realizar una TAA para un niño con un trastorno del espectro autista en la que se busque incrementar el contacto visual con otras personas. De modo similar, la EAA es un programa

educativo que se da en conjunto con un profesional de la educación. La EAA también presenta objetivos específicos que deben ser evaluados por el profesional que los planteó (Discan, 2012). Por ejemplo, se puede llevar perros a un aula escolar para reforzar el aprendizaje de las partes del cuerpo nombrando las del animal. No obstante, el presente trabajo se centra en la TAA, por lo que no se indagará más en la EAA ni en las AAA.

Como ya se mencionó, la Terapia Asistida con Animales se utiliza para lograr ciertos objetivos terapéuticos debido a los numerosos beneficios que puede aportar al bienestar psicofísico de las personas. A partir de la interacción con los animales de terapia, se han reportado diversas mejorías en distintas áreas, tanto psicológicas y sociales, como físicas (Erazo, 2012; Kazdin, 2011; Richeson, 2003). En el área física, como ya se mencionó anteriormente, diversos estudios han encontrado que la interacción con los animales puede disminuir la presión y el ritmo cardiaco cuando están elevados (Coren, 2013; Erazo, 2012; Zaremba, 2006). Se demostró, en un estudio, que el tener un animal de mascota aumentaba considerablemente la probabilidad de supervivencia en pacientes que habían sufrido un infarto cardiaco. Esto se logró debido a que la presencia del animal ayudó a reducir la reacción del sistema nervioso simpático, y sus efectos sobre la elevación de la tensión arterial y los niveles de azúcar y lípidos en la sangre (Erazo, 2012). A la misma vez, pueden lograrse mejoras en el área sensorio-motora, la postura, el equilibrio, la coordinación y la potenciación muscular, y también se puede estimular el sistema circulatorio y respiratorio (Discan, 2012). Por último, Zaremba (2006) realizó una investigación que encontró que la TAA podía disminuir el tiempo de internamiento de pacientes hospitalizados.

En el ámbito psicológico, se ha encontrado que se pueden tratar distintos trastornos como la depresión, la esquizofrenia, las adicciones o el Alzheimer con la TAA (Kamiokaa *et al.*, 2014; Mavel, 2014). Así, esta también ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, y mejora el estado de ánimo, autocontrol, la confianza y autoconfianza, autoestima y la seguridad (Howell-Forbes y Marxen, 2014; Le Roux y Kemp, 2009). Asimismo, una de las grandes áreas de aplicaciones de la TAA es con niños con un trastorno del espectro autista (Discan, 2012).

Uno de los motivos por los cuales los animales de terapia generan mejoras en tantas áreas distintas es porque uno de los beneficios principales que proveen es un incremento en la motivación. El animal se considera un estímulo multisensorial, ya que, por su propia naturaleza, contiene los elementos del movimiento, sonido, olor, textura, calor y una sensación física táctil que automáticamente despiertan todos los sentidos de una persona (Parish, 2013). Al ser un estímulo vivo y fuera de lo común, genera un interés por participar y

adherirse a los diversos tratamientos de las personas (Discan, 2012; Perkins *et al.*, 2008). Siguiendo la misma línea, también se ha encontrado un incremento de iniciativa para participar en distintas actividades con acciones más espontáneas (Grubbs, Artese, Schmitt, Cormier, y Pantón, 2016).

En el ámbito social, se ha señalado que el acariciar a un animal y exteriorizar el afecto que se siente por él influye en la capacidad y deseo de interacción con otras personas e incrementa las conductas sociales. Al mismo tiempo, en las residencias geriátricas, la TAA proporciona un espacio lúdico para que se puedan dar más interacciones sociales entre los residentes (Bernstein, Friedmann y Malaspina, 2000; Le Roux y Kemp, 2009). Además, se ha visto un incremento de la responsabilidad y la empatía, lo cual puede mejorar interacciones sociales con padres, profesores y pares (Howell-Forbes y Marxen, 2014).

Así, el foco de esta investigación parte del hecho de que diversos estudios han encontrado que las TAA pueden disminuir los sentimientos de soledad, especialmente en el caso de adultos mayores en residencias geriátricas (Banks y Banks, 2002; Banks y Banks, 2005; Banks *et al.*, 2007; Huff-Mercer, 2015; Perkins *et al.*, 2008). Banks y Banks (2002; 2005; 2007) han investigado este tema en distintos estudios, y encontraron en todos que la TAA produce un efecto beneficioso para los adultos mayores porque reduce los sentimientos de soledad, fomenta conductas pro-sociales y disminuye el aislamiento.

Los sentimientos de soledad son una aflicción muy común que puede generar efectos graves en la salud mental de las personas; por ello, se consideran un problema serio para la salud pública (Adams, *et al.*, 2004; Luo, *et al.*, 2012). Se ha encontrado que la soledad ha aumentado marcadamente en los últimos años; un estudio señala que entre el 20-40% de personas que residen en países occidentales reportan sentirse solos (Hawkley y Cacioppo, 2010). Asimismo, estos sentimientos son más comunes en adultos mayores (Le Roux y Kemp, 2009; Perissnotto, *et al.*, 2012). Cardona *et al.* (2013) han asociado la soledad con la edad, encontrando que, mientras mayor sea la persona, mayor será el nivel de soledad que este experimente. También, se ha encontrado que la pérdida de relaciones importantes puede resultar en sentimientos de soledad o depresión. Esto se ve en el adulto mayor por la muerte de compañeros, la jubilación, y las limitaciones físicas que dificultan el contacto con familiares y amigos. Encontraron, finalmente, que las personas mayores de 80 años son las más propensas a sentirse solas (Cardona *et al.*, 2013; Singh y Misra, 2009).

No hay una definición oficial para la soledad debido a que se trata de una percepción subjetiva; sin embargo, todas las definiciones comparten los mismos tres componentes (Whitehouse, 2013). El primer componente es que la soledad aparece cuando se da algún tipo

de carencia en las relaciones sociales. Esto no significa que exista una cantidad específica de relaciones que una persona debe entablar para no sentirse sola; se refiere más a la calidad de las relaciones que uno tiene. Una persona que vive rodeada de familiares puede sentirse más sola que una que vive sola (Cardona et al, 2013). El ser humano es un ser social por naturaleza, por ello, tiene la necesidad de establecer vínculos y relaciones sociales afectivas con otras personas, motivo por el cual un déficit en esta área genera un enorme malestar. El segundo componente indica que los sentimientos de soledad no son equivalentes al aislamiento social. Recientemente, la soledad se está considerando como un factor de riesgo separado y distinto al aislamiento y a la depresión para así estudiar sus efectos de manera independiente. Por último, el tercer componente describe que la soledad es una experiencia subjetiva desagradable que genera angustia, una sensación de aislamiento, de no pertenecer o de falta de compañía (Perissnotto, *et al.*, 2012). Cualquier persona que se haya sentido sola en algún momento puede afirmar que no fue una experiencia placentera, sino que causó sufrimiento y malestar. De esta forma, se señala que la soledad es uno de los males más silenciosos y difíciles de detectar (Diez y Morenos, 2015). Esto es especialmente preocupante debido a las graves consecuencias que implica en la salud.

En cuanto a los efectos en la salud física, se ha reportado que la soledad puede generar trastornos del sueño, un aumento de la presión arterial o alterar el sistema inmunológico (Gimenez, 2016). A la misma vez, está asociada a un incremento de la resistencia vascular y de la actividad adrenocortical del hipotálamo (Luo *et al.*, 2012).

Además, se señala que hay una disminución en las habilidades sociales, lo cual se refleja en encuentros con mayor cinismo, desconfianza interpersonal y la expectativa de ser rechazado durante encuentros sociales (Catuña, 2015). También, se ha encontrado que experimentar sentimientos de soledad es el factor de riesgo principal que lleva a la depresión y a un mayor riesgo de suicidio (Adams *et al.*, 2004; Mushtaq, Shoib, Shah y Mushtaq, 2014; Singh y Misra, 2009). Siguiendo la misma línea, una investigación encontró que, en personas mayores, la depresión está asociada exclusivamente a la muerte cuando también hay sentimientos de soledad presentes (Singh y Misra, 2009). Todo esto evidencia que es muy común que una depresión aparezca cuando la soledad está presente (Adams *et al.*, 2004). En muchos casos, los síntomas de la soledad se confunden y camuflan detrás de la sintomatología depresiva. La falta de motivación, aislamiento y tristeza se identifican rápidamente como sintomatología depresiva y muchas veces se asigna este diagnóstico de manera errónea. Esto se debe a que los mismos síntomas corresponden a los de los

sentimientos de soledad. Es necesario comenzar a discriminar de manera más precisa en qué casos se trata de un problema de soledad y en cuáles se trata de una depresión.

Se ha encontrado también que en los adultos mayores se produce una pérdida de funcionalidad, lo que implica una disminución en las capacidades para realizar las actividades de la vida cotidiana (Leland, 2012; Perissnotto *et al.*, 2012). Se encontró que aumentaron las dificultades para vestirse, bañarse, comer, moverse y para ir al baño de manera independiente. También, se encontró una mayor dificultad para realizar actividades con las extremidades superiores, tales como cargar o empujar objetos grandes o pesados, o extender sus brazos por encima de los hombros. A la vez, se presenta una disminución de la distancia que pueden recorrer al andar. Por último, también se encontró un incremento en la dificultad para subir escaleras y esto disminuye el número de escalones que pueden subir (Perissnotto *et al.*, 2012). Esto podría estar relacionado con el hecho de que el deterioro cognitivo global se genera de manera más rápida cuando los sentimientos de soledad están presentes (Mushtaq *et al.*, 2014).

La soledad está determinada por dos variantes: en primer lugar, la externa, que refiere a una falta de soporte social y de conexiones; en segundo lugar, la interna, que se determina por factores de personalidad, como ser más tímido o tener habilidades sociales poco desarrolladas (Singh y Misra, 2009). A su vez, Catuña (2015) señala que hay ciertos factores de riesgo que llevan a las personas a ser más propensas a experimentar sentimientos de soledad: ser mujer, ser viudo, vivir solo, problemas de salud, recursos materiales escasos, redes sociales limitadas, mala calidad de matrimonio, falta de participación en organizaciones voluntarias y síntomas de deterioro de la salud física.

Como ya se mencionó anteriormente, no hay una definición universal de lo que es la soledad. Se han identificado diversos tipos de soledad, medidos a través de distintas pruebas. Rubio, Pinel y Rubio (2011) los clasificaron de la siguiente manera. El primer tipo de soledad que encontraron se definió como soledad familiar, la que hace referencia al vínculo actual que se ha establecido con la familia. Esta constituye una gran fuente de apoyo para los adultos mayores, pues les brinda un espacio para sentirse útiles. Siguiendo la misma línea, se propuso la existencia de la soledad conyugal, la cual se refiere al vínculo actual con la pareja afectiva. Por otro lado, otro tipo de soledad que se ha identificado se denomina crisis de adaptación. Esta alude a cómo el adulto mayor se enfrenta a situaciones nuevas, difíciles o estresantes debido a los cambios que implica esta nueva etapa de sus vidas. La manera en que reaccionan a la jubilación, a los cambios físicos, cambios en la salud o muertes de amigos y seres queridos, entre otros cambios típicos a esta etapa, dependerá de sus estilos de

afrontamiento y personalidad. El último tipo de soledad, que se considera central, es la soledad social. Esta abarca el contacto que uno tiene con otras personas, ya que este contacto humano genera diversos beneficios. Entre estos, se encuentran los que permiten sentirse importante y parte de una sociedad, compartir ideas, y ser escuchado. Esto va de la mano con las necesidades sociales básicas de los seres humanos, que son las de pertenencia, integración e identificación con un grupo (Catuña, 2015; Rubio *et al.*, 2011). La soledad social es un fenómeno que está siendo estudiado con mayor profundidad en la actualidad y es muy relevante debido a que este tipo de soledad puede ser tratada siguiendo las técnicas de intervención que ya han sido desarrolladas, por profesionales de la salud, para aliviar sentimientos de soledad en general. Los cuatro tipos de intervenciones principales para tratar la soledad son desarrollar habilidades sociales, brindar apoyo social, crear oportunidades para la interacción social y reconocer patrones sociales mal adaptativos (Mushtaq *et al.*, 2014).

Como ya se mencionó anteriormente, otra forma de aliviar la soledad es la Terapia Asistida con Animales. Banks *et al.* (2002; 2007) han investigado el tema en diversos estudios, y encontraron, en todos los casos, que la Terapia Asistida con Animales logra disminuir los sentimientos de soledad. En la investigación del año 2002, el objetivo era comprobar que efectivamente la Terapia Asistida con Animales podía reducir la soledad en adultos mayores que viven en residencias geriátricas. Se utilizaron tres grupos: el primero recibía la terapia una vez por semana; el segundo, tres veces por semana; y el tercero era el grupo control y no recibía ninguna terapia. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de soledad de los grupos que recibieron la terapia en contraste con el grupo control. Se hallaron menores niveles en el primer grupo, mientras que no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que recibía la Terapia Asistida con Animales tres veces por semana y el que solo la recibía una vez por semana. Se concluyó que la frecuencia de la terapia no influyó en los resultados, sino que la Terapia Asistida con Animales en sí misma era lo que reducía los sentimientos de soledad.

En el 2007, Banks *et al.* volvieron a estudiar sobre la disminución de los sentimientos de soledad en residencias geriátricas utilizando TAA. Esta vez buscaron observar si esta reducción se debe al apego que se puede desarrollar con el animal. Nuevamente, encontraron que efectivamente hay una reducción de dichos sentimientos, pero sus resultados no son significativos para afirmar que esto se debe al apego. Por otro lado, Huff-Mercer (2015) ha encontrado que los animales pueden actuar como un desencadenante para estimular recuerdos de mascotas pasadas y ayudarlos a reconectar con otras personas. El animal se convierte en un nuevo tema de conversación y, al mismo tiempo, reaviva sentimientos de alegría. Esto

mismo también se evidenció en la investigación de Banks y Banks (2002), ya que los residentes, de manera espontánea, compartían numerosos recuerdos agradables que habían tenido con sus mascotas (Elliot, 2015). A la misma vez, el animal de terapia puede ayudar a adultos mayores más desorientados o que sufren de olvidos; muchas veces, aquellos suelen evitar las interacciones sociales por miedo o vergüenza a que se evidencien dichos problemas. Entonces, los animales sirven como oyentes que no los juzgan, a los cuales les pueden repetir la misma historia un sinnúmero de veces sin que tengan una reacción negativa o de aburrimiento.

Asimismo, los animales también permiten un contacto físico reconfortante que no pueden recibir de otras personas en contextos hospitalarios o en residencias geriátricas. El tacto es una necesidad básica de los seres humanos a la cual los residentes no pueden acceder fácilmente. Por otro lado, se ha encontrado que, cuando los adultos mayores ingresan a una residencia geriátrica, sienten que sus vidas han sido irrumpidas, y se observan efectos negativos en su salud y la prevalencia de sentimientos de soledad. Prosser (2008, en Huff-Mercer, 2015) encontró que esta estimulación táctil permite romper con conductas repetidas de aislamiento y disminuir la soledad. A la misma vez, la introducción de los animales altera el ambiente al aumentar la motivación y la participación de los residentes en actividades de los establecimientos, con lo que se generan más conductas pro-sociales, y se fomenta la interacción y cercanía entre los mismos adultos mayores. Por otro lado, Huff-Mercer (2015) también encontró que los resultados se observaron de manera rápida (a las cuatro semanas) y que su investigación podría haberse acortado debido a que los resultados se volvieron repetitivos después de un mes y las evidencias de la disminución de los sentimientos de soledad eran evidentes.

Por consiguiente, la presente tesis busca estudiar el efecto de la Terapia Asistida con Animales en el nivel de sentimientos de soledad que experimentan los adultos mayores de la residencia geriátrica del Hospital Militar Geriátrico. Por todo lo señalado anteriormente, se espera que los sentimientos de soledad disminuyan después de la intervención. Estos se han medido en tres instancias utilizando la escala de soledad de UCLA. La primera medida fue tomada antes de la intervención; la segunda medida, al finalizar dicha intervención; y la última medida, seis semanas después para verificar si los efectos se mantienen en el tiempo.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 5 participantes (4 mujeres, 1 hombre) entre las edades de 70 y 92 ($M=82,80$, $DE=8,35$). Todos los participantes viven en la Residencia Geriátrica del Hospital Militar Geriátrico y presentan deterioro cognitivo leve. Se revisaron las historias clínicas para determinar el grado de deterioro existente, el cual fue medido con la prueba Minimental State Examination (MMSE) en los últimos seis meses. Las invitaciones se hicieron verbalmente en base al interés mostrado al indicarles que podría haber la posibilidad de participar en una actividad con perros. De esta forma, los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) tener 60 años de edad, o más; (2) vivir en la Residencia Geriátrica; y (3) tener, o haber tenido, interés por los animales. En cuanto a los criterios de exclusión, estos fueron (1) ser alérgico a los perros, (2) temerles a los perros, y (3) presentar un deterioro mayor al deterioro cognitivo leve. En todos los casos, la participación fue libre, voluntaria y con consentimiento informado de los participantes y también de los familiares (ambos consentimientos informados se encuentran los apéndices, p.31). Los residentes que mostraron un interés inicial fueron convocados posteriormente para participar en las sesiones experimentales o de control.

Medición

Para medir los sentimientos de soledad, se utilizó la versión validada de la escala de soledad de UCLA. Esta validación fue realizada por Velarde, Fragua-Gil y García de Cecilia en el 2016. Esta escala está incluida en los apéndices (p. 31). La escala original fue creada en 1978 por Russell, Peplau y Ferguson (1978), revisada en 1980 y nuevamente en 1996. Consta de tres dimensiones, las cuales son (1) percepción subjetiva de soledad, (2) apoyo familiar y (3) apoyo social, y dos factores, (1) la intimidad con otros y (2) la sociabilidad. Esta escala ha sido traducida al español y validada en distintas poblaciones. Asimismo, la versión que se usó para esta investigación fue aquella validada para la población de adulto mayor, adaptada en España por Velarde, Fragua-Gil y García de Cecilia (2016). Al realizar una extracción por componentes principales, se encontró que la escala presenta una estructura unidimensional que explica el 71.6% de la varianza. Mediante un análisis factorial exploratorio, se encontró un índice de KMO de 0,93, el cual es óptimo. A la misma vez, se encontró un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,95, que demuestra una elevada confiabilidad.

La escala consta de 10 preguntas que se puntúan entre 1 y 4 puntos, lo que permite un puntaje mínimo de 10 y máximo de 40. No hay puntos de cortes establecidos por los autores, pero se indica que puntajes mayores a 20 indican un grado severo de soledad, y puntuaciones entre 10-20, un grado moderado.

A pesar de no haber una adaptación de la escala al medio peruano, o latinoamericano, es pertinente utilizarla como instrumento, no solo por sus excelentes propiedades psicométricas, sino también porque la escala de UCLA, que ha sido el instrumento utilizado en la mayoría de investigaciones que buscan examinar los sentimientos de soledad (Adams *et al.*, 2004; Cacioppo *et al.*, 2006; Cardona *et al.*, 2013; Elliot, 2015; Luo *et al.*, 2012; Mushtaq *et al.*, 2014), y específicamente en todas las investigaciones vinculando la Terapia Asistida con Animales con la disminución de los sentimientos de soledad (Banks y Banks, 2002; Banks y Banks, 2005; Banks *et al.*, 2007).

Diseño de investigación

El diseño es experimental, ya que los participantes serán asignados aleatoriamente a su condición control o experimental. Se tomó una medida pre-test y dos post-test para estudiar el efecto causal de la Terapia Asistida con Animales (condición experimental de la variable independiente) en los sentimientos de soledad (variable dependiente). Para iniciar, se tomó la medida pre-test antes de comenzar con las intervenciones. La primera medida post-test se tomó para ver el efecto inmediato de la intervención, y la segunda medida, para ver si es que dicho efecto se mantiene sin la terapia. De este modo, se compararon los efectos en la condición experimental con los efectos en la condición control.

Procedimiento

En cuanto a la condición experimental, la Terapia Asistida con Animales se diseñó conjuntamente por dos expertas de Cardea, una empresa que brinda servicios de TAA, quienes trabajaron con sus perros de terapia, y por la investigadora. Se creó un plan de intervención que buscara fortalecer las habilidades sociales de los participantes, lo cual responde a las sugerencias de la bibliografía, mencionadas anteriormente, para el tratamiento de los sentimientos de soledad (Mushtaq *et al.*, 2014). En primer lugar, se aseguró con cumplir las consideraciones éticas al proporcionar consentimientos informados a los participantes y a sus familiares. La primera fase de la investigación consistió en tomar las medidas pre-test antes de comenzar con la intervención. Se aplicó la escala de soledad de UCLA de manera individual en sus habitaciones para obtener una medida inicial del nivel de

soledad experimentado por los participantes. Esa misma semana, se pasó a la segunda fase de la aplicación del tratamiento. La intervención duró seis semanas; se llevó a cabo una sesión semanal los días viernes a las 10:00 a.m. Las sesiones tuvieron duraron entre 40 y 60 minutos, y se realizaron en el salón de visitas de la residencia, el cual es un ambiente amplio, con buena iluminación y sin distractores. Se acomodaron las sillas al medio y se les indicó a los residentes que participarían en una actividad con perros. Las expertas de Cardea trabajaron con tres perros distintos: Dylan, Simba y Foshito. En las primeras cinco sesiones, solamente se trabajó con un perro por sesión; en la sexta y última sesión, participaron los tres perros simultáneamente. Todas las sesiones fueron grabadas y también se tomaron fotografías para registrar el proceso. Al finalizar las seis sesiones de intervención, se volvió a aplicar la escala para descubrir si se produjeron cambios en el nivel de soledad. Por último, después de seis semanas, se volvió a aplicar la escala de soledad de UCLA para comprobar si el efecto de la intervención se mantuvo después de ese tiempo.

En cuanto a los sujetos de la condición control, el procedimiento fue muy similar, con la excepción de que no participaron los perros de terapia. La investigadora diseñó una intervención con el mismo propósito: fortalecer las habilidades sociales. Se intentó mantener las actividades lo más similares posibles, haciendo las modificaciones necesarias después de retirar al perro. Las sesiones tuvieron la misma duración y también se llevaron a cabo en la sala de visitas de la residencia los días miércoles a las 10:00 a.m. Las mediciones de los sentimientos de soledad se realizaron a la misma vez que las de los sujetos de la condición experimental.

Inicialmente, se contaba con ocho participantes que conformaban la muestra. Sin embargo, se dieron ciertas complicaciones con tres de ellos. Al tomar la primera medida de los sentimientos de soledad, se encontró que uno de los participantes de la condición experimental (E4) tenía un deterioro mayor al deterioro cognitivo leve. La participante E4 no recordaba haber accedido a participar, ni tenía recolección de que ella y sus familiares habían firmado un consentimiento informado. Por este motivo, ella no acudió a la primera sesión; sin embargo, durante la segunda sesión ella llegó voluntariamente, acompañada de su cuidadora, y participó en esa y las demás sesiones. A pesar de que ella tomó parte en el programa de intervención, no se consideró como un participante debido a que no cumplía los criterios de inclusión (tener deterioro cognitivo leve). Luego, durante la tercera semana, uno de los participantes de la condición control (C3) sufrió un problema neurológico, lo cual le imposibilitó continuar con la intervención. Por último, durante la semana cinco de la intervención, uno de los participantes de la condición experimental (C2) tuvo contacto con

los perros de terapia y su protocolo también fue retirado de la muestra. De esta manera, se perdieron tres participantes y la muestra total estuvo conformada por cinco.

Análisis de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS22 versión 23. Se procedió a examinar la simetría de las seis distribuciones de puntajes con respecto a sus respectivas medias: en el caso del grupo control, dado que solo hubo dos casos para cada momento del estudio, la media representa apropiadamente a la distribución de puntajes; adicionalmente, por tratarse de dos valores para cada momento, la media y la mediana coinciden o, equivalentemente, el coeficiente de asimetría es cero. En el caso del grupo experimental, se procedió a realizar el contraste de Shapiro-Wilk, y se encontró que las distribuciones de puntajes pueden considerarse como simétricas para los tres momentos del estudio. Debido a esto, se realizó una comparación de medias usando la prueba T. Se hicieron tres comparaciones, tanto para el grupo experimental como para el control. Primero, se compararon las medias de la medida pre-test con la primera medida post-test; luego, la primera medida post-test con la segunda; y, por último, la medida pre-test con la segunda medida post-test.

Resultados

En primer lugar, se mostrarán los datos descriptivos referidos a las medias. Posteriormente, se analizará la prueba de muestras emparejadas y se mostrará el gráfico pertinente para comprender los resultados obtenidos.

El primer gráfico muestra las medias de los puntajes de sentimientos de soledad de los sujetos de la condición experimental y control. Se muestran, en ese orden, la medida pre-test, la primera medida post-test y la segunda medida post test. También se muestra la media del error estándar. A nivel descriptivo, se aprecia un cambio en la dirección esperada en los participantes de la condición experimental. Se observa que hay una disminución en la media del puntaje de los niveles de soledad en la primera medida post-test (Figura 1).

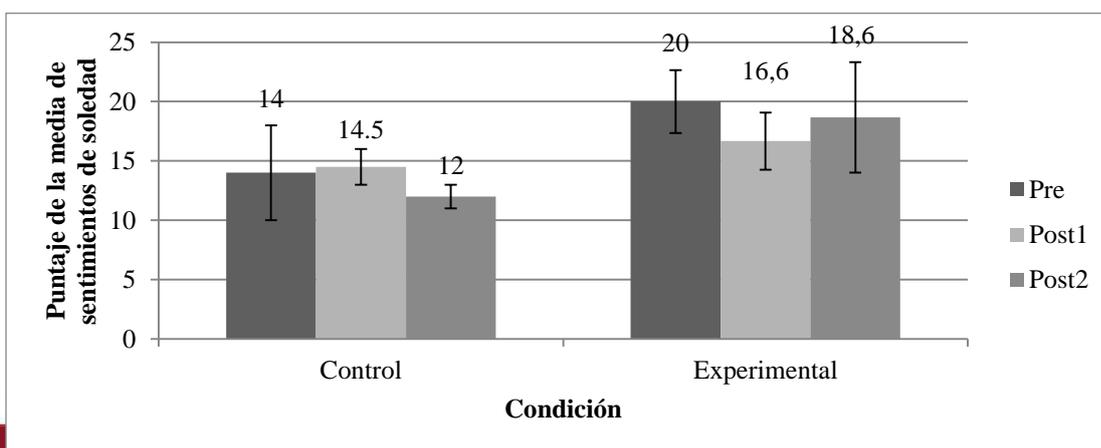


Figura 1. Puntajes de sentimientos de soledad. (Elaboración propia)

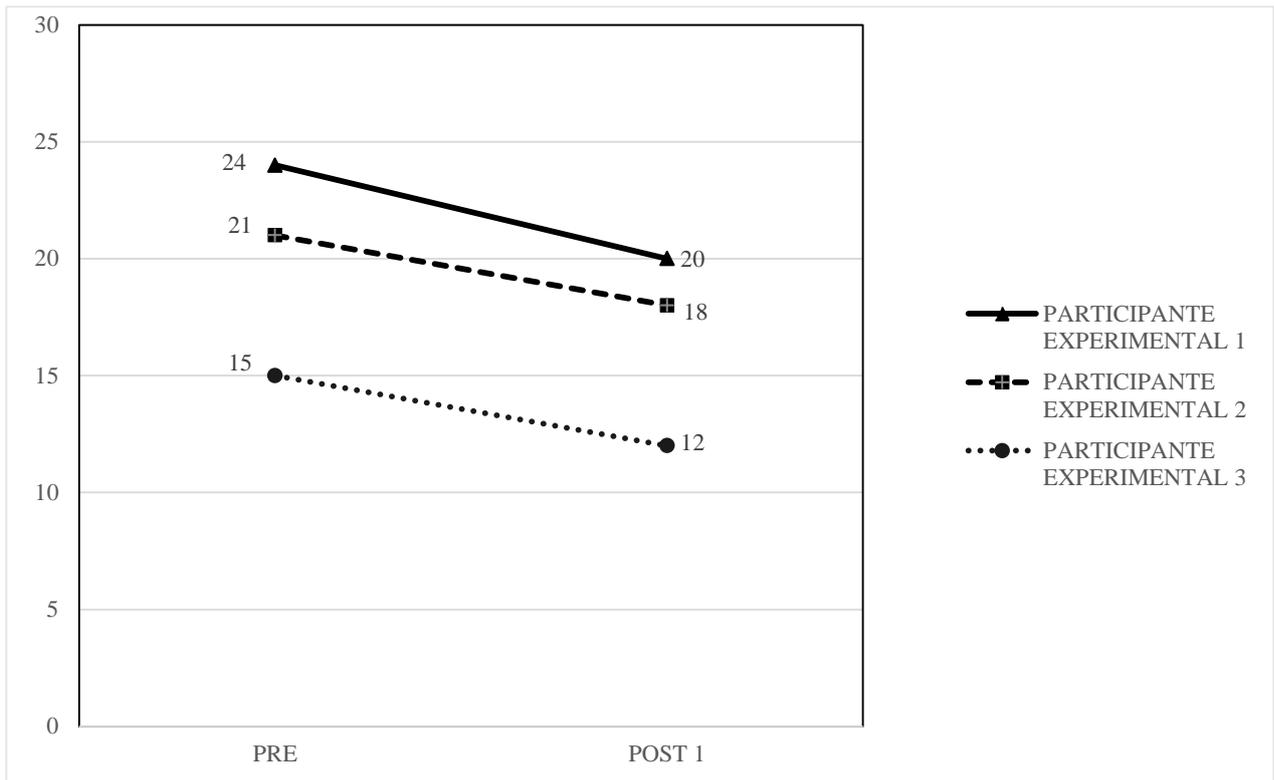


Figura 2. Diferencias en los puntajes del nivel de soledad entre la medida pre-test y medida post-test 1 (elaboración propia)

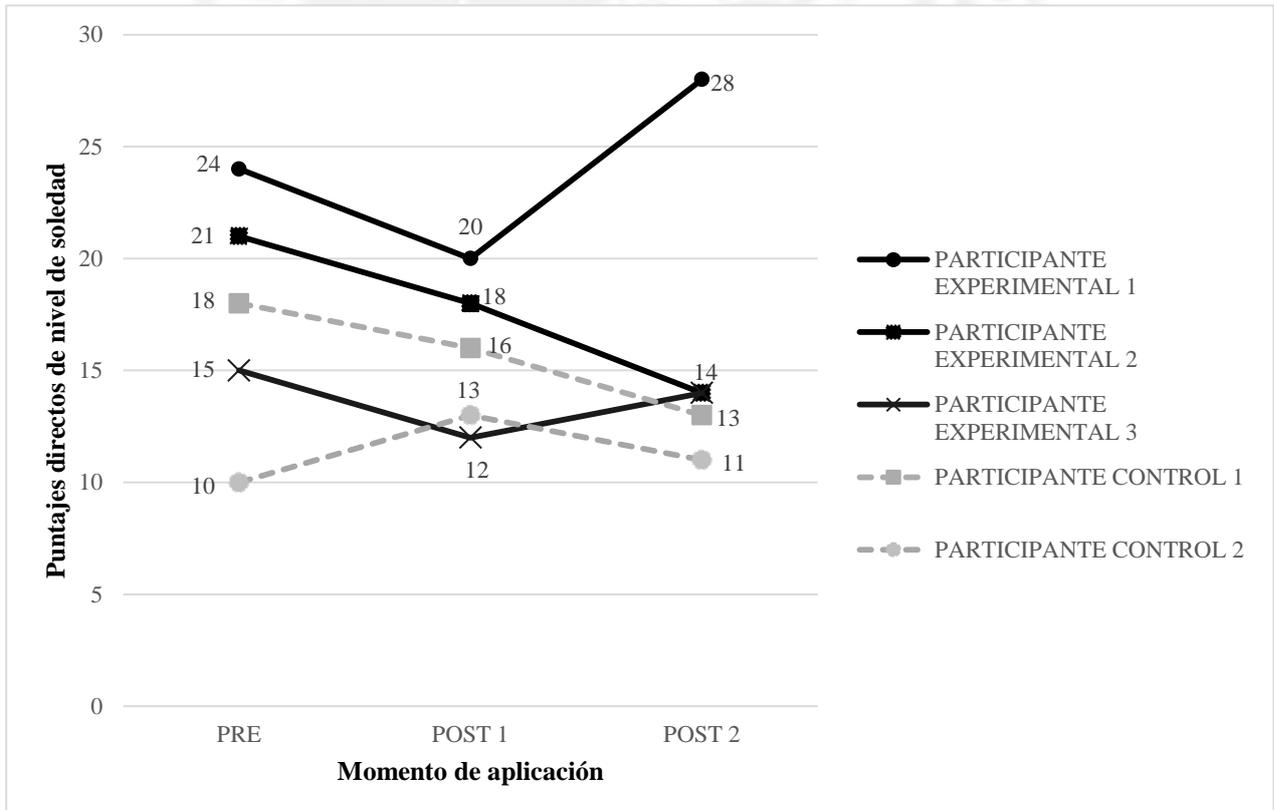


Figura 3. Puntajes de sentimientos de soledad de todos los participantes en las tres medidas (elaboración propia)

Se examinaron las diferencias en los puntajes de sentimientos de soledad en el pre-test y en las dos medidas post-test para las condiciones control y experimental mediante una comparación de medias para muestras relacionadas. Se realizaron tres comparaciones de los tres momentos en los que se midió el nivel de soledad: primero, la medida pre-test se comparó con la primera medida post-test; luego, la primera medida post-test, con la segunda medida post-test; y, por último, la medida pre-test, con la segunda medida post-test. En cuanto a los sujetos de la condición experimental, se encontraron diferencias significativas entre la medida pre-test ($M=20$, $DE=2,64$) y la primera medida post test ($M=16.67$, $DE=2.40$) ($t(2) = 10$, $p < 0.05$) (Figura 2). Se encontró que el tamaño del efecto fue de 0,76.

Discusión

Para concluir, el objetivo de esta tesis se cumplió, ya que se logró reducir el nivel inicial de los sentimientos de soledad que tenían los adultos mayores de esta residencia geriátrica. A pesar de las aparentes diferencias culturales que tiene esta población con los participantes de las investigaciones revisadas, se logró el mismo objetivo. No obstante, se encontró que esta disminución no se mantiene después de seis semanas sin la Terapia Asistida con Animales. Finalmente, se reportaron otros aspectos beneficiosos que surgieron de manera complementaria.

Tras la revisión de los datos, se encontró que la Terapia Asistida con Animales (TAA) disminuyó el nivel inicial de soledad (pre-test) de los participantes. Al volver a medir los sentimientos de soledad, al finalizar la intervención (post-test 1), se observó una reducción estadísticamente significativa de estos. Lo hallado va de acuerdo con lo que la bibliografía consultada señala. Banks *et al.* encontraron resultados similares al investigar este mismo fenómeno en los años 2002, 2005 y 2007. De la misma manera, Huff-Mercer (2015) también encontró esta disminución a la par con otros beneficios para los adultos mayores. Por consiguiente, se comprobó la hipótesis planteada en la presente investigación.

No obstante, parece que este cambio positivo no se mantiene en el tiempo sin el contacto con los animales y la participación en la terapia. Descriptivamente, se observa que el nivel de soledad aumentó cuando se midió seis semanas después (post-test 2); sin embargo, este cambio no es estadísticamente significativo. Al comparar el nivel de soledad inicial (pre-test) con la medida final (post-test 2), descriptivamente, se observa una disminución que tampoco es significativa a nivel inferencial. Por lo tanto, parecería que la disminución en los sentimientos de soledad no se mantiene después de seis semanas. Esto es un dato interesante

porque resalta la importancia de continuar con la TAA para que se puedan mantener los resultados beneficiosos.

Parecería que las diferencias culturales podrían jugar un rol importante para entender los resultados obtenidos. Al comenzar la investigación, tomando la medida pre-test para obtener el nivel de soledad, se encontró que este no era tan elevado como se esperaba. No obstante, la bibliografía señalaba que los adultos mayores que viven en residencias geriátricas son más propensos a experimentar niveles altos de sentimientos de soledad. Las investigaciones reportaron puntajes iniciales entre los 30-40, los cuales indicarían un grado severo de soledad (Adams *et al.*, 2004; Banks y Banks, 2002; Banks *et al.*, 2007), mientras que el rango de puntajes iniciales de esta investigación fue de un rango entre 10-25. La diferencia principal entre estos estudios y la presente investigación es que ellos se llevaron a cabo en EEUU, un contexto bastante distinto al latinoamericano. En este sentido, un estudio del antropólogo Jared Diamond (2013) investigó la manera en que distintas sociedades tratan a sus adultos mayores y encontró que, en EEUU, la mayoría vive una vida solitaria, alejada de sus familiares. Asimismo, el 5% de su población geriátrica está institucionalizada, es decir, vive en una residencia geriátrica. (Luppa *et al.*, 2010). De manera opuesta, este estudio también encontró que, en las culturas latinoamericanas, se le suele dar una mayor importancia a la familia, y es común que los padres mayores convivan con sus hijos adultos y su familia nuclear. A la misma vez, estos suelen ayudar con el cuidado de los hijos menores. Inclusive, en el caso de los adultos mayores que no conviven con sus hijos u otros familiares menores, igualmente hay un mayor contacto y un mayor énfasis en mantener los vínculos familiares. Así, podría entenderse que, a pesar de vivir en una residencia geriátrica, los participantes aún mantengan una relación estrecha con sus familiares y, por ello, es posible que no se sientan tan solos como su contraparte norteamericana. Esto se observó en la residencia geriátrica donde se llevó a cabo la aplicación. La mayor parte de los residentes recibe visitas frecuentes de algún familiar. En cuanto a los mismos sujetos de la condición experimental y control, cuatro de los cinco participantes reciben visitas semanales de sus familiares. De esta manera, parecería que lo observado va de acorde a lo reportado por Diamond (2013).

Por su parte, la presente investigación tuvo numerosos alcances. En primer lugar, se trabajó con una población que suele ser dejada de lado. En el Perú, existe poca investigación en relación al adulto mayor; ni siquiera se pudo encontrar la cifra de aquellos que se encuentran institucionalizados. Un estudio del Ministerio de Salud (Minsa) (2004), que buscó desarrollar políticas saludables para el adulto mayor, señala que, en países en vías de desarrollo, esta población es la más pobre de la sociedad. La mayoría no tiene asegurada una

pensión de jubilación y tampoco tiene acceso a un seguro de salud. En el Perú, solamente el 36% de esta población está afiliada a un sistema de pensión (INEI, 2017). A la misma vez, tienen poca participación en la vida económica, social y política. Esto se debe a su bajo nivel educativo; de hecho, solo el 22% cuenta con educación secundaria completa y el 11%, con educación superior (INEI, 2017). A su vez, la experiencia de vida que ellos han acumulado no se considera como un aporte para la sociedad (Minsa, 2004). A pesar de que esta población está aumentando de manera considerable, al no considerarse como contribuyente al país, no se le está brindando la atención necesaria ni se están desarrollando suficientes políticas públicas que busquen su mayor bienestar. Por esto, se considera que el haber trabajado con esta población aún más olvidada, los adultos mayores institucionalizados, se ha logrado aportar un nuevo conocimiento que pueda contribuir para mejorar su calidad de vida.

De la misma manera, uno de los alcances más positivos fue el tercer grupo que se formó de manera espontánea. Después de la segunda sesión de la TAA, tres residentes notaron la presencia de los perros y se aproximaron a interactuar con ellos. Se mostraron emocionados y disfrutaron bastante de acariciarlos durante unos minutos. La siguiente semana se repitió este suceso, con la diferencia de que aumentó el número de residentes a siete. Resultan especialmente interesantes los casos de dos de las residentes que acudieron, debido a sus características particulares. Una de ellas presenta un retraso mental y manifiesta un vocabulario muy limitado; por ello, tiene severas dificultades para expresarse verbalmente y, por consiguiente, no suele hacerlo. A pesar de ello, ella repetía el nombre del perro, Dylan, y, unos días después, una enfermera expresó con mucha sorpresa que la paciente le había contado acerca de Dylan. La otra residente es una señora de 93 años que tampoco se comunica de manera efectiva. Ella mantiene los ojos cerrados la mayor parte del tiempo y no sale de su habitación. Aquel día, su cuidadora la llevó a ver a los perros y se asombró al ver que la paciente abría los ojos para mirar a los perros e inclusive intentaba mover su brazo para acariciarlos. Después de la tercera semana, bastantes de los residentes ya sabían que los viernes venían los perros y esperaban con ansias los minutos que podían interactuar con ellos. El número de residentes aumentó cada semana y el último día acudieron 12. Así, este espacio se convirtió en un nuevo lugar de socialización para ellos, ya que, una vez que los perros se retiraban, ellos permanecían juntos en el espacio. Huff-Mercer (2015) señala que justamente la creación de un nuevo espacio y de tema de conversación común (los perros) es otro beneficio que brinda la TAA. Sin embargo, la formación de este espacio tuvo una consecuencia negativa; como ya se mencionó, uno de los participantes de la condición control terminó formando parte de este grupo y su protocolo tuvo que ser invalidado.

Otro alcance positivo fue que los participantes de la condición experimental evocaron numerosos recuerdos agradables de su pasado cuando interactuaban con los perros de manera espontánea. Ellos relataron distintos recuerdos alegres, de su infancia o adultez temprana, acerca de las mascotas que tuvieron, cómo eran estas, qué actividades solían hacer juntos, lo mucho que las querían, etc. Los participantes compartían estos recuerdos con la investigadora y los otros participantes durante las sesiones. Por ejemplo, la participante experimental 1 (E1) hablaba del pastor alemán que tuvo durante muchos años. Ella decía que Dylan, por su gran tamaño, le recordaba a su pastor. De la misma manera, el participante experimental 3 (E3) relataba que su perro también estaba muy bien entrenado y sabía hacer muchos trucos como Foshito, el poodle. E3 expresaba que por eso Foshito era su perro favorito. Banks y Banks (2002) reportaron el mismo suceso al investigar este fenómeno.

Por otro lado, se observó un hallazgo interesante de la participante E1, quien sufre de dolores muy fuertes en el brazo derecho debido a una tendinitis. Ella siempre se queja de este dolor, hasta utiliza parches especiales para aliviar las fuertes molestias. Incluso, en más de una ocasión, ha tenido que utilizar un cabestrillo al no poder movilizar el brazo por el dolor. Sin embargo, durante las sesiones con los perros, ella nunca se quejó. Inclusive, ella usó ese brazo con frecuencia para acariciar, abrazar, cepillar o acercar a los perros hacia ella.

A la misma vez, también se debería estudiar a profundidad las dimensiones que tienen los sentimientos de soledad en el contexto peruano. Como ya se mencionó anteriormente, parece haber diferencias entre el adulto mayor norteamericano que vive en una residencia geriátrica y el peruano; quizás, la manera en la que experimentan la soledad es distinta. No hay ningún estudio acerca de la soledad en adultos mayores en nuestro país, mucho menos acerca de adultos mayores en residencias geriátricas.

Se podría comenzar adaptando la escala de soledad de UCLA al contexto peruano. Para este estudio, se utilizó la versión española; sin embargo, una adaptación sería pertinente para poder hacer futuras investigaciones. Ya existe una escala que mide la soledad, que ha sido adaptada en Colombia: la escala ESTE de soledad. Sin embargo, esta no se utilizó en la presente investigación debido a tres razones. En primer lugar, la escala tiene 34 ítems y se consideró demasiado extensa para la población de este estudio. En segundo lugar, como ya se mencionó, la escala de soledad de UCLA ha sido utilizada en la mayoría de estudios que abarcan el tema de la soledad y tiene excelentes propiedades psicométricas. Por último, la versión de esta escala de Velarde et al. (2016) fue especialmente adaptada para adultos mayores, y disminuyó los ítems de 20 a 10 para facilitar el proceso de aplicación.

En base a los resultados encontrados, sería relevante investigar en cuánto tiempo se disipan los efectos beneficiosos en los sentimientos de soledad para poder desarrollar un futuro plan de intervención con la duración apropiada entre sesiones. Se encontró que seis semanas es demasiado tiempo, de manera que sería pertinente averiguar cuál es el periodo más apropiado que se puede esperar entre cada sesión para mantener los beneficios. También, sería interesante indagar más acerca de lo observado con la participante E1. Aparentemente, su dolor físico disminuyó durante las sesiones, o por lo menos se logró distraerla del dolor. Así, quizás se podría hacer lo mismo con otros pacientes que sufran de otros dolores. Con esto, se abrirían las puertas para un campo distinto de aplicación de la TAA que también busca mejorar la calidad de vida de las personas. Valdría la pena investigar este fenómeno.

Esta tesis fue viable principalmente por el interés de todas las partes involucradas para que esta se lleve a cabo. El grupo de los profesionales que brindan la Terapia Asistida con Animales, pertenecientes a la institución Cardea, se beneficiarían de una investigación que demuestre y valide de forma científica los efectos positivos que tiene la labor, que, de hecho, ya se está desarrollando en el país. Por lo tanto, la investigación es especialmente importante para darle una mayor legitimidad a este nuevo campo de trabajo creciente en el Perú. Como se mencionó anteriormente, como en el Perú no hay investigaciones acerca de los aportes de este tipo de terapia con adultos mayores, este trabajo es innovador y de gran importancia para promover la aceptación de la TAA en distintas áreas que presentan dificultades para ser incluida. Por otro lado, la institución donde se llevó a cabo el proyecto, el Hospital Militar Geriátrico, está en una constante búsqueda de intervenciones novedosas que brinden mejoras a los adultos mayores del hospital. De esta manera, se mostraron muy receptivos ante la posibilidad de implementar una Terapia Asistida con Animales para poder ofrecer a sus pacientes los beneficios que dicha aporta y así mejorar su calidad de vida. De esta forma, tanto los profesionales que brindan la terapia, como la misma institución que permite el ingreso y la implementación de la intervención, se mostraron motivados por este

Referencias bibliográficas

- Adams, K. B., Sanders, S., y Auth E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging y Mental Health*, 8(6), 475–485.
- Banks, M. y Banks, W. (2002). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *Journal of Gerontology*, 57A(7), 428–432.
- Banks M., y Banks W. (2005). The effects of group and individual animal assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoos*, 18:396–408.
- Banks, M., Willoughby L., y Banks, W. (2007). *Animal-Assisted Therapy and Loneliness in Nursing Homes: Use of Robotic versus Living Dogs*. doi: 10.1016/j.jamda.2007.11.007
- Beck, A., y Katcher, A. (2003) Future directions in Human-Animal Bond research. *Animal Behaviourist Scientist*, 47, 79. doi: 10.1177/0002764203255214
- Bernstein, P.L., Friedmann, E., & Malaspina, A. (2000). Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Anthrozoos*, 13, 213-224.
- Cacioppo J., Waite, L., Hawkley, L., y Thisted, R. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
- Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E., Quintero, E., y Echeverri A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099002.pdf>
- Catuña, C. (2015). Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al centro médico tierra nueva, mediante la aplicación del cuestionario sf 36 y escala este, periodo febrero-mayo del 2015. (tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador
- Coren, S (2013). How Therapy Dogs Almost Never Came to Exist. *Psychology Today*. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/blog/canine-corner/201302/how-therapy-dogs-almost-never-came-exist>
- Coyle, C., y Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging Health*, 24(8). doi:10.1177/0898264312460275.
- Diamond, J. (2013, Marzo). *How societies can grow old better* [Archivo de video]. Recuperado de https://www.ted.com/talks/jared_diamond_how_societies_can_grow_old_better
- Diez, J., y Morenos, M. (2015). *La Soledad en España*. Madrid: Fundación ONCE y Fundación AXA. Recuperado de http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
- Discan. (2012). Asociació d'Acció Social DISCAN | Escola d'ensinistrament nuclizoològic B 2500979. Curso de Intervenciones Asistidas con Animales, dictado en Perú, Lima, 2016,
- Elliott, S. M. (2015). The Psychological Benefits of Animal Assisted Therapy on Elderly Nursing Home Patients. En *Honors Research Projects*. Paper 59. Recuperado de http://ideaexchange.uakron.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1116&context=honors_research_projects

- Erazo, E. C. (2012). *Terapia Asistida con Canes en niños de preescolar para disminuir los niveles de agresividad en el Centro Infantil "Nuevo Día" de la ciudad de Quito*. (Tesis de maestría) Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.
- Ernst, L. (2014). Animal-assisted therapy: an exploration of its history, healing benefits, and how skilled nursing facilities can set up programs. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 22(10), 27-32. Recuperado de <http://www.managedhealthcareconnect.com/article/animal-assisted-therapy-exploration-its-history-healing-benefits-and-how-skilled-nursing>
- Gimenez, J. C. (2016) La soledad de la vejez. *Infomédicos*. Visitada el 10 de octubre del 2016. Recuperada de <http://www.infomedicos.org/salud/la-soledad-de-la-vejez/>
- Grubbs, B., Artese, A., Schmitt, K., Cormier, E., y Panton, L.B. (2016). A pilot study to assess feasibility of group exercise and animal therapy in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 24, 322-331.
- Guzmán, J. y Huenchuan, S. (Julio del 2003). Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual. En V.Montes de Oca (Presidencia) Simposio Viejos y Viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social. Congreso internacional de Americanistas, Santiago de Chile. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf
- Hawley, L.C., & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218-227.
- Howell-Forbes, E. y Marxen K. (2014) *Animal Assisted Therapy: A Dog's Influence on Occupational Therapy Outcomes of a Child with Cerebral Palsy*. Recuperado de http://soundideas.pugetsound.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1099&context=ms_occ_therapy
- Huff-Mercer, K. A. (2015). Animal-Assisted Therapy and Application to Older Adults in Long Term Care. *Journal of Arts and Humanities*, 4(5), 16-27. Recuperado de <http://www.theartsjournal.org/index.php/site/article/view/717/373>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2016). Situación de la Población Adulta Mayor: Informe técnico No.2 - Junio 2016. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017). Informe técnico 1: Situación de la población adulta mayor. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf
- Kamiokaa, H., Okadab, S., Tsutanic, K., Parkd, H., Okuizumie, H., Handae, S., Oshiof, T., Parkb, S.J., Kitayuguchig, J., Abeg, T., Hondah, T., y Mutohia Y. (2014). Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22, 371-390.
- Kazdin, A. (2011). Establishing the effectiveness of animal-assisted therapies: methodological standards, issues, and strategies. En McCardle, P., McCune, S., Griffin, J. A. y Maholmes, V. *How Animals Affect Us: Examining the Influences of Human-animal Interaction on Child Development and Human Health*.
- Le Roux, M. C., y Kemp, R. (2009). Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. *Psychogeriatrics*, 9, 23– 26. doi: 10.1111/j.1479-8301.2009.00268.x

- Leland, K. (2012) Loneliness Linked to Serious Health Problems and Death Among Elderly. Recuperado de <http://www.ucsf.edu/news/2012/06/12184/loneliness-linked-serious-health-problems-and-death-among-elderly>
- Luo, Y., Hawkey L., Waite, L., Cacioppo (2012). Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study. *Social Science y Medicine*, 74(6). doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., y Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Aging*, 39(1), 31-38. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Mavel, M. (2014) Terapia asistida con animales (TACA). *Cultura, Ciencia y Tecnología ASDOPEN-UNMSM*, 6. Recuperado de <http://asdopen.unmsm.edu.pe/files/Revista6.pdf>
- Ministerio de Salud (Minsa). (2004). Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/812_MS-PROM-CPS12.pdf
- Ministerio de Salud (Minsa). (2015, Setiembre 15). Minsa atiende en lo que va del año 3,700 casos de demencia en adulto mayor. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16920>
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., y Mushtaq S. (2014) Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health: A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. *Journal Clinical Diagnostical Research*, 8(9), doi: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828
- Parish, N. (2013). Animal-Assisted Psychotherapy: Theory, Issues and Practice. *Purdue University*, Indiana
- Pedigree. (2016). History of Pet ownership. Recuperado de <http://www.pedigree.com/all-things-dog/article-library/the-evolution-of-pet-ownership.aspx>
- Perissnotto, C. M., Stijacic, I., y Covinsky, K. (2012). Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death. *Arch Intern Med*, 172(14), 1078-1084. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993.
- Perkins, J., Bartlett, H., Travers, C., y Rand, J. (2008). Dog-assisted therapy for older people with dementia: a review. *Australasian Journal of Ageing*, 27(4), 177-182. doi: 10.1111/j.1741-6612.2008.00317.x
- Prosser, L., Townsend, M., y Staiger, P. (2008). Older people's relationships with companion animals: A pilot study. *Nursing Older People*, 20(3), 29-32.
- Richeson, N. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviours and social interactions of older adults with Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16(6). Recuperado de <http://aja.sagepub.com/content/18/6/353>
- Ristol, F. y Elizalde, E. D. (2012). Terapia Asistida con Animales manual práctico para técnicos y expertos. Barcelona, España: Catac
- Rubio, R., Pinel, M., y Rubio, L. (2011) Tres interrogantes sobre la soledad social en los adultos mayores de Granada, España. *Revista Psicológica Trujillo*, 13(2), 166-173.
- Russell, D., Peplau, L. A. y Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Singh, A., y Misra N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51-55. doi: 10.4103/0972-6748.57861.

- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil S., y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil. *Semerge*; 42(3), 177-183. doi: 10.1016/j.semerg.2015.05.017
- Whitehouse, C. (2013). The effects of social isolation on cognition: social loneliness reduces cognitive performance in older adults (tesis de maestría). Massey University, Nueva Zelanda.
- Zaremba, M. L. (2006). Will animal assisted therapy result in shorter length of stay for hospitalized patients and improve basic needs status and physical outcomes such as blood pressure, heart rate, and pain? (tesis de maestría). Department of Nursing of The University of Michigan-Flint, Michigan. Recuperado de <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/117970/Zaremba.pdf?sequence=1&isAllowed=>



APÉNDICE A:

CONSENTIMIENTO INFORMADO (PARTICIPANTES)

Propósito

Investigar acerca de los beneficios que pueden tener distintas terapias en adultos mayores que viven en Residencias Geriátricas. Viendo específicamente la Terapia Asistida con Animales, y la terapia grupal.

Participación

Si usted escoge participe en dicha investigación, será beneficiado de manera gratuita a uno de los dos programas de intervención, los cuales constan de 6 sesiones de 40 minutos. Dichas sesiones se realizarán los miércoles o viernes, las que se llevaran a cabo dentro del mes de Marzo y Abril del 2017. Dentro de estas sesiones se realizarán evaluaciones periódicas, programadas en tres fechas, la primera de ella será antes del inicio de la intervención, la segunda se llevará a cabo al culminar la intervención, y la última se realizará 6 semanas después. Estas evaluaciones permitirán detallar los beneficios y los avances que su familiar obtuvo al participar en la intervención. Durante la ejecución de las terapias se llevaran a cabo algunas tomas fotográficas y filmación de videos; que, sí o solo sí serán utilizadas por la investigadora para sustentar los resultados de la investigación (no se emplearán en ninguna otra circunstancia).

Riesgos del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Si bien el estudio cuenta con la participación de perros como herramienta terapéutica, estos han sido correctamente entrenados para desarrollar dicho papel; además cuentan con una preparación previa a las sesiones terapéuticas que apuntan al cuidado de la salud del participante.

Las sesiones serán llevadas a cabo y supervisadas por personal altamente competente, además de ser respaldadas por la Pontificia Univerisdad Católica, el Hospital Militar Geriátrico y por la institución Cardea, a la cual pertenecen los perros de terapia. Estos son “Simba”, una Golden retriever, “Dylan”, un labrador, y “Foshito” un poodle. Los tres perros cuentan con entrenamiento especializado y experiencia en el área de las terapias.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Sin embargo, dada la importancia de la investigación resulta imprescindible contar con un registro fílmico (con las condiciones de uso y privacidad mencionadas anteriormente) de las sesiones a realizar.

Asimismo, se le asignará un código a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, entre otros; de manera que el nombre del participante permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer su nombre.

Requisitos de Participación

Tener 60 o más años, vivir en la Residencia Geriátrica del Hospital Militar Geriátrico, no tener alergia o temor a los perros y haber tenido, o tener, interés por dicho animal.

Cabe resaltar que si usted no desea continuar participando en el estudio, puede retirarse en cualquier momento, sin que esto le ocasione alguna multa, penalidad o gasto.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Mariana De La Puente al número 949143425, donde serán atendidos ante cualquier duda e inquietud acerca de la investigación.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es voluntaria y gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también de que puedo elegir retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia por parte del equipo, del Hospital Militar Geriátrico o de la Pontificia Universidad Católica. Por lo anterior, acepto voluntariamente participar en la investigación.

Nombre del participante: _____

NA: _____

DNI: _____

Dirección: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del participante _____

APÉNDICE B:

CONSENTIMIENTO INFORMADO (FAMILIARES)

Propósito

Investigar acerca de los beneficios que pueden tener distintas terapias en adultos mayores que viven en Residencias Geriátricas. Viendo específicamente la Terapia Asistida con Animales, y la terapia grupal.

Participación

Si usted aprueba que su familiar participe en dicha investigación, será beneficiado de manera gratuita a uno de los dos programas de intervención, los cuales constan de 6 sesiones de 40 minutos. Dichas sesiones se realizarán los miércoles o viernes del mes de Marzo y Abril del 2017. Dentro de estas sesiones se realizarán evaluaciones periódicas, programadas en tres fechas, la primera de ellas será antes del inicio de la intervención, la segunda se llevará a cabo al culminar la intervención, y la evaluación final se realizará 6 semanas después de la última sesión. Estas evaluaciones permitirán detallar los beneficios y los avances que su familiar obtuvo al participar en la intervención. Durante la ejecución de las terapias, se llevaran a cabo algunas tomas fotográficas y filmación de videos; que, sí o solo sí, serán utilizadas por la investigadora para sustentar los resultados de la investigación (no se emplearán en ninguna otra circunstancia).

Riesgos del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted si bien el estudio cuenta con la participación de perros como herramienta terapéutica, estos han sido correctamente entrenados para desarrollar dicho papel, además cuentan con una preparación previa a las sesiones terapéuticas que apuntan al cuidado de la salud del participante.

Las sesiones serán llevadas a cabo y supervisadas por personal altamente competente, además de ser respaldadas por la Pontificia Univerisdad Católica, el Hospital Militar Geriátrico y por la institución Cardea, a la cual pertenecen los perros de terapia. Estos son “Simba”, una Golden retriever, “Dylan”, un labrador, y “Foshito” un poodle. Los tres perros cuentan con entrenamiento especializado y experiencia en el área de las terapias.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Sin embargo, dada la importancia de la investigación resulta imprescindible contar con un registro fílmico (con las condiciones de uso y privacidad mencionadas anteriormente) de las sesiones a realizar.

Asimismo, se le asignará un código a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, entre otros; de manera que el nombre del participante permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer su nombre.

Requisitos de Participación

Tener 60 o más años, vivir en la Residencia Geriátrica del Hospital Militar Geriátrico, no tener alergia o temor a los perros y haber tenido o tener interés por dicho animal.

Cabe resaltar que si usted no desea continuar participando en el estudio, puede retirarse en cualquier momento, sin que esto le ocasione alguna multa, penalidad o gasto.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Mariana De La Puente al número 949143425, donde serán atendidos ante cualquier duda e inquietud acerca de la investigación.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación de mi familiar en el estudio es voluntaria y gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también de que mi familiar puede elegir retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia por parte del equipo, del Hospital Militar Geriátrico o de la Pontificia Universidad Católica. Por lo anterior, acepto que mi familiar participe en la investigación.

Nombre del participante: _____

NA: _____

DNI: _____

Nombre del familiar: _____

DNI: _____

Dirección: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del familiar _____

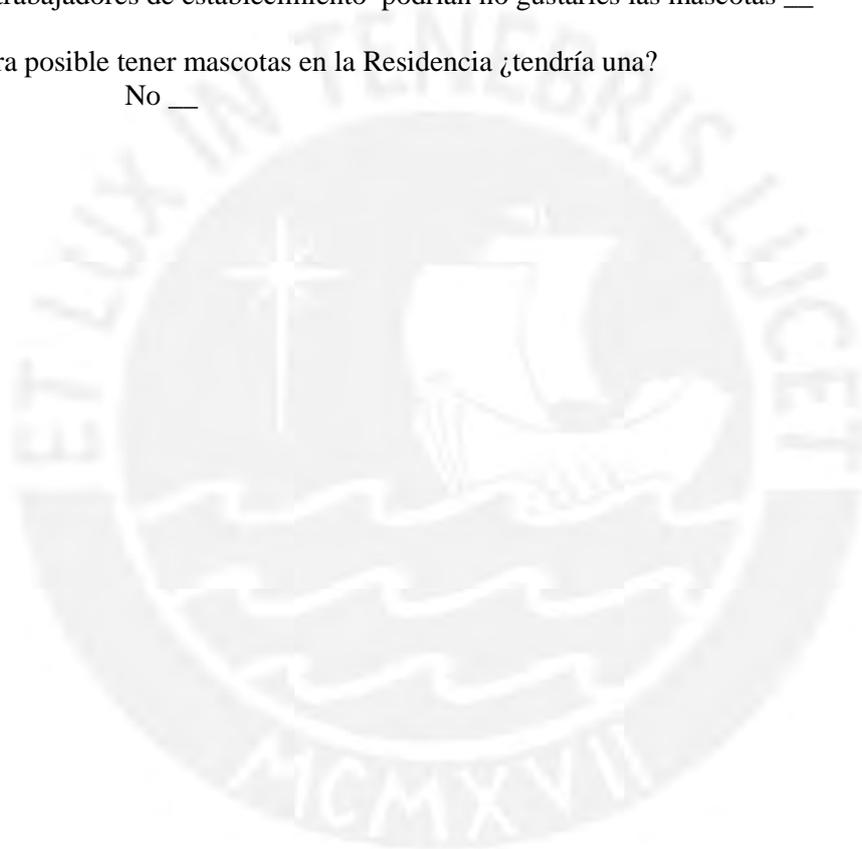
APÉNDICE C:

Cuestionario Sociodemográfico y de Mascotas

1. Sexo:
Masculino ___ Femenino ___

Estado Civil:
Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo ___
2. Edad: ___
3. Grado de instrucción
Primaria incompleta ___ Primaria completa ___ Secundaria completa ___
Superior incompleta ___ Superior ___
4. Dónde vivía antes de ir a la residencia:
Casa ___ Departamento ___ Otro: _____
5. ¿Hace cuánto tiempo vive en la residencia? _____
6. ¿Tuvo una mascota durante la infancia?
Sí ___ No ___
7. ¿A qué edad? _____
8. ¿Creció con mascotas?
Sí ___ No ___
9. ¿Qué tipo de mascotas?
Perro ___ Gato ___ Peces ___ Aves ___
Animales de granja ___ Otros: _____
10. ¿Tuvo mascota cuando vivió en su propio hogar?
Sí ___ No ___
11. ¿Por cuánto tiempo? _____
12. ¿Cuándo tuvo que responsabilizarte de tu mascota?
Infancia (1-12) ___ Adolescencia (13-18) ___ Adulthood temprana (19-30) ___
Adulthood (31-61) ___ Vejez (62+) ___
13. ¿Qué animal era? _____
14. ¿Cómo se llamaba? _____
15. ¿Qué le pasó?
Murió ___ lo regalé ___ se escapó ___ otro ___
16. ¿Cuánto tiempo pasabas al día con la mascota cuando eras adulto?
Menos de 1 hora ___ Más de una hora ___

17. ¿Disfrutaba el tiempo que pasaban juntos? _____
18. ¿Era agradable? _____
19. Acariciar a su mascota le hacía sentir:
Bien__ Mal __ Nada
20. Cuando se sentías mal, su mascota:
Le ayudaba a sentirte mejor __ Le hacía sentirte peor__ No hacia diferencia __
21. ¿Le hablaba a su mascota?
Sí, siempre__ No, nunca __ A veces__
22. ¿Por qué no tienes una mascota ahora?
No está permitido __ Ya no me interesan las mascotas __
A los trabajadores de establecimiento podrían no gustarles las mascotas __
23. Si fuera posible tener mascotas en la Residencia ¿tendría una?
Sí __ No __



APÉNDICE D: Escala de UCLA de Soledad (Velarde-Mayol, C. et al., 2016)

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes, marcando la casilla que mejor represente cómo se siente.

1. ¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
2. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
3. ¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
4. ¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
5. ¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
6. ¿Con qué frecuencia se siente completamente solo?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
7. ¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
8. ¿Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
9. ¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca
10. ¿Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás?	A menudo	Con frecuencia	Raramente	Nunca