



SOLEDAD, AISLAMIENTO SOCIAL Y OTROS TEMAS

DE ACTUALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso y por escrito de los titulares del Copyright.

Las opiniones y contenidos de las ponencias y comunicaciones publicadas en el libro de actas del 32 CONGRESO Internacional de Geriátría y Gerontología son de responsabilidad exclusiva de los/as autores/as; asimismo, estos/as se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

PRIMERA EDICIÓN: Julio 2024

EDITA: SOCIEDADE GALEGA DE XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

Colexio Oficial de Médicos de A Coruña

Rúa San Pedro de Mezonzo, 39

15701 Santiago de Compostela (A Coruña)

EDITORES: María D. Dapía Conde

Elena Mosquera Losada

José María Faílde Garrido

Cesar Bugallo Carrera

ISBN: 978-84-09-63056-1

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Innovación Ágil

Soledad, aislamiento social y otros temas de actualización en geriatría y gerontología.

Prólogo

La soledad, cuando afecta a las personas mayores, supone un riesgo grave de salud pública. Su contribución al incremento de la morbimortalidad es comparable al de otros factores de riesgo bien conocidos como el tabaquismo, la obesidad o la contaminación, hasta el punto de que muchos expertos la consideran ya como un determinante social de la salud, que está en la base de múltiples enfermedades y trastornos mentales. Es, por tanto, un tema de suma relevancia para los profesionales de la geriatría y gerontología.

El aislamiento social es la falta de conexiones sociales, la falta de compañía, permanente o temporal, que no siempre tiene que ser vivenciada de forma negativa por el individuo, y puede definirse como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros. El aislamiento social puede causar soledad en algunas personas, mientras que otras pueden sentirse solas sin estar socialmente aisladas. En este sentido, el sentimiento de soledad puede definirse como la percepción de que las relaciones interpersonales que mantenemos son insuficientes o no son de la calidad o intensidad que deseáramos que fueran. Hablamos de soledad no deseada cuando esta situación no se escoge, sino que se impone en contra de nuestra voluntad y perdura en el tiempo, pudiendo afectar a nuestro estado de salud física y mental y comprometer nuestro bienestar psicosocial.

La prevalencia de soledad no deseada suele variar entre el 20% y el 35% según el contexto analizado. Sin embargo, ciertos factores sociodemográficos como el género, el estado civil y la edad parecen ser relevantes para explicar su mayor o menor prevalencia. Así, la soledad suele afectar más a las mujeres, a las personas solteras o viudas, las hiperfrecuentadoras de los sistemas de salud y a aquellos con problemas crónicos y depresión. El 56% de los hombres y el 72% de las mujeres refieren sentir algún tipo de soledad a lo largo de su vida.

Eventos vitales de signo negativo – como la jubilación, el fallecimiento de seres queridos, la salida del hogar de los hijos, la diversidad funcional o la percepción de hostilidad social pueden constituir factores de riesgo importantes para la aparición de la soledad en las personas mayores. En una línea similar, el proceso de institucionalización incrementa el riesgo de soledad.

El sentimiento de soledad induce cambios en los mecanismos neurobiológicos relacionados con la respuesta al estrés de los sistemas endocrino, cardiovascular e inmunitario; asimismo, se altera la actividad adrenocortical del eje hipotálamo-hipofisario y reduce el control inflamatorio, induciendo un mayor envejecimiento funcional debido al deficiente control de los mecanismos reguladores del estrés oxidativo. En este sentido, existe abundante evidencia científica que reporta la asociación de la soledad no deseada con un peor estado de salud general, una mayor mortalidad por todas las causas, mayor riesgo de hipertensión y de enfermedades coronarias. Así mismo, la soledad no deseada se relaciona con mayor prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad o suicidio), riesgo incrementado de deterioro cognitivo y demencia y con conductas perjudiciales para la salud (consumo de tóxicos, inactividad física, sobrepeso y obesidad).

En el presente texto se estructura en dos grandes bloques temáticos. Un primero dedicado a analizar los conceptos de aislamiento social y soledad, su prevalencia, los impactos en el bienestar físico y mental y algunas estrategias para su abordaje preventivo y correctivo. En un segundo bloque temático se incluye una miscelánea de temas de actualización en geriatría y gerontología entre los que destacan la insuficiencia cardíaca, el uso de psicofármacos en pacientes institucionalizados, el uso de contención mecánica en pacientes con síndrome confusional agudo, la enfermería geriátrica, el suicidio, el deterioro cognitivo, el edadismo o el perfil sociodemográfico de las personas centenarias gallegas.

Santiago de Compostela, 30 de abril de 2024

José María Faílde Garrido

Presidente de la SGXX

BLOQUE TEMÁTICO I: AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES.

1. La Soledad en ancianos en España en 2017.

Anabel Fernández Rial. M^a Concepción Agras Suarez, M^a Elena Mosquera Losada.

2. A Solidão percebida pelos mais velhos em meio urbano.

Stella Bettencourt da Câmara.

3. Impacto do isolamento social e da solidão na saúde mental e qualidade de vida dos adultos mais velhos.

Ana Henriques.

4. Afectación del bienestar y sensación de soledad en mayores durante la covid-19.

N. Floro Andrés-Rodríguez, José Antonio Fornos-Pérez, Iván Busto-Domínguez. Farmacéutico, Bibiana Guisado-Barral, Laura León-Rodríguez. Rocío Mera-Gallego.

5. Aislamiento social, soledad y suicidio en Personas mayores.

Javier Vicente Alba.

6. Estudio de las intervenciones disponibles para abordar el problema de la soledad no deseada.

Mario Rojano Hidalgo, Antonio Caballer Miedes, Óscar Belmonte Fernández, Andrea Castillo Hornero, Agustín López Riera

7. Aislamiento social y soledad, ¿qué podemos hacer desde Atención Primaria?

Mercedes A. Hernández Gómez

8. Grandes Vecinos. Prevención de la soledad de las personas mayores.

Yolanda González González. Fundación Grandes Amigos

9. El Proyecto Radars, una iniciativa comunitaria para el abordaje de las situaciones de soledad y/o riesgo de las personas mayores.

Clara Costas

BLOQUE TEMÁTICO II. OTROS TEMAS DE ACTUALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.

10. Hábitos de vida y predisposición a la enfermedad durante la vejez.

Laura Lorenzo López

11. Calidad de vida en adultos mayores: bienestar personal, integración social, salud y economía: envejecimiento saludable.

Antonio Pose Reino.

12. Valoración enfermera del nivel de complejidad en pacientes hospitalizados en un centro de atención intermedia.

Ana Gil Méndez, Ingrid Bullich Marín, Ester Risco Vilarasau.

13. Suicidio en España año 2019 y 2020 ¿Cambios en el primer año de pandemia?

Nerea Cacabelos Viéitez, Patricia Moreiras Arias, Javier Pérez Martín, María Elena Mosquera Losada.

14. Enfermería geriátrica: Lo que fuimos, lo que somos.

Natalia Sánchez Noya, Juan Polo Moreno

15. Estratificación de la Insuficiencia Cardíaca: Escalas de calidad de Vida.

Rocío del Carmen Gómez Fernández, María Martínez Villaverde, Arlen Perez Aguilar, Ángel López Pérez.

16. Edadismo: un problema real.

Marieta Pazos González

17. Pregunta: Abuelos y abuelas cuidadores de nietos /as ¿por decisión propia o por presión social?, un estudio con la población del rural en la zona.

Delia Rodríguez Saborido, Águeda Gómez Suarez, Vera Mendoça.

18. Perfil del usuario con deterioro cognitivo que vive en soledad -AFAGA 2017/2022.

Miriam Fortes Posada, Cristina Esmerodes Iglesias, Laura Gómez de Rodríguez Alfaro, Elena Santiago Mosquera, María Elena Mosquera Losada.

19. Teño un amigo en AFAGA. Programa intergeneracional.

Miriam Fortes Posada, Cristina Esmerode Iglesias, Eugenia Fernandez.

20. Uso de contención mecánica en pacientes de edad avanzada con síndrome confusional agudo hospitalizados en el Hospital Ribera Povisa de Vigo.

Cristina Serra Martínez, Cristina Serra Martínez, Ane Amil Morla, Lorena Rodríguez Campos, M. Cruz Rodríguez Fernández, M. Josefa Soriano Ruiz, Sara Díaz Ferreiros, M^a Elena Mosquera Losada

21. Perfil de usuario de nuevo ingreso en residencia de mayores.

M.^a Cristina Losada Sánchez, Yolanda Rodríguez Castro, María Lameiras Fernández.

22. Deterioro cognitivo en ancianos de nuevo ingreso. Centro residencial sociosanitario CRAP 1 (2019-2022).

Paula María Gómez Arias, Javier Perez Martín, M.^a Elena Mosquera Losada.

23. Psicofármacos en ancianos usuarios de un centro residencial sociosanitario año 2019.

Marta Sebastián Silvoso, Javier Perez Martín, M.^a Elena Mosquera Losada.

24. Perfil das persoas centenarias de Ourense. Un estudo piloto.

José Maria Faílde Garrido, Adriana Tabarés-Costa López, Tania Lorenzo Salgado, Maria D. Dapía Conde.

25. Prevalencia da poboación centenaria galega por provincia, comarca e concello.

José Maria Faílde Garrido, Maria D. Dapía Conde, Miguel Angel Álvarez-Vázquez, M.^a Luz Rodríguez Blanco.

26. Intervención comunitaria en soledad no deseada desde la atención primaria de salud.

Antonio Míguez Iglesias, Alba Portabales Goberna, Isabel Quintillán Gil, Amador Pajares Domínguez

Bloque temático I: Aislamiento social y soledad en personas mayores.

Capítulo 1. La Soledad en ancianos en España en 2017.

Anabel Fernández Rial¹, Javier Perez Martín^{2,3}, M^a Concepción Agravas Suarez³, M^a Elena Mosquera Losada³.

¹Hospital Alvaro Cunqueiro Vigo, España.

²Centro residencial de atención a personas dependientes Vigo.

³Escuela universitaria de Enfermería Povisa – Universidad de Vigo, España.

RESUMEN

La soledad es una preocupación a nivel sanitario, pues es factor de riesgo de muchas enfermedades y de mal control de las mismas. Llegando en algunos casos al suicidio. Es un problema a cualquier edad, pero en la ancianidad se observa de forma más prevalente. El objetivo es conocer el perfil de mayor riesgo de sentir soledad no deseada en el anciano.

Este estudio es de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo y correlacional y de corte transversal que analiza la percepción de soledad (y sus grados: grave o leve) del anciano mayor de 60 años en el 2017 que residen en España. Las variables fueron descargadas en formato Excel de la página web del INE, y luego pasadas, recategorizadas y analizadas con el SPSS 15. Su descripción se realizó por medio de frecuencias y se usó la prueba del Chi² para correlacionarlas.

En cuanto a los resultados (n=8867), mayores que perciben soledad 5917 (67%), mayores con soledad grave 1541 (17,5%), mayores con enfermedad crónica que perciben soledad 5394 (67,7%); mayores con dolor que perciben soledad 3168 (69,5%); mayores con dificultad para recordar que sienten soledad 5547 (66,9%); Mayores con dolor percibido como grave que manifiestan soledad 869 (71,6%); Mayores que acuden a enfermería con soledad 1274 (63,0%)

En relación a las conclusiones La tipología del anciano de mayor riesgo por sentir soledad en general es aquel que no está casado, no tiene formación, vive solo, en una zona con vandalismos y escasez de zonas verdes, siente que su salud es mala, tiene una enfermedad crónica, con dolor, no tiene problemas de memoria y consume fármacos sin receta y también, tranquilizantes para dormir.

1. INTRODUCCIÓN

La soledad es un término ambiguo que ha sido estudiado desde distintas perspectivas por diferentes autores a lo largo de la historia. Una de las definiciones más aceptada en la comunidad científica (y que reconoce una carga negativa) es la establecida por Perlman y Peplau (1981): "Una experiencia desagradable que ocurre

cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, sea cuantitativa o cualitativamente”.

En relación a la soledad existen 3 aspectos reconocidos muy relacionados entre sí, que podemos clasificar dentro de dos tipos de soledad: objetiva y subjetiva (Havens et al., 2004; Ong et al., 2016):

- Soledad objetiva:
 - Estar solo: Situación física de no tener compañía.
 - Estar aislado: Entendiéndolo como la falta o escasa participación en las relaciones sociales.
- Soledad subjetiva:
 - Sentirse solo: Percepción negativa atribuida a las carencias de las relaciones sociales.

Existen diversas clasificaciones para la soledad subjetiva. Algunos autores como Dykstra y De Jong Gierveld (2004), Liu y Rook (2013), coinciden con la propuesta de Weiss (1973). Es decir, dividen la Soledad Subjetiva en dos: Soledad Emocional, aquella situación en que existen carencias en el vínculo íntimo y Soledad Social, donde no existe una red social comprometida.

Mientras que autores como Cacioppo et al. (2015) y Ong et al. (2016) subdividen la soledad subjetiva en función del entorno que se ve afectado. Es decir, si afecta al entorno íntimo (Soledad Emocional); si es una carencia de proximidad con familiares y amigos (Soledad Relacional, identificada por Weiss como Soledad Social) o si se siente poco valorado en la sociedad (Soledad Colectiva).

La soledad es una preocupación a nivel sanitario, pues es factor de riesgo de muchas enfermedades y de mal control de las mismas. De hecho, la soledad se relaciona con: el tabaquismo, el alcoholismo, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, el riesgo de malnutrición, el sedentarismo, la fatiga, el insomnio, el deterioro cognitivo, etc. (Cacioppo et al., 2015; Gené-Badia et al., 2016; Ong et al., 2016). Cuando se ve acompañado de aislamiento social, se relaciona con síndromes depresivos que pueden dar como desenlace el suicidio (Cacioppo et al., 2015; Gené-Badia et al., 2016; Hawkey et al. 2008). Con lo expuesto, se reconoce el fuerte impacto en la salud que supone y, por lo tanto, su estudio no es sólo importante, sino que es imprescindible.

Por otro lado, aunque la soledad pueda darse en cualquier edad, es en la población anciana donde su prevalencia es mayor, y donde resaltan más sus efectos. Por ejemplo, situaciones como la jubilación y la pérdida de la pareja son situaciones más frecuentes en este grupo de edad, y que aumentan la presencia de soledad en esta población. (Hawkey et al. 2008)

Por lo expuesto existe una necesidad de conocer el perfil y características del anciano con relación a la presencia de soledad, no solo por su prevalencia e impacto sino también porque es clave para en un futuro poder desarrollar escalas para detectarla de forma precoz y realizar intervenciones adecuadas.

Conociendo esta información y teniendo en cuenta que España es el país de Europa donde se prevé el aumento más significativo de personas mayores para el 2050 (OMS, 2019), se justifica la pertinencia de hacer un estudio en nuestro país.

El objetivo principal de este trabajo es conocer el perfil de mayor riesgo de sentir soledad no deseada en el anciano. Como objetivos secundarios se busca identificar qué CCAA tienen mayor riesgo de soledad en general, y de soledad grave en particular y conocer si existe relación entre sentir soledad o no y el uso de diferentes servicios asistenciales.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo y correlacional y de corte transversal.

2.1. PARTICIPANTES

La población del estudio son los ancianos, mayores de 60 años, que residen en España en el año 2017 (N=11.390.065). Los datos se consiguieron por medio de un muestreo trietápico estratificado. Por lo que la muestra es representativa tanto a nivel provincial, autonómico como estatal (n= 8.867 personas).

2.2. INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se empleó la Encuesta Nacional de Salud del 2017. La cual consta de 3 Cuestionarios, de los cuales solo se usaron 2, el del Adulto y el del Hogar.

Las dos variables dependientes, son: Sentir soledad o no, y dentro de las personas que sentían soledad si está era grave o leve. Estas variables se construyeron a partir de los datos de las 11 variables que conforman el apartado "Apoyo afectivo y personal" del cuestionario del Adulto. Estas fueron: 'Contar con personas que se preocupan de lo que le sucede; Recibir amor y afecto; Tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas laborales y/o domésticos; Tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos; Recibir consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida; Visitas de mis amigos y familiares; Ayuda en asuntos relacionados con la casa; Tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares; y Recibir invitaciones para distraerse y salir con otras personas'.

Tras pasar diversos filtros, las variables independientes que se estudiaron fueron 135. Las más significativas se agruparon en Variables Sociodemográficas (CCAA, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, etc.) y Variables Sanitarias, estas últimas divididas en Variables Clínicas (estado de salud percibido, presencia de dolor, grado de dolor, etc.), Variables Asistenciales (uso de los servicios asistenciales, consumo de fármacos, etc) y Hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).

2.3. PROCEDIMIENTO

La recogida de datos la realizó el Instituto Nacional de Estadística (INE).

La Encuesta Nacional de Salud es un ejemplo de la colaboración del INE con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Esta encuesta está dirigida a los ciudadanos que residen en nuestro país para averiguar datos relacionados con su estado de Salud. Se realizó entre el 2016/17 por medio de entrevista personal asistida por ordenador. Los datos son públicos y anonimizados.

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

Las variables fueron descargadas en formato Excel de la página web del INE, y luego pasadas, recategorizadas y analizadas con el SPSS 15.

Al tratarse de variables cualitativas, dado que la edad (única variable cuantitativa) se trabajó a través de intervalos, se emplearon las frecuencias, tanto absolutas como relativas, para su descripción. Y la prueba Chi², para correlacionarlas. Estableciendo el nivel de significación estadística en $p < 0.05$.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos tras el análisis de los datos reflejan que los mayores de 60 años presentan mayor proporción de soledad en general, pero menor prevalencia de soledad grave (ver Tabla 1). En ambos casos existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$). El hecho de que a mayor edad mayor presencia de soledad coincide con múltiples estudios como el de Dykstra (2005). Por otro lado, existen estudios que contradicen esa asociación tan lineal (Yang, K., & Victor, C., 2011) o que determinan que son las características personales y de compromiso social las que tienen relación con la soledad (de Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast, J. E., 2015). Por lo que el componente cultural puede estar influyendo en los resultados, lo que nos anima a luchar contra estereotipos para lograr una menor incidencia de soledad entre nuestros mayores.

Tabla 1. Presencia de soledad según grupos de edad

		Soledad	Leve	Grave	Total población
Edad	< 60 años	9247 (64,9%)	6713 (47,1%)	2534 (17,8%)	14253 (100%)
	> 60 años	5917 (67,0%)	4376 (49,5%)	1541 (17,5%)	8830 (100%)

La soledad ha sido asociada con un bajo nivel de escolaridad (Fokkema et al., 2012 y Hawkey et al., 2008). Nuestros datos confirman esta aseveración ya que se observa que a mayor nivel académico la prevalencia de soledad en general es menor. No sigue esa progresión lineal la percepción de Soledad grave o leve, resultado que debería ser estudiado más en profundidad para conocer las variables que están influyendo en que la soledad grave esté menos presente en los que tienen estudios primarios, y la soledad leve se presenta de forma más prevalente en este grupo (ver Tabla 2).

Si nos regimos por la localización geográfica, en base a la CCAA a la que pertenece cada uno, obtenemos resultados que abarcan un amplio rango desde el 96,2% hasta el 34,4% (ver Tabla 2). En lo que se refiere a sentir soledad en general, destacan: Murcia, Galicia, País Vasco y Castilla y León. Donde más del 80% de la muestra manifiesta sentir soledad. En especial, Murcia, con un 96,2% y Galicia con un 89,5%. En contraposición, con menos del 50% de la muestra: La Rioja, Extremadura, Baleares, Canarias y Asturias. Esta última se sitúa en cifras del 34,4%.

Caso curioso lo encontramos en Galicia y Asturias, CCAA vecinas y con características semejantes. Donde son los ancianos gallegos, los que transmiten más soledad en general (89,5%) pero en la mayoría de los casos (92,4%) es de forma leve. Mientras que los asturianos, que manifiestan menos soledad en general (34,4%), más

de la mitad de los mismos (58,5%) la perciben como grave. Con lo expuesto, se justifica la necesidad de más estudios para indagar en los factores que condicionan la diversidad de resultados.

Tabla 2. Variables Sociodemográficas en relación a la presencia de soledad en el anciano

		Soledad	Leve	Grave	Total población
Nivel académico	Analfabeto	258 (72,9%)	179 (50,6%)	79 (22,3%)	354 (100%)
(mayores de 60 años)	Primaria	3539 (69,8%)	2724 (53,7%)	815 (16,1%)	5075 (100%)
	Secundarios	1557(62,6%)	1063 (42,7%)	494 (19,9%)	2488(100%)
	Universidad	563 (61,6%)	410 (44,9%)	153 (16,7%)	914 (100%)
CCAA	Murcia	330 (96,2%)	216 (63,0%)	114 (33,2%)	343 (100%)
(mayores de 60 años)	Galicia	514 (89,5%)	475 (82,7%)	39 (6,8%)	574 (100%)
	País Vasco	476 (82,8%)	289 (50,3%)	187 (32,5%)	575 (100%)
	Castilla y León	448 (81,0%)	327 (59,1%)	121 (21,9%)	553 (100%)
	Navarra	261 (79,6%)	190 (58,0%)	71 (21,6%)	328 (100%)
	Cantabria	298 (74,1%)	258 (64,2%)	40 (9,9%)	402 (100%)
	Cataluña	654 (73,0%)	490 (54,7%)	164 (18,3%)	895 (100%)
	Andalucía	733 (71,5%)	517 (50,4%)	216 (21,1%)	1025 (100%)
	Castilla La Mancha	301 (69,8%)	281 (65,2%)	20 (4,6%)	431 (100%)
	Valencia	456 (66,9%)	410 (60,1%)	46 (6,8%)	682 (100%)
	Madrid	440 (60,9%)	250 (34,6%)	190 (26,3%)	722 (100%)
	Aragón	225 (52,1%)	115 (26,6%)	110 (25,5%)	432 (100%)
	La Rioja	118 (47,4%)	102 (41,0%)	16 (6,4%)	249 (100%)
	Extremadura	176 (44,7%)	144 (36,6%)	32 (8,1%)	394 (100%)
	Baleares	144 (43,2%)	112 (33,6%)	32 (9,6%)	333 (100%)

Dentro de las variables clínicas estudiadas, destacan los resultados obtenidos con la *Dificultad para recordar*. Pues la soledad se ha asociado con una función cognitiva más baja, como en el caso de Lara et al., (2019), que identificaron su presencia con puntuaciones más bajas en memoria inmediata y fluidez verbal. Nuestros datos lo contradicen, pues los ancianos que manifiestan dificultad para recordar o concentrarse son los que presentan menos prevalencia en la soledad en general (aunque no es estadísticamente significativo), y menor frecuencia de soledad grave en particular (si es estadísticamente significativo $p < 0.001$) (ver Tabla 3). Esta discrepancia puede deberse a la diferente metodología de los estudios, ya que en el caso de Lara et al (2019), las personas estudiadas presentaban deterioro cognitivo leve, y en nuestro estudio engloba a cualquier personas con problemas para recordar, incluyendo aquellas con deterioro cognitivo grave. Este hecho puede estar influyendo en nuestros resultados ya que las personas con este tipo de deterioro no pueden comunicar de forma efectiva su sentimiento de soledad.

Tabla 3. Soledad vs Dificultad para recordar.

Dificultad para recordar	Soledad	Leve	Grave	Total, población
Si	5547 (66,9%)	4133 (49,8%)	1414 (17,1%)	8291 (100%)
No	370 (68,6%)	243 (45,0%)	127 (23,6%)	539 (100%)

Dentro de las variables asistenciales, destaca Acudir a la consulta de enfermería en los últimos 12 meses pues demuestra una visión diferente a la esperada. Ya que la soledad se asocia con el incremento en el uso de los servicios de atención médica. (Molloy et al., 2010). En la Tabla 4, se aprecia una menor prevalencia de soledad en general en aquellos individuos que acuden a la consulta de enfermería, a diferencia del empleo de otros servicios. Por lo que habría que indagar más en este aspecto, ya que por un lado se puede entender que acudir a la consulta de enfermería puede ser un factor protector o que las enfermeras debemos ser más proactivas en busca de pacientes que sienten soledad.

Tabla 4. Soledad vs Variables asistenciales en el anciano.

		Soledad	Leve	Grave	Total población
Acudir al Psicólogo	Si	253 (75,1%)	158 (46,9%)	95 (28,2%)	337 (100%)
	No	5663 (66,7%)	4218 (49,7%)	1445 (17,0%)	8491 (100%)
Acudir a consulta de Enfermería	Si	1274 (63,0%)	858 (42,4%)	416 (20,6%)	2024 (100%)
	No	4641 (68,2%)	3517 (51,7%)	1124 (16,5%)	6802 (100%)
Servicio asistencial (ayuda a domicilio)	Si	190 (76,6%)	120 (48,4%)	70 (28,2%)	248 (100%)
	No	5725 (66,7%)	4254 (49,6%)	1471 (17,1%)	8578 (100%)

4. CONCLUSIONES

La tipología del anciano de mayor riesgo por sentir soledad en general es aquel que no está casado, no tiene formación, vive solo, en una zona con vandalismos y escasez de zonas verdes, siente que su salud es mala, tiene una enfermedad crónica, con dolor, no tiene problemas de memoria y consume fármacos sin receta y también, tranquilizantes para dormir.

En relación con la prevalencia de la soledad en cada comunidad autónoma, destacan: Murcia, Galicia y País Vasco. Al graduar la soledad, las CCAA que manifiestan más soledad grave son: Murcia, País Vasco y Madrid. Sentir soledad se relaciona con un mayor uso de servicios asistenciales, con excepción de la consulta de enfermería.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no se habría podido desarrollar de forma ágil y continua, si al comienzo no hubiera sido asistida por el Servicio del departamento de Difusión Estadística del INE. También ponemos en valor el trabajo de todo el servicio de recogida y publicación de datos relacionado con la Encuesta Nacional de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *10*(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>

de Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast, J. E. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *La Revue Canadienne Du Vieillissement [Canadian Journal on Aging]*, *34*(2), 125–136. <https://doi.org/10.1017/s0714980815000070>

Dykstra, P. A., & de Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *La Revue Canadienne Du Vieillissement [Canadian Journal on Aging]*, *23*(2), 141–155. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0018>

Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., & Gierveld, J. de J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, *27*(6), 725–747. <https://doi.org/10.1177/0164027505279712>

Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology*, *146*(1–2), 201–228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención primaria*, *48*(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban manitobans. *La Revue Canadienne Du Vieillissement [Canadian Journal on Aging]*, *23*(2), 129–140. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022>

Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *63*(6), S375–S384. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.s375>

Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(11), 1613–1622. <https://doi.org/10.1002/gps.5174>

Liu, B. S., & Rook, K. S. (2013). Emotional and social loneliness in later life: Associations with positive versus negative social exchanges. *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*(6), 813–832. <https://doi.org/10.1177/0265407512471809>

Molloy, G. J., McGee, H. M., O'Neill, D., & Conroy, R. M. (2010). Loneliness and emergency and planned hospitalizations in a community sample of older adults: Loneliness and healthcare use. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(8), 1538–1541. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02960.x>

United Nations: Department of Economic and Social Affairs: Population Division. (2021). *World population ageing 2019*. United Nations.

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>

Perlman, D., & Peplau, L. A. (n.d.). *Toward a social psychology of loneliness*. Ucla.edu. Retrieved August 21, 2023, from <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.

Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8), 1368–1388. <https://doi.org/10.1017/s0144686x1000139x>

Capítulo 2. A Solidão percebida pelos mais velhos em meio urbano.

Stella Bettencourt da Câmara.

ISCSP/ULISBOA, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal.

Palabras clave: Solidão, Envelhecimento, Meio Urbano, Pessoas mais Velhas.

RESUMEN

O aumento da longevidade tem aumentado o sentimento de solidão entre as pessoas mais velhas e, em particular em meio urbano. Neste artigo, apresentamos os resultados de um workshop sobre a Solidão, em que participaram 72 pessoas, com idades superiores a 60 e mais anos de idade, residentes na cidade de Almada (Portugal). Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (84,7%). A grande maioria dos participantes referiu que não sente solidão, mas tendem a associá-la a algo negativo como Tristeza, Melancolia, Infelicidade, Dor, Vazio, Viver Só. Quando se sentem sós, procuram ocupar-se com atividades lúdicas (tais como, leitura, ouvir música, mas também rezar e chorar). Como solução para combater a solidão, sugerem: promover a participação das pessoas mais velhas, convívios intergeracionais e envelhecer em casa com cuidados holísticos.

1. INTRODUCCIÓN

Tanto quanto se saiba, nunca na história da humanidade, o número de pessoas que alcançam idades avançadas foi tão elevado. Estima-se que residam, hoje, no Mundo 761 milhões de pessoas com 65 e mais anos de idade, quantitativo que poderá duplicar para 1,6 mil milhões, em 2050 (ONU, 2023). Globalmente, uma criança nascida em 2021 pode esperar viver, em média, quase 25 anos a mais do que um recém-nascido de 1950, podendo viver até aos 71 anos. As mulheres, comparativamente, podem viver mais cinco anos do que os homens (ONU, 2023). Segundo o relatório das Nações Unidas (ONU-HABITAT, 2022), estima-se que a população urbana passe de 56% do total global em 2021 para 68% em 2050. Relativamente a Portugal, as pessoas mais velhas, aqui consideradas com idades iguais ou superiores a 65 anos, representam 23,8% (2021) da população portuguesa e estima-se que possam vir a representar 35,3% do total da população portuguesa em 2050 (INE).

A solidão pode ser definida “como uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é significativamente deficiente em quantidade ou qualidade” (Pearlman & Peplau, 1998: 571). Segundo os mesmos autores, a solidão pode ser vista como uma condição moderna, resultante da urbanização e da tecnologia, e exacerbada pelas tendências pós-modernas. No entanto, o desejo de companhia (ou cooperação) versus o medo da rejeição social (ou hostilidade) existe, sem dúvida, desde os tempos pré-históricos (Pearlman & Peplau, 1998).

A solidão pode ter um efeito profundo e prejudicial na saúde mental e física, e está relacionada a muitas condições de saúde – incluindo depressão, alcoolismo, declínio cognitivo e doenças cardíacas. Os resultados das investigações realizadas neste âmbito mostram que, enquanto a poluição do ar, a obesidade e o uso excessivo de álcool aumentam o risco de morte de uma pessoa em 6%, 23% e 37%, respectivamente, a solidão pode aumentar esse risco em até 45% (Mechelli, 2022). Podendo aumentar em 25% o risco de morte prematura, até 30% o risco de enfartes ou doenças cardiovasculares e até 50% o risco de desenvolver demência (WHO, 2023).

A maior longevidade implica novos desafios. Um desses desafios é poder vir a experimentar vários tipos de solidão que não são comuns em idades mais jovens (Gibson, 2000). A solidão na velhice tem consequências adversas para o bem-estar, saúde física e mental e no aumento da mortalidade (Dahlberg, McKee, Frank & Naseer, 2022; Victor & Pikhartova, 2020). Considera-se que a solidão entre as pessoas mais velhas se tornou num grave problema de saúde pública (Chow, Wong & Choi, 2021). Numa revisão sistemática sobre fatores de risco da solidão entre as pessoas mais velhas foram identificados 120 fatores agrupados em cinco categorias: Fatores Demográficos (Idade, Género e Etnia); Fatores Económicos (Rendimento e Estatuto Socioeconómico relacionado com o nível de escolaridade, estatuto social e situação face ao emprego); Fatores Sociais (Estado civil, Dimensão do agregado familiar; Rede de apoio formal e informal; Acontecimentos pessoais); Fatores relacionados com a Saúde (Autoperceção da saúde, Condições de saúde; Limitações funcionais e fadiga) e os Fatores Psicológicos (Depressão, Humor Deprimido, Autoperceção da saúde mental e Tipo de personalidade), (Dahlberg et al., 2022).

Os autores Gardiner, Geldenhuys & Gott (2018) na revisão integrativa sobre como intervir no sentido de colmatar a solidão entre as pessoas mais velhas, face ao propósito das intervenções, identificaram seis categorias, nomeadamente, Facilitação social, Terapias psicológicas, prestação de cuidados de saúde, mas também, sociais, intervenções com animais e desenvolvimento de competências na área do lazer e nas relações de amizade.

O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de um workshop sobre a Solidão realizado junto de pessoas com 60 e mais anos de idade, residentes no município de Almada.

2. MÉTODO

Para a recolha de dados optou-se pela realização de um workshop no qual os participantes pudessem expressar as suas opiniões sobre a temática, numa perspectiva individual, mas também que em conjunto refletissem sobre formas de colmatar as consequências negativas que a solidão apresenta para todos e, em particular, para as pessoas mais velhas.

2.1. PARTICIPANTES

Participaram 72 pessoas com 60 e mais anos de idade, maioritariamente do sexo feminino (61), com idades entre os 60 e os 85 e mais anos, residentes no município de Almada.

2.2. INSTRUMENTOS

Foi criado um Guião no qual se referiram os objetivos do workshop, as partes que o constituíam, o que se pretendia em cada momento e os respetivos tempos de duração. No guião, também, se especificava o papel do dinamizador.

2.3. PROCEDIMIENTO

Os participantes foram distribuídos por nove mesas, ficando em cada mesa 8 pessoas, para além dos participantes, encontrava-se um dinamizador, pertencente ao município. Ao dinamizador competia seguir o guião criado para o efeito, anotar e sistematizar a informação referida pelos participantes para posterior apresentação. Tinha, também, como função certificar-se que todos os participantes intervinham.

O workshop teve a duração de 2 horas, distribuídas por 5 momentos. No primeiro momento, os participantes fizeram uma breve apresentação individual (nome, idade) e referiram uma característica pessoal que melhor os definia; no segundo momento, foi solicitado que escrevessem o que entendiam por solidão, se sentiam solidão e o que faziam nos momentos que sentiam solidão. No terceiro momento, os participantes partilharam a informação solicitada no segundo momento. No quarto momento, foi solicitado que cada participante escrevesse soluções para colmatar a solidão. Após este momento, cada participante partilhou as suas soluções e em conjunto fizeram uma sistematização de medidas que refletissem o consenso do Grupo. No quinto e último momento, o dinamizador de cada mesa fez uma apresentação das principais conclusões.

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

Os dados relativos à caracterização dos participantes (sexo e idade) foi feita a partir do Excell, a análise da informação relativa a: “característica pessoal que melhor o define”, “o que entende por solidão”, “sente solidão”, “o que faz nos momentos que sente solidão” e “quais as soluções para colmatar a solidão” foi efetuada com recurso à análise de conteúdo.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De seguida são apresentados os dados relativos à caracterização demográfica do município de Almada, relativa à distribuição da população por sexo e por grandes grupos etários e ao índice de envelhecimento. Depois são apresentados dados relativos à população com 65 e mais anos residentes no município, nomeadamente, por sexo, razão dos sexos e composição dos agregados familiares unipessoais. E posteriormente, apresentam-se os resultados do workshop no que diz respeito à caracterização dos participantes (idade e sexo); característica pessoal que melhor os define; o que para eles representa a solidão; percepção que têm face à sua solidão; o que fazem quando se sentem sós e que soluções apresentam para prevenir a solidão.

3.1. CARATERIZAÇÃO DO MUNICIPIO DE ALMADA

Segundo os Censos de 2021, o município de Almada contabilizava 177,238 pessoas, das quais 13,7% tinham idades entre os 0 e os 14 anos; 62,5% pertenciam ao grupo etário entre os 15 e os 64 anos de idade e os restantes 23,8% tinham idades iguais ou superiores a 65 anos. Apresentou um índice de envelhecimento de 174,2, ou seja, por cada 100 jovens (0-14 anos) existiam 174,2 pessoas com 65 e mais anos de idade.

Relativamente à população com 65 e mais anos, 10,1% eram do sexo masculino e 13,7% do sexo feminino e o rácio de masculinidade foi de 73,1. Por outras palavras, por cada 100 mulheres com 65 e mais anos existiam 73,1 homens. No que respeita à análise dos agregados unipessoais, registou-se que existiam 42,185 agregados familiares compostos por uma só pessoa e destes, mais de metade (53,2%) eram constituídos por pessoas com 65 e mais anos.

Os dados relativos ao município de Almada revelam que apresenta uma estrutura etária envelhecida, em que os mais velhos (23,8%) têm um peso maior do que os jovens (13,7%) no total da população; verifica-se uma feminização do envelhecimento, ou seja, o peso das mulheres com 65 e mais anos é superior (13,7%) aos homens (10,1%) que se reflete na razão dos sexos (73,1 homens por cada 100 mulheres com 65 e mais anos de idade).

3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO WORKSHOP

Participaram 72 pessoas, das quais 11 eram homens (15,3%) e 61 eram mulheres (84,7%). Mais de metade (58%) tinham idades superiores a 75 e mais anos de idade e, destes 19% tinham idades compreendidas entre os 75 e os 79 anos; 17% entre os 80 e os 84 anos e 22% com 85 e anos anos. Os restantes 42%, pertenciam aos grupos etários entre os 60 e os 64 anos (6%), entre os 65 e os 69 anos (14%) e entre os 70 e os 74 anos (22%).

3.3. CARACTERÍSTICA PESSOAL QUE MELHOR DEFINE OS PARTICIPANTES

Relativamente às características pessoais que melhor definem os participantes por sexo, verifica-se que as mais referidas pelos homens foram: Solidário, Sonhador, Divertido e Optimista (ver figura 1), já as mais referidas pelas mulheres, Extrovertida, Teimosa e Alegre (ver figura 2).



Figura 1 – Caraterística Pessoal – Homens



Figura 2 – Caraterística Pessoal - Mulheres

3.4. O QUE OS PARTICIPANTES ASSOCIAM À SOLIDÃO (NUMA SÓ PALAVRA)

Sobre a palavra que os participantes associam à solidão, verificou-se que tendem a associar a sentimentos negativos, sendo os mais referidos: Tristeza, Abandono, Estar só, Viver só e Vazio (ver figura 3).



Figura 3 – O que os Participantes associam à Solidão

De salientar que os participantes referiram que o fato de se estar acompanhado não significa que as pessoas não possam sentir solidão. De seguida, transcrevem-se algumas frases:

*“É sentir-se só, mesmo estando acompanhada”; “É sentirmo-nos tristes, sós, mesmo que acompanhados”;
 “Falta de alguém, mesmo estando acompanhada”; Estar rodeada de muita gente e sentir-se sozinha”;
 “Estarmos rodeados de multidões e estarmos completamente sós”.*

3.5. PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES FACE À SUA SITUAÇÃO DE SOLIDÃO

A grande maioria dos participantes referiu que não sente solidão, vejamos algumas das respostas:

*“Nunca senti solidão”; “Eu ainda não sinto solidão, ainda não tive tempo”; “Não tenho tempo de sentir solidão”;
 “Eu estou bem acompanhado – não me sinto só”, “De uma forma geral, não me sinto só” e “Solidão não sinto,
 mas gostava de ser mais visitada ou que me ligassem (família) a saber da minha saúde, bem-estar ou para
 darem uma palavra de conforto”.*

Os que referiram sentir solidão, expressaram *“Não ter ninguém para contar as nossas mágoas”, “Não ter quem nos dê um abraço de conforto”, “Chegar a casa e estar sozinha. Não ter com quem partilhar os nossos problemas”.*

3.6. O QUE OS FAZEM OS PARTICIPANTES QUANDO SE SENTEM SÓS

Analisando o que os participantes referiram fazer quando se sentem sós, registou-se, *“Ler”, “Rezar”, “Ouvir música”, “Escrever”, “Cozinhar”, “Fazer Tricot”, “Fazer Bricolage”, “Tocar Violino”.*

3.7. SOLUÇÕES APONTADAS PELOS PARTICIPANTES PARA COLMATAR AS SITUAÇÕES DE SOLIDÃO

Quando questionados sobre soluções a desenvolver para colmatar as situações de solidão que as pessoas em geral e as mais velhas enfrentam, registaram-se *“Realização de campanhas de sensibilização sobre as consequências da solidão”, “Promoção de convívios intergeracionais”, Promover a participação, Fomentar*

a prática do voluntariado sénior, Apoio domiciliário holístico, Implementar mecanismos de sinalização de pessoas em situação de isolamento.

4. CONCLUSIONES

Como principais conclusões do workshop podemos referir que a grande maioria dos participantes era do sexo feminino, caracterizam-se pessoalmente de forma muito positiva, sendo a característica pessoal mais referida pelas participantes do sexo feminino foi “teimosia”, e a dos participantes masculinos foi “solidário”, relativamente à sua percepção face à solidão, referem não sentir solidão.

Quando se sentem sós, procuram ocupar-se com atividades lúdicas, tais como ler, escrever, ouvir música, rezar, atividades de bricolagem, entre outros. Associam a Solidão a algo negativo como, Tristeza, Melancolia, Infelicidade, Dor, Vazio, Viver Só. Como solução para combater a solidão os participantes referiram, promover a participação dos mais velhos na sociedade, realização de convívios intergeracionais e envelhecer em casa com cuidados holísticos. Interessante salientar que muitos dos participantes referiram que estar-se acompanhado não é sinónimo de não se estar em solidão.

Sobre as soluções para colmatar a solidão um dos participantes referiu “Sobre a salvação do Mundo, está tudo dito. Agora só resta salvá-lo!”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chow, S.K.Y., Wong, F.M.F. & Choi, E.K.Y. (2021). Loneliness in Old Age, the Related Factors, and Its Association with Demographics and Districts of Residence. *International Journal of Environment*, 18:9398, <https://doi.org/10.3390/ijerph18179398>
- Gardiner, C., Geldenhuys & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health and Social Care in Community*, 26(2), 147-157.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Gibson, H. B. (2000). *Loneliness in later life*. Macmillan Press Ltd.
- Lena Dahlberg, Kevin J. McKee, Amanda Frank & Mahwish Naseer (2022) A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults, *Aging & Mental Health*, 26(2), 225-249. DOI: 10.1080/13607863.2021.1876638
- Mechelli, A. (2022). *People feel lonelier in crowded cities – but green spaces can help*. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2022/01/lonely-study-green-space-city/>
- ONU-HABITAT (2022). *World Cities Report 2022. Envisaging the Future of Cities*. United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat).
- Pearlman, D. & Peplau. L. (1998). Loneliness. In: Friedman, H.S., Ed., *Encyclopedia of Mental Health*, 2, 571-581.
- Victor, R. C. & Pikhartova, J. (2020). Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. *BMC Public Health*, 20, 778.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08703-8>
- WHO (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO (2023). *Loneliness and social isolation are health risks*. WHO Team. WHO Commission on Social Connection. <https://www.who.int/multi-media/details/loneliness-and-social-isolation-are-health-risks>

Capítulo 3. Impacto do isolamento social e da solidão na saúde mental e qualidade de vida dos adultos mais velhos.

Ana Henriques.

EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Portugal; Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR), Porto, Portugal; Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Palabras clave: isolamento social, qualidade de vida, solidão, saúde mental.

A população mundial está a envelhecer rapidamente, o que constitui um desafio considerável para as agências da saúde pública (World Health Organization, 2015). Portugal é um bom exemplo deste fenómeno, já que 23% da população tem pelo menos 65 anos de idade (European Commission, 2018) e é esperado que esta proporção cresça, uma vez que atualmente é o país da Europa que envelhece mais rapidamente.

Além disso, observamos quer em Portugal quer em Espanha, um aumento da esperança média de vida acima dos 65 anos superior à média da União Europeia, no entanto, desses anos de vida, menos de metade são considerados anos de vida saudável (All Party Parliamentary Group for Longevity, 2020), e é neste último aspeto que investigação se deve focar mais, em acrescentar qualidade de vida aos anos vividos.

O isolamento social e a solidão afetam aproximadamente entre um terço a metade dos idosos. São ambos reconhecidos como um problema prioritário de saúde pública e uma principal área de ação da Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (2021-2030) (World Health Organization, 2021), levando à existência de Ministérios da Solidão em alguns países como Reino Unido e o Japão. Também aqui, Portugal e Espanha apresentam semelhanças, tendo ambos uma prevalência de adultos mais velhos a viver sozinhos de cerca de 24%. Relativamente à solidão, ainda há problemas de escassez de dados populacionais, nomeadamente longitudinais, bem como uma heterogeneidade substancial na sua medição, o que torna a comparação entre países mais difícil e reforça a necessidade de investigação robusta na área (Surkalim et al., 2022).

No Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto temos a felicidade de podermos fazer investigação na área mencionada recorrendo à primeira coorte Portuguesa de base populacional, o EPIPorto. Esta coorte está em curso desde 1999, com o objetivo de avaliar os determinantes de saúde da população adulta residente na cidade do Porto. No momento do recrutamento, foram selecionadas aleatoriamente através do telefone, de entre os habitantes da cidade, 2485 pessoas, que têm sido alvo de avaliações sucessivas, tendo a última ocorrido no final de 2022. Têm sido publicados diversos artigos científicos em revistas indexadas tendo em conta a saúde e a qualidade de vida dos adultos mais velhos, dos quais destacaremos alguns.

O suporte social tem sido reconhecido como um importante determinante social da saúde porque facilita os indivíduos a satisfazerem as suas necessidades físicas e emocionais e reduz os efeitos de eventos stressantes no seu bem-estar (Bryła, Burzyńska, & Maniecka-Bryła, 2013).

No entanto, é necessária mais investigação na população em geral, nomeadamente nos países do sul da Europa, onde o suporte social informal é normalmente a principal fonte de suporte social (Pichler F & Wallace, 2007). Assim, o objetivo deste estudo foi examinar até que ponto o suporte social (da família, amigos ou outras pessoas significativas) medeia a associação entre indicadores socioeconómicos (educação, ocupação e percepção de auto-percepção do rendimento - SEP) e qualidade de vida de adultos mais velhos. Para medir a qualidade de vida dos idosos, foi utilizada a escala WHOQOL-OLD e para o suporte social utilizou-se a Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Foi realizada uma análise de trajetórias para quantificar os efeitos diretos, indiretos e totais do SEP na qualidade de vida. Os nossos resultados mostram um efeito total positivo da escolaridade na qualidade de vida ($\beta = 0,28$; IC 95%: 0,05-0,48). Neste modelo, encontramos um efeito indireto através do suporte social ($\beta = 0,15$; IC 95%: 0,05-0,26), explicando 54% do caminho entre a educação e a qualidade de vida. Foi identificado um padrão semelhante para a associação entre ocupação e a qualidade de vida. A auto-percepção do rendimento teve um efeito total de 2,74 (IC 95%: 1,68-3,93) na qualidade de vida. Embora tenha sido encontrado efeito indireto por meio do suporte social ($\beta = 0,98$; IC 95%: 0,42-1,55), permaneceu ainda o efeito direto dessa variável ($\beta = 1,76$; IC 95%: 0,65-2,90). Assim, o suporte social pode ser um mecanismo através do qual o PES impacta a qualidade de vida dos idosos. Estas descobertas reforçam a importância das redes sociais no envelhecimento e a necessidade de minimizar os riscos de solidão e isolamento social, a fim de maximizar a qualidade de vida dos adultos mais velhos. Focarmo-nos em maximizar o suporte social em populações com baixo SEP pode resultar numa minimização das desigualdades na qualidade de vida e, conseqüentemente, contribuir para um envelhecimento saudável para todos (Henriques, Silva, Severo, Fraga, & Barros, 2020).

Outro facto a ter em conta quando se estuda isolamento social é a sua natureza multidimensional. A maioria dos estudos define o isolamento social como um conceito unidimensional, baseado apenas número de contactos sociais com familiares e/ou amigos, descurando também os seus aspetos subjetivos (Courtin & Knapp, 2017). Além disso, a participação em atividades de lazer pode ser importante para reduzir o isolamento social mais tarde na vida, uma vez que as relações sociais são uma parte fundamental de muitas dessas atividades (Toepoel, 2013).

Uma melhor compreensão dos múltiplos aspectos do isolamento social na depressão, e como eles se organizam em padrões, é essencial para informar as intervenções de saúde pública destinadas a prevenir patologia depressiva nesta população. Dado que o isolamento social é um construto multidimensional, provavelmente mais do que a soma das suas componentes, utilizando também dados da corte EPIPorto, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar como diferentes indicadores de isolamento social se interligam e estão associados a sintomas depressivos em 643 adultos da cidade do Porto com pelo menos 60 anos de idade e que foram avaliados em 2017.

A depressão foi avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica (Short-Form). A medição do isolamento social foi realizada através de indicadores objetivos – morar sozinho, estado civil, atividades de lazer – e subjetivos – suporte social percebido, medido através do Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Como o isolamento social é um construto multidimensional que provavelmente é mais do que a soma dos

seus componentes, procedeu-se a uma análise por clusters de modo a conseguirmos agrupar indivíduos em perfis de isolamento social.

Na nossa análise foram identificados cinco perfis: Cluster 1 (ter companheiro/a; alto suporte social; alta variedade de atividades de lazer); Cluster 2 (ter companheiro/a; alto suporte social; poucas atividades de lazer); Cluster 3 (sem companheiro/a; baixo suporte social; poucas atividades de lazer); Cluster 4 (morar sozinho; elevado suporte social; elevada variedade de atividades de lazer); Cluster 5 (ter companheiro/a; alto suporte social; variedade limitada de atividades de lazer). Em comparação com o Cluster 1, os participantes do Cluster 2 tinham três vezes mais probabilidade de ter depressão, independentemente da idade, sexo, escolaridade, comorbilidades e autoperceção da sua saúde (OR=3,04; IC 95%: 1,38–6,71). Os participantes do Cluster 3 apresentaram maior probabilidade de depressão que não foi explicada por nenhum dos fatores confundidores (OR=4,74; IC 95%: 2,15–10,44). Assim, os idosos que vivem sozinhos não são necessariamente os mais propensos à depressão. Aqueles que percebem o seu suporte social como baixo e não praticam atividades de lazer são mais vulneráveis à depressão, independentemente da idade, sexo, escolaridade e qualidade da sua saúde. Para compreender como o isolamento social afeta a saúde mental, devem ser consideradas simultaneamente medidas de isolamento objetivas e subjetivas (Henriques et al., 2022).

Demonstrada a importância e o impacto que as questões relacionadas com as relações interpessoais e sentimentos de solidão têm na saúde mental e na qualidade de vida dos adultos mais velhos, é também relevante perceber qual o papel que o sistema de saúde pode ter aqui, nomeadamente ao nível da prevenção. Desta forma, os profissionais de saúde poderão realizar periodicamente uma avaliação usando uma ou mais ferramentas validadas para identificar idosos em isolamento social e/ou com solidão e para iniciar possíveis intervenções preventivas após ter identificado indivíduos em risco elevado devido a determinados acontecimentos de vida (por exemplo, perda de alguém significativo, mudança geográfica, condições de saúde relevantes), bem como abordar com os próprios indivíduos e/ou respetivos cuidadores, as repercussões adversas na saúde derivadas do isolamento social e da solidão. Estes profissionais poderão ainda contribuir para se aprofundarem as causas desse isolamento (por exemplo, perda auditiva, limitações de mobilidade, etc) e procurar utilizar práticas baseadas na evidência para abordar estas causas (National Academies of Sciences & Medicine, 2020).

Ainda focando nos profissionais de saúde, a evidência mostra que estes estão bem conscientes das características quase pandémicas do isolamento social e da solidão para a saúde dos adultos mais velhos reconhecem ambos como um problema de saúde pública, no entanto sentem que durante a sua formação não tiveram treino suficiente em lidar com estes sentimentos na sua prática clínica e causa-lhes uma sensação de desconforto procurar ajudar os seus doentes a lidar com este isolamento (Jovicic & McPherson, 2020). Deste modo, para que possamos ter profissionais de saúde que saibam lidar com estes fenómenos, precisamos de incorporar o seu estudo desde as fases iniciais da sua formação.

Em jeito de conclusão, gostaria de chamar a atenção para o facto do isolamento social e a solidão serem muito mais do que apenas um sentimento mau – ela prejudica tanto a saúde individual como a social. Ambas estão associadas a um maior risco de doenças cardiovasculares, demência, acidente vascular cerebral, depressão, ansiedade e morte prematura. O impacto desta desconexão social na mortalidade é semelhante à causada por fumar até 15 cigarros por dia e ainda maior do que o que está associado à obesidade e à inatividade física (Holt-Lunstad, Robles, & Sbarra, 2017). As consequências de uma sociedade sem conexão social podem

ser sentidas tanto nas escolas, como nos locais de trabalho e organizações cívicas, onde o desempenho, a produtividade e o engajamento são diminuídos. Conhecendo as profundas consequências da solidão e do isolamento social na saúde das populações, nomeadamente nos adultos mais velhos, temos a oportunidade e uma obrigação de fazer um investimento no combate ao isolamento social pelo menos semelhante áquele que fizemos para diminuir o consumo de tabaco, obesidade e o lidar com o tabaco uso, obesidade e dependencia de substâncias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- All Party Parliamentary Group for Longevity. (2020). *The Health of the Nation: A Strategy of healthier longer lives*.
- Bryła, M., Burzyńska, M., & Maniecka-Bryła, I. (2013). Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 181. doi:10.1186/1477-7525-11-181
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*, 25(3), 799-812. doi:10.1111/hsc.12311
- European Commission. (2018). *Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Luxembourg: Directorate-General for Economic and Financial Affairs 2017.
- Henriques, A., Silva, S., Severo, M., Fraga, S., & Barros, H. (2020). Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Prev Med*, 135, 106073. doi:10.1016/j.ypmed.2020.106073
- Henriques, A., Talih, M., Pastor-Valero, M., Fraga, S., Dias, I., Matijasevich, A., & Barros, H. (2022). A multidimensional perspective of the relation between social isolation and depression among Portuguese older adults. *Health Soc Care Community*, 30(4), 1412-1421. doi:10.1111/hsc.13471
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *Am Psychol*, 72(6), 517-530. doi:10.1037/amp0000103
- Jovicic, A., & McPherson, S. (2020). To support and not to cure: general practitioner management of loneliness. *Health Soc Care Community*, 28(2), 376-384. doi:10.1111/hsc.12869
- National Academies of Sciences, E., & Medicine. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Pichler F, & Wallace, C. D. (2007). Patterns of Formal and Informal Social Capital in Europe. *European Sociological Review*, 23(4), 423-435. <https://doi.org/10.1093/esr/jcm013>.
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 376, e067068. doi:10.1136/bmj-2021-067068
- Toepoel, V. (2013). Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People? *Soc Indic Res*, 113(1), 355-372. doi:10.1007/s11205-012-0097-6
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*.

Capítulo 4. Afectación del bienestar y sensación de soledad en mayores durante la COVID-19.

N. Floro Andrés-Rodríguez^{1,8}, José Antonio Fornos-Pérez^{2,3,8}, Iván Busto-Domínguez. Farmacéutico^{4,8}, Bibiana Guisado-Barral^{5,8}, Laura León-Rodríguez,^{2,6,8}, Rocío Mera-Gallego^{7,8}.

¹*Farmacéutico comunitario jubilado.*

²*Profesor Asociado Facultad de Farmacia de la USC.*

³*Farmacéutico comunitario en Cangas do Morrazo (Pontevedra).*

⁴*Departamento Técnico Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra.*

⁵*Farmacéutica comunitaria en Crecente (Pontevedra).*

⁶*Farmacéutica comunitaria en Ourense.*

⁷*Farmacéutica comunitaria en Vigo.*

⁸*Grupo Berbés de Investigación y Docencia del COF de Pontevedra (www.grupoberbes.org).*

Palabras clave: Farmacia comunitaria, Covid-19, Estado de ánimo, Bienestar. Soledad.

RESUMEN

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 produjo un enorme impacto en la población. Las medidas de restricción de la libertad de movimiento supusieron cambios importantes en el desarrollo normal de la vida privada, laboral, familiar y social. Los mayores son quienes de manera más intensa están sufriendo sus consecuencias.

En el presente trabajo analizamos la afectación del estado de ánimo, la repercusión sobre el bienestar y la sensación de soledad percibida por los usuarios de las farmacias de 65 años y mayores y los factores de riesgo que pueden haber tenido influencia en dicha percepción.

1. INTRODUCCIÓN

A finales de diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China), las autoridades sanitarias informaron de un brote de 27 casos de neumonía, 7 de ellos de carácter grave, de etiología desconocida y con sintomatología desde el 8 de diciembre de 2019. En enero de 2020, se identificó al agente causal como un nuevo coronavirus, de la familia Coronaviridae, al que se denominó SARS-CoV-2 por ser el productor de un síndrome respiratorio agudo severo (SARS), y el 12 de enero las autoridades chinas compartían la secuencia genética del nuevo coronavirus (M^o Sanidad. 2020).

Debido a la amenaza que suponía y a su elevada velocidad de propagación la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 12 de marzo de 2020 la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19) fue reconocida como pandemia global y considerada una emergencia de salud pública mundial (Fernández-Ballesteros y Sánchez-Izquierdo, 2020).

El primer caso notificado en España de coronavirus, se remonta al 31 de enero de 2020 en la isla de la Gomera. A finales de febrero empiezan a notificarse varios casos en Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana (Costa-Sánchez y López-García, 2020).

El 14 de marzo de 2020 el gobierno español decretó el estado de alarma en todo el territorio nacional. Las medidas drásticas derivadas del estado de alarma, incluyeron un confinamiento domiciliario de la población y la restricción de libertad de movimientos con el fin de afrontar la emergencia sanitaria provocada por la enfermedad (BOE, 2020) y “proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública” (Gobierno de España, 2020). Finalmente, el día 21 de junio de 2020 a las 00:00 y después de superar diversas fases de un plan de desescalada en las que progresivamente se fueron aliviando las limitaciones, se declara el fin del estado de alarma (Gobierno de España, 2020).

El estado de alarma decretado supuso importantes cambios en el desarrollo normal de la vida privada, laboral, familiar y social pudiendo alterar la salud y el estado de ánimo, generando en la población sentimiento de temor, desánimo e inseguridad (EAE, 2020).

En determinados colectivos más vulnerables como son las personas mayores y enfermos crónicos, esta situación adquiere una elevada relevancia (Pinazo-Hernandis, 2020). La incertidumbre por la situación, el nivel de amenaza percibido junto con las medidas de distanciamiento físico y aislamiento social genera un enorme impacto psicológico que desencadena miedo, soledad, altos niveles de estrés y ansiedad (Fernández-Ballesteros y Sánchez-Izquierdo, 2020; Tull et al., 2020; Molero et al., 2020; Moreno et al., 2020).

El FC está permanentemente al lado de los pacientes que acuden a las farmacias. Durante la fase más dura de la pandemia fueron el centro sanitario al que acudían sin necesidad de esperas ni cita previa. Los farmacéuticos del Grupo Berbés de Investigación y Docencia quisimos transmitirles nuestra proximidad y preocupación por su estado de salud, por lo que nos planteamos este estudio la finalidad de conocer la percepción de los usuarios mayores de 65 años de las farmacias comunitarias sobre la repercusión de la pandemia en su salud, las actividades cotidianas y la sensación de soledad desde el comienzo del confinamiento para poder implementar acciones de educación sanitaria que contribuyeran a consolidar esa relación de confianza y les ayudaran a mejorar su estado de salud.

Los objetivos de este trabajo fueron evaluar la afectación del estado de ánimo, el bienestar y la sensación de soledad percibida por mayores usuarios de las farmacias en dos momentos durante el estado de alarma y estudiar los factores socio-demográficos y clínicos que pudieran estar relacionados con dichas percepciones

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO

Estudio observacional transversal en farmacias de Pontevedra y Ourense, en dos momentos tras la declaración del Estado de Alarma en España: del 15 al 30 de marzo (inicio) y 10 al 25 de junio de 2020 (final).

Este estudio forma parte de otro más amplio, en el que se analizaron las mismas variables en sujetos mayores de edad (Mera-Gallego et al, 2020; Mera-Gallego et al, 2021). Aquí se presentan los resultados correspondientes a los participantes de 65 o más años.



Figura 1. Esquema temporal del estudio (Adaptado de www.lamoncloa.gob.es).

2.2. SUJETOS

Personas de 65 años o mayores que acudían a las farmacias colaboradoras y aceptaban participar en el estudio.

2.3. VARIABLES PRINCIPALES

Demográficas (sexo, edad), vivir solo, haber pasado el confinamiento en un piso o en una casa con finca. Estado de ánimo (1 muy bien-5 muy mal), afectación del bienestar (0 nada-10 completamente), percepción de soledad (Sí/No). Comparación entre variables y ≥ 65 / < 65 años.

2.4. PROCEDIMIENTO

Se realizó un muestreo oportunisto, ofreciendo la participación en el estudio a una persona por la mañana y otra por la tarde hasta alcanzar el tamaño requerido.

Tras explicar el objetivo del estudio y obtener su aceptación, cumplieron, en la zona de atención personalizada, un cuestionario diseñado ad hoc, anónimo, depositándolo en una bandeja de plástico desinfectada. 2.5 Tamaño muestral

Para una precisión del 10,0% en la estimación de una proporción al 50% mediante un intervalo de confianza al 95% bilateral, asumiendo la máxima incertidumbre, resultó necesario incluir 96 participantes.

2.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa SPSS® 22.0 para Windows®. Los datos cualitativos se expresan como porcentajes y los cuantitativos como media m (desviación estándar) (DE). Se empleó la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas, la t de Student para cuantitativas con distribución normal y Mann-Whitney para cuantitativas con distribución no normal. Para relacionar las variables cuantitativas, correlación de Spearman. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El procedimiento garantizaba que la cumplimentación, recogida de los datos, características y opiniones de los participantes llegase al grupo investigador para su análisis de manera totalmente anónima.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participaron en el estudio 6 farmacias de Pontevedra y 2 de Ourense que registraron 1545 encuestas, 706 (58,8% mujeres) al inicio y 839 (58,6% mujeres) al final. La media de edad fue de 52,0 (DE=17,4) años, mujeres 51,8 (DE=17,4), hombres 52,4 (DE=17,3), $p=0,4825$. 450 (29,1%) correspondían a personas ≥ 65 años, 159 al inicio (22,5%) y 291 (34,7%) al final. Los datos socio-demográficos de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 Características demográficas de la muestra

Características demográficas de la muestra			
	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)
Inicio			
Sexo	100 (62,9)	59 (37,1)	159 (22,5)*
Edad m (DE)	72,5 (6,7)	72,8 (5,6)	72,6 (6,3)
Viven solos	22 (22,0)**	3 (5,1)**	25 (15,7)*
Final			
Sexo	162 (55,7)	129 (44,3)	291 (34,7)*
Edad m (DE)	73,1 (6,2)	74,0 (6,3)	73,5 (6,3)
Viven solos	43 (26,5)**	17 (13,2)**	60 (20,6)*
En piso	113 (69,8)**	99 (76,7)**	212 (72,9)*
En casa finca	49 (30,2)**	30 (23,3)**	79 (27,1)*

* % sobre el total de la muestra

** % sobre el total del sexo

En ambas fases las diferencias entre el número de mujeres y hombres que vivían solos resultaron significativas ($p < 0,05$).

No hubo diferencia en tipo vivienda/sexo ($p = 0,1218$) ni tipo vivienda/edad ($p = 0,8262$).

AFECTACIÓN DEL BIENESTAR

El grado medio de afectación del bienestar percibido fue al inicio de 5,7 (DE=2,2) sobre 10 vs al final 5,0 (DE=2,5) ($p = 0,004$).

Por sexos:

Inicio: mujeres 6,0 (DE=2,1), hombres 5,2 (DE=2,1) ($p = 0,0252$). Final: mujeres 5,2 (DE=2,6), hombres 4,9 (DE=2,4) ($p = 0,3725$).

ASPECTOS DEL BIENESTAR AFECTADOS:

Inicio: físico 53 (33,3%), mujeres 31 (31,0%), hombres 22 (37,3%) ($p = 0,4259$); emocional 72 (45,3%), mujeres 52 (52,0%), hombres 20 (33,9%) ($p = 0,0252$); familiar: 95 (59,7%) mujeres 57 (57,0%), hombres 38 (64,4%) ($p = 0,3574$).

Final: físico 69 (23,7%), mujeres 29 (42,0%), hombres 40 (58,0%) ($p = 0,0090$); emocional: 121 (41,6%), mujeres 82 (67,8%), hombres 39 (32,2%) ($p = 0,0005$); familiar: 174 (59,8%) mujeres 105 (64,8%), hombres 69 (53,5%) ($p = 0,0517$),

Inicial/Final: aspecto físico, $p = 0,0282$; emocional, $p = 0,4481$; familiar, $p = 0,9925$.

AFECTACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

El grado de afectación del estado de ánimo percibido por los participantes fue al inicio de 2,7 (DE=0,8) sobre 5, vs al final de 2,7 (DE=0,9), $p = 0,5027$

Inicio: mujeres 2,7 (DE=0,8), hombres 2,6 (DE=0,7) ($p = 0,2253$). Final: mujeres 2,8 (DE=1,0), hombres 2,6 (DE=0,8) ($p = 0,0338$).

SENSACIÓN DE SOLEDAD

Se sintieron solos durante el confinamiento 236 (52,4%) participantes. La distribución inicio/final y por sexos se muestra en la figura 2.

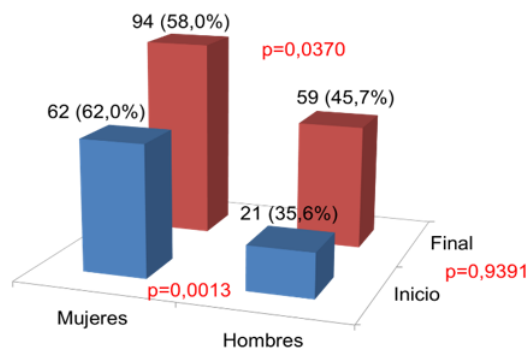


Figura 2. Sensación de soledad Relaciones entre variables

ESTADO DE ÁNIMO:

Grado de afectación medio de la muestra 2.7 sobre 5 (DE=0,9)

Relación con: Sexo: mujeres 2,8 (DE=0,9), hombres 2,6 (DE=0,8) $p < 0,05$. Vive solo/acompañado: 3,0 (DE=1,1)/2,6 (DE=0,8) $p = 0,0081$. Piso/casa: 2,8 (DE=0,9)/2,6 (DE=0,9) $p = 0,1177$. Relación con la edad: < 65 2,8 (DE=0,8)/ ≥ 65 2,7 (DE=0,9) $p = 0,2512$.

Afectación del bienestar: 5,3 sobre 10 (DE=0,9).

Relación con: Sexo: mujeres 5,5 (DE=2,4), hombres 5,0 (DE=2,3) $p = 0,0336$. Vive solo/acompañado: 5,1 (DE=2,8)/5,3 (DE=2,3) $p = 0,5461$. Piso/casa: 5,2 (DE=2,4)/4,7 (DE=2,7) $p = 0,1788$. Relación con la edad: < 65 5,3 (DE=2,3)/ ≥ 65 5,3 (DE=2,3) $p = 0,9439$.

Sensación de soledad: 236 (52,4%) participantes se sintieron solos.

Relación con: Sexo: mujeres 156 (59,6%), hombres 80 (42,6%) $p = 0,0004$. Vive solo/acompañado: 55 (64,7%)/101 (49,6%) $p = 0,0120$. Piso/casa: 114 (53,7%)/39 (49,4%) $p = 0,5032$. Relación con la edad: < 65 398 (36,4%)/ ≥ 65 236 (52,4%) $p < 0,0001$.

DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Al igual que en otros estudios realizados, la mayoría de personas que cubrieron la encuesta son mujeres (60%) ya que ellas son las que se responsabilizan de la salud familiar y suelen acudir más a las farmacias que los hombres (Fornos-Pérez et al., 2017; Piñeiro-Abad, et al., 2018). El número de mayores de 65 años aumentó en la encuesta realizada al final del confinamiento (23% al inicio y 35% al final). Al comienzo era mayor que la final el número de personas entre 30 a 49 años (Mera-Gallego et al., 2020), rango de edad que coincide con el de sus hijos. Entendemos que estas cifras reflejan el deseo de protección de estos, en un rango de edad sin grandes patologías, hacia sus familiares mayores, con varias patologías y mayor fragilidad y, a priori, con mayor probabilidad de sufrir una forma más grave de la infección por SARS Cov-2 (Sancho-Gil, 2022). Al final del estado de alarma el porcentaje de personas mayores de 65 años que acuden a farmacia comunitaria volvió a cifras similares a las de prepandemia, entendemos que favorecido por las medidas de relajación como la

posibilidad de salir a pasear en determinados horarios o hacer ejercicio al aire libre hacia el final del estado de alarma (Mera et al, 2020).

En ambas fases las diferencias entre el número de mujeres y hombres que vivían solos resultaron significativas. Este dato se corresponde con los datos del Instituto Nacional de Estadística de 2020 (INE, 2020), según los que las mujeres representan el 70,9% de hogares unipersonales.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Creemos que constituye una de las limitaciones del estudio el hecho de que la muestra procede de un grupo poblacional específico, el de las personas que acuden a las farmacias comunitarias, que no tiene por qué ser representativo de la población general, por lo que no podemos afirmar que los resultados obtenidos se puedan extrapolar con total precisión al conjunto de la población. Por otro lado, al tratarse de una encuesta autocumplimentada, y en la que se recogen percepciones subjetivas, la objetividad de las respuestas puede estar sesgada por características o experiencias propias que la condicionen. Creemos, no obstante que los resultados no pierden valor por ello, pues reflejan esas percepciones o sentimientos, que condicionan su bienestar y estado de ánimo.

AFECTACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y EL BIENESTAR

Ambas fueron determinadas mediante escalas numéricas, con resultados de afectación moderada, sin diferencias significativas entre inicio y final en cuanto al estado de ánimo, pero sí en la afectación del bienestar percibida, que resultó significativamente mayor al inicio que al final del estado de alarma. Podemos relacionar este resultado con el impacto inicial (elevado número de defunciones, colapso del sistema sanitario, confinamiento, incertidumbre ante el futuro, etc.) y la falta de información y desconocimiento que había al inicio de este período (Pinazo-Hernandis, 2020; Fernández-Ballesteros y Sánchez-Izquierdo, 2020). Fue mayor en mujeres que en hombres al inicio del estado de alarma, sin embargo, no resultaron diferencias significativas al final del mismo. En cuanto a los aspectos del bienestar afectados, solamente se encontraron diferencias significativas por sexos en el aspecto emocional, afectando más a las mujeres. El físico fue el único aspecto que fue más citado entre los hombres que entre las mujeres. Esto coincide con otros artículos publicados, en los que las mujeres son las que asumen el rol de cuidadoras, asumiendo costes físicos y emocionales durante el confinamiento (Johnson et al, 2020; Lozano y Gallardo-Peralta, 2022).

SENSACIÓN DE SOLEDAD

La soledad no deseada es una condición que cada vez afecta a mayor número de personas, especialmente mayores y la pandemia de COVID-19 se considera un desencadenante de este sentimiento, especialmente durante el confinamiento decretado junto con el estado de alarma impuesto por el gobierno entre marzo y junio de 2020 (Losada-Baltar et al, 2020; Vázquez Blanco et al, 2021). La situación de limitación de movimientos, la reducción del contacto social con amigos y familiares como consecuencia del confinamiento, incrementan esa sensación de soledad, ya presente en muchos mayores, y desencadenan o agravan otras patologías como la depresión y la ansiedad (Vázquez Blanco et al, 2021). Dicha sensación resultó significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, coincidiendo con otros autores (Camargo y Chavarro, 2020; Domènech-Abella et al, 2020, De la Mata y Hernández, 2021).

En nuestro estudio amplio (Mera-Gallego et al, 2020), aunque más de la mitad de los participantes de 65 años y mayores son los que más solos se sintieron, la sensación de soledad afectó también a otros tramos etarios, así, en la muestra completa, el 41% dijo haberse encontrado solo, lo que coincide con otros estudios en los que las personas mayores refirieron mayor sensación de soledad (Losada-Baltar et al, 2020; Vázquez et al, 2021).

RELACIÓN ENTRE VARIABLES

La repercusión del confinamiento sobre el estado de ánimo y el bienestar percibidos por los mayores participantes en nuestro estudio, al contrario de los que esperábamos, les afectó en menor medida que a los de mediana edad. Losada-Baltar et al. (2020) lo atribuyen al desarrollo de distintas estrategias de afrontamiento y adaptación a circunstancias adversas.

La condición de vivir solo frente a vivir acompañado sí que afectó de manera significativa al estado de ánimo y a la sensación de soledad, en especial en las mujeres, tal como concluyen Lozano y Gallardo-Peralta (2022). La edad avanzada es también factor de riesgo para la percepción de sensación de soledad no deseada, lo que puede explicarse por la mayor proporción de viudas, en las que coincide también el factor de hogar unipersonal (Lozano y Gallardo-Peralta, 2022).

La afectación del bienestar fue independiente de vivir solo o acompañado, del tipo de vivienda y de la edad. En cambio, las mujeres sí que percibieron una afectación del bienestar significativamente mayor que los hombres, en lo que coincidimos también con las autoras del trabajo citado (Lozano y Gallardo-Peralta, 2022).

4. CONCLUSIONES

El grado de afectación del bienestar y el estado de ánimo fueron intermedios (5,3 sobre 10 y 2,7 sobre 5) y mejoraron ligeramente al final. El aspecto del bienestar más afectado fue el físico en los hombres y el emocional en las mujeres, con diferencias significativas en el aspecto físico.

Más de la mitad de los participantes de 65 o más años se sintieron solos durante el confinamiento al no poder relacionarse con otras personas, significativamente más las mujeres que los hombres.

La afectación del estado de ánimo parece relacionarse con el sexo femenino y vivir solo, el bienestar solo con el sexo femenino. En ninguno de los dos hay relación con la edad o el tipo de vivienda donde se pasó el confinamiento.

Sexo femenino, edad y vivir solo, se relacionan con mayor percepción de soledad.

AGRADECIMIENTOS

A todos los usuarios de las farmacias que aceptaron amablemente participar en el estudio. A los farmacéuticos de las farmacias colaboradoras, sin cuya ayuda no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boletín Oficial del Estado. (2020). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67, de 14/03/2020. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>
- Camargo Rojas, C.M. y Chavarro Carvajal, DA. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Costa-Sánchez, C. y López-García, X. (2020). Comunicación y crisis del coronavirus en España. Primeras lecciones. *Profesional de la Información*, 29(3). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.04>
- De la Mata, C. y Hernández, J. (2021). Lo femenino y la vivencia de la soledad. La vejez como etapa con fortalezas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 34(1), 199-209. <https://doi.org/10.5209/cuts.68544>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Leonardi, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., et al (2020). Loneliness and depression among older European adults: The role of perceived neighborhood built environment. *Health & Place*, 62:102280. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102280>
- EAE Bussines School. La crisis del coronavirus, la información y los estados anímicos. 1/4/2020. [Consultado 19/6/2023]. Disponible en: <https://www.eae.es/actualidad/noticias/la-crisis-del-coronavirus-la-informacion-y-los-estados-animicos>
- Fernández-Ballesteros, R., y Sánchez-Izquierdo Alonso, M. (2020). Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*, 31(3), 165-169. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a25>
- Fornos-Pérez JA, Andrés-Rodríguez NF, Andrés-Iglesias JC, Mera-Gallego R, Mera-Gallego I, Penín-Álvarez O, et al. (2017). Valoración del cumplimiento de los tratamientos hipoglucemiantes y antihipertensivos en Galicia ("CumpleGa"). *Farm Comunitarios*, 9(4):7-15. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).004.02
- Gobierno de España. Plan para la transición hacia una nueva normalidad. 28/4/2020. [Consultado 19/6/2023]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Documents/2020/PlanTransicionNuevaNormalidad.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta continua de hogares. Hogares unipersonales. 2020. (Consultado 1/7/2023). Disponible en https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
- Johnson, M.C., Saletti-Cuesta, L. y Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Suppl. 1):2447-56. doi:10.1590/1413-8123.2020256.1.10472020
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Pedroso-Chaparro, M.S., Gallego-Alberto, L. y Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 55(5):272-278. doi:10.1016/j.regg.2020.05.005

Lozano Benito, A. y Gallardo-Peralta, L.P. (2022). Soledad y bienestar emocional en mujeres mayores. Diversas experiencias durante el confinamiento en Bilbao. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, 29(2):208-35. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.20221>

Mera, A.Y., Tabares-González, E., Montoya-González, S. y Monsalve Vélez, F. (2020). Recomendaciones prácticas para evitar el descondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19. *Universidad y Salud*, 22(2):166–77. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/5283>

Mera-Gallego, R., León-Rodríguez, L., Mera-Gallego, I., González-Blanco, M., Acuña-Ferradanes, A., Pérez-Molina, L., et al. (2020) Percepción de los usuarios de la farmacia comunitaria sobre la COVID-19. *Farm Comunitarios*. 12(3): 5-13. [https://www.doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2020/Vol12\).003.02](https://www.doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2020/Vol12).003.02)

Mera-Gallego, R., León-Rodríguez, L., Mera-Gallego, I., González-Blanco, M., Fernández-Cordeiro, M., Piñeiro-Abad, A., et al. (2021) Percepción de los usuarios de la farmacia comunitaria sobre la COVID-19 al final de la alarma y comparación con la situación al inicio. *Farm Comunitarios*. 13(1): 7-16. [https://www.doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2021/Vol13\).001.03](https://www.doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2021/Vol13).001.03)

Ministerio de Sanidad. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Información inicial de la Alerta en China. 31/1/2020. [Consultado 16/6/2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf

Molero Jurado, M.M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M.C. y Gázquez Li-ñares, J.J. (2020). Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española. *Aten Primaria*, 52(7):515-6. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.001>

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., et al. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(9), 813–24. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: Problemas y retos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55(5), 249-52. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

Piñeiro-Abad, A., Mera-Gallego, R., Andrés-Iglesias, J.C., Fornos-Pérez, J.A., Vérez-Cotelo, N. y Andrés-Rodríguez, N.F. (2018). Análisis del rechazo de dispensaciones en receta electrónica y la relación con el incumplimiento. *Pharm Care Esp*, 20(4):247-68. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/441>

Sancho-Gil, E. (2022). *Análisis de la mortalidad por COVID-19 en el Hospital General de Elda en pacientes con fragilidad*. TFG, Universidad Miguel Hernández de Elche. <https://hdl.handle.net/11000/28834>

Tull, M.T., Edmonds, K.A., Kayla, M., Sca-maldo, J.R., Richmond, J.P., Rose, K.L., et al. (2020). Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Research*, 289:113098. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>

Vázquez Blanco, A., Baz Codesal, M., y Blanco Martín, M. P. (2021). El confinamiento por el covid-19 causa soledad en las personas mayores. Revisión sistemática. Revista INFAD de Psicología. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1): 471–8. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2099>

Capítulo 5. Aislamiento social, soledad y suicidio en Personas mayores.

Javier Vicente Alba.

*Hospital de O Salnés. Servicio de Psiquiatría de la EOXI de Pontevedra-O Salnés.
Profesor asociado. Universidad de Santiago de Compostela.*

Palabras clave: aislamiento, soledad, suicidio, personas mayores.

1. INTRODUCCIÓN

El estudio del suicidio (y de las conductas suicidas) ha ido ganando importancia con el paso del tiempo. En España, los estudios suelen basarse en los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Según estos datos, su incidencia ha ido incrementándose a lo largo de los años, si bien hubo un retroceso durante el confinamiento en el año 2020. En la Fundación de Salud Mental, se ha publicado ya el avance de los datos del año 2022 en base a los publicados por el INE (provisionales de junio 2023), en los que se señala que han fallecido por suicidio 4.097 personas en España, una media de 11,2 personas al día; un 74% de ellas varones (3042) y un 26% mujeres (1051). En la población mayor de 60 años se han producido 1632 suicidios, cifra similar al del año 2021 (Observatorio suicidio, 2023)

Centrándonos en Galicia, en la memoria publicada por el Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA), publicado a finales del año 2022, se ha visto que durante el año 2020 hubo un descenso del número de suicidios, con un incremento posterior en el 2021 de un 7,8% con respecto al 2020 (4.8% con respecto al 2019) (IMELGA, 2022).

Por grupos de edad, los grupos de población con mayor riesgo, con un número mayor de suicidios han sido los grupos de 51-60 años (67) y 71-80 años (62) (IMELGA, 2022) Este dato no se ha visto sólo en Galicia, Cacabelos N, en su revisión sobre el suicidio en España entre el año 2019 y 2020 observó, con respecto al grupo de mayores de 80 años, que la tasa de suicidio por 100000 habitantes pasó de 16,06 en el año 2019, a 19 en el año 2020. Esto representa el más del doble con respecto a la población general (Cacabelos N, 2022)

La preocupación por la prevalencia y el estudio del suicidio se evidencia en múltiples estudios internacionales. Así, en el estudio de Pirkis et al, estudio en 33 países (no incluido España), no se ha encontrado un incremento entre el año 2020-2021 en el número de suicidios esperados, salvo unos países en concretos: India, Irán, Rusia, Austria, Canadá, Puerto Rico, New Jersey, Australia, Japón. En estos países, se ha objetivado un incremento en la tasa de suicidios a medida que ha ido transcurriendo el tiempo (Pirkis J, 2022).

El incremento en el número de suicidios ha llevado a comenzar a implantar diferentes estrategias de abordaje para la prevención, intervención y postvención de las conductas suicidas en las diferentes Comunidades Autónomas, haciendo hincapié en la necesidad de buscar e identificar poblaciones de mayor riesgo. En esta búsqueda, es necesario poner el foco en el incremento de suicidios en la población mayor de 65 años y en la necesidad de realizar modelos de abordaje específicos.

2. LA TEORÍA DE LOS TRES PASOS DESDE UNA VISIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS.

Existen múltiples teorías que tratan de estudiar la gran complejidad de la conducta suicida, muchas de las cuales se basan en la existencia de una ideación suicida que, en relación con diferentes factores, deriva en un paso al acto suicida. Dentro de éstas teorías, una de las más recientes es la Teoría de los tres pasos (The three-step theory o 3ST). Desarrollada por Klonsky y May en el año 2015, se trata de una de las teorías con mayor evidencia en la actualidad (Klonsky y May, 2015) (Klonsky y May, 2021). Es una de las teorías con las que se trabaja en las Unidades de Suicidio y que trataremos de encuadrar en la población mayor.

Esta teoría trata de explicar el suicidio en relación con 4 factores, que cuando confluyen, explican la existencia de la ideación autolítica y el posible paso al acto.

1. El dolor.
2. La desesperanza.
3. Conexión.
4. Capacidad/disposición para cometer el suicidio.

Así, el acto suicida aparece cuando la persona experimenta un gran dolor, asociado a la desesperanza, la capacidad de conexión con su entorno es baja y existe una capacidad o disposición para cometerlo.

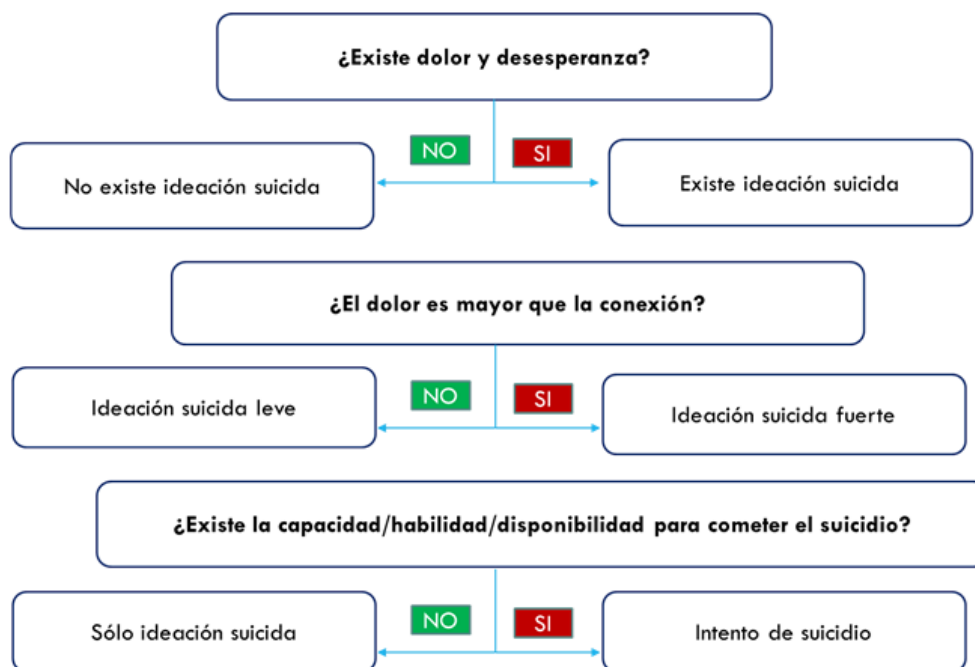


Figura 1: Algoritmo Teoría de los 3 pasos. Fuente: Klonsky y May, 2015 (traducido).

2.1. EL DOLOR Y LA DESESPERANZA SE RELACIONAN CON LA IDEACIÓN SUICIDA

El dolor, tanto físico como psicológico, se relaciona con la ideación suicida. Ejemplos de dolor son: las experiencias vitales adversas (como es la ruptura o fallecimiento de pareja o la pérdida de un trabajo, el racismo,

acoso, etc.), la existencia de una enfermedad física o mental. El otro elemento, la desesperanza, se relaciona con la pérdida de expectativa de mejora en el futuro.

La conjunción del dolor y la falta de expectativas en que el futuro mejore son la base principal en la ideación suicida.

Las personas mayores son un grupo etario que convive con el dolor a través de la existencia de pluripatologías físicas (artropatías, patologías cardio-respiratorias, neurológicas, etc.) y de patologías relacionadas con la Salud Mental o Psicológicas (como puede ser el dolor por la pérdida de un ser querido). Estas patologías no solo generan un dolor, si no que también producen una limitación funcional, lo que se traduce en una mayor dependencia de terceros y en la posible existencia de una pérdida en las expectativas de mejora de cara a un futuro.

2.2. LA IDEACIÓN SUICIDA SE INTENSIFICA CUANDO EL DOLOR EXCEDE A LA CAPACIDAD DE CONEXIÓN.

La Conexión o conectividad es un concepto amplio que se refiere a lo que nos conecta con el presente, con nuestra realidad.

Ejemplos de la conexión son: Lo que sentimos hacia nuestra familia/entorno/amistades, nuestro trabajo, donde vivimos, nuestras mascotas.

También se refiere a nuestro rol o identidad y cualquier propósito o ideales.

La conexión se relaciona con las expectativas y esperanzas de mejora, con “darle un sentido a lo que me pasa”.

En las personas mayores se ha visto que existe una disminución en la capacidad de conexión. Se ha visto que:

- Existe una mayor tasa de soledad no deseada o sensación de desconexión o de aislamiento.
- Edadismo: pérdida de valor y productividad, incremento de la dependencia, cuando el propio concepto de persona mayor, constructo social, variable.
- Pérdida del rol en el ámbito familiar, laboral (comunitario).
- La devaluación en lo que respecta a la atención sanitaria. Los cuidados son menos importantes que el de otros grupos de edades (covid-19).

El aislamiento y la soledad no deseada en el anciano va a suponer un factor de riesgo independiente ya que:

- Incrementa la desesperanza.
- Supone una pérdida de conexión con el entorno, hay una pérdida de conectividad (incluimos el aislamiento por déficits sensoriales).
- Incrementa la capacidad de cometer el suicidio ya que supone una barrera a la hora de acceder a ayudas por el entorno/servicios sanitarios y sociales.

3. LA IDEACIÓN SUICIDA PROGRESA A ACTO SUICIDA SI ESTÁ PRESENTE EN LA PERSONA LA CAPACIDAD/HABILIDAD O OPORTUNIDAD PARA ELLO

Es importante señalar que la aparición de ideación suicida no tiene que progresar al acto suicida. En realidad, se ha visto que existe una capacitación que sí se relaciona con el paso al acto y que tiene que ver con diferentes aspectos propios que son la capacidad adquirida, la predisposición y la capacidad práctica (disponibilidad).

3.1. CAPACIDAD ADQUIRIDA

El ser humano tiene miedo a las heridas, al dolor y a la muerte de manera innata, la capacidad para superar estos temores se adquiere a través de experiencias vitales que facilitan que la persona se habitúe a convivir con este miedo y que así, éste pierda su intensidad.

Ejemplos: historia de autolesiones previas, historia de abusos.

3.2. PREDISPOSICIÓN

Se refiere a todo aquello que se encuentran en las personas desde el nacimiento y que se relacionan, por ejemplo, con factores genéticos y otros factores individuales que regulan el temperamento, la personalidad y que pueden disminuir el miedo a la muerte.

Ejemplos: Son ejemplos los problemas de disregulación emocional, o las personalidades con una elevada impulsividad.

3.3. CAPACIDAD PRÁCTICA (DISPONIBILIDAD)

Se refiere a cualquier factor que incremente el acceso a métodos letales (acceso a armas, a medicación o el acceso a través de internet de información para conseguirlo).

Funciona en picos y suele relacionarse con un periodo temporal breve (por ejemplo, un impulso). En las personas mayores se ha visto que existe una elevada capacidad en relación con:

- Trayectoria vital. Es más frecuente el acúmulo de vivencias traumáticas o estresoras a lo largo de la vida de una persona.
- Ser testigo de la pérdida de otras personas (cónyuge, amistades, familia, padres).
- Cambios en el carácter de la persona a medida que se hace mayor y de la pérdida de capacidad de adaptación.
- La existencia de cuadros relacionados con la Salud Mental o neurológicos (como el deterioro cognitivo), que lleva a que existan más dificultades a la hora de regular la impulsividad/control de impulsos.

En base a esta teoría, se señala a la población mayor como una población de riesgo en lo que respecta a las conductas suicidas.

¿POR QUÉ CONOCER ESTO ES IMPORTANTE?

Conocer un modelo teórico único que dé respuesta a las conductas suicidas es muy complicado. Sin embargo, es importante buscar modelos que nos puedan dar una orientación a la hora de abordar el suicidio. A partir de este modelo podemos concluir que:

1. Todo lo que suponga aliviar el dolor físico o mental de una persona o le dé esperanzas, supondrá una disminución de la intensidad de la ideación suicida (o incluso su desaparición).
Facilitar la consulta de una persona mayor y establecer un acompañamiento o seguimiento, es un ejemplo válido que puede servir para dar a alguien la esperanza de que la situación puede mejorar.
2. Todo aquello que incremente la conexión o conectividad con nuestro entorno o con nosotros mismos, será algo positivo. Identificar a las personas mayores en situación de baja conexión (aisladas/soledad no deseada) o intentar que se incorporen a actividades comunitarias (como en centros de ocio) o a actividades familiares, son elementos positivos.
3. Disminuir la disponibilidad o la capacidad para cometer el suicidio, restringiendo por ejemplo el acceso a la medicación.

4. CONCLUSIONES

- Las personas mayores son una población o grupo etario de riesgo.
- Los intentos autolíticos han aumentado en poblaciones mayores de 65 años en los últimos años.
- Es importante atender los factores de riesgo/precipitantes para intervenir.
- La intervención es multidisciplinar. Requieren una mirada compartida que va más allá de lo asistencial.
- La soledad/aislamiento es un factor de riesgo independiente en la ideación autolítica y en el paso al acto suicida.

AGRADECIMIENTOS

A la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría. Al Dr. Raimundo Mateos. A D^a Elena Mosquera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fundación Salud Mental. Observatorio del suicidio (acceso julio 2023). <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022/>.

Cacabelos, N. (2022). *Suicidio en España año 2019 y 2020 ¿Cambios en el primer año de pandemia?*. TFG Uvigo.

Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA). (2022). *Memoria das actividades do Instituto de Medicina Legal de Galicia. Ano 2022*. [archivo PDF]. Descarga: <https://ficheiros-web.xunta.gal/xustiza/imelga/memoria-imelga-2022.pdf>

Pirkis, J., Gunnell, D., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Aguilar, P. A., & Spittal, M. J. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*, 51, 101573.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive medicine*, 152, 106549.

Capítulo 6. Estudio de las intervenciones disponibles para abordar el problema de la soledad no deseada.

Mario Rojano Hidalgo, Antonio Caballer Miedes, Óscar Belmonte Fernández, Andrea Castillo Hornero, Agustín López Riera.

Universitat Jaume I, Castellón, España.

Palabras clave: soledad no deseada, intervenciones, tecnología, personas mayores.

RESUMEN

Debido al envejecimiento poblacional y a diversos cambios sociodemográficos, la soledad no deseada cada vez es más frecuente. Esta tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar, especialmente de las personas mayores. El objetivo del presente trabajo es identificar las actuaciones e intervenciones que se están realizando en la actualidad para reducir el problema de la soledad no deseada en las personas mayores y realizar una categorización y un análisis que permita a las instituciones públicas, privadas y del tercer sector emprender intervenciones efectivas contra la soledad no deseada de su población. Se identificaron un total de 92 propuestas nacionales e internacionales, de las cuales 77 cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Se realizó una categorización por ámbito, objetivo y uso de tecnología y un análisis de mejores prácticas. No existe una única manera de afrontar la soledad ni una sola manera de intervenir para reducirla. Las personas mayores son muy heterogéneas y la soledad es una experiencia individual y subjetiva.

1. INTRODUCCIÓN

AUMENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR

El continuo aumento de la esperanza de vida de las personas constituye uno de los mayores logros sociales de los últimos tiempos. Desde finales del siglo pasado se está produciendo una transición demográfica que ha llevado a un aumento de la esperanza de vida y a una mayor proporción de personas mayores. En España, en el año 2021, el porcentaje de población de 65 años y más se ha situado en el 18,84%, sin embargo, según las proyecciones del INE (2020a), alcanzará el 26,5% en el año 2035 y el 28,6% en el año 2070. Por otra parte, existe un aumento en el número de personas, o bien que deciden vivir solas de manera voluntaria o bien por obligación, debido entre otras razones a la muerte de la pareja, la marcha de los hijos o hijas, etc. De las 4.849.900 personas viviendo solas en España en el año 2020, 2.131.400 (un 43,6%) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1.511.000 (un 70,9%) eran mujeres. Respecto al año 2019 representa un incremento de un 2% (96.200 personas) (INE, 2020b).

En el caso de la ciudad de Almassora, según datos del Padrón Municipal del año 2021 (Institut Valencià d'Estadística, 2022), había 3.892 personas mayores de 65 años, de las cuales 2.226 eran mujeres (57,24%)

y 1.667 eran hombres (42,76%). Hasta donde se tiene conocimiento, en la ciudad de Almassora no existe ningún estudio que aporte información sobre el grado de soledad no deseada experimentada por las personas mayores ni de algún tipo de intervención para solventarla.

EFFECTOS DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

Existe abundante literatura y una gran evidencia empírica sobre la influencia de la soledad no deseada y el aislamiento social en la salud tanto física como psicológica de las personas mayores. Por ejemplo, sobre enfermedades cardiovasculares, obesidad, reducción de la actividad física y la capacidad funcional, estrés, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, funcionamiento cognitivo, mortalidad, decaimiento cognitivo leve, riesgo de padecer diversas demencias e incluso la enfermedad de Alzheimer. (Choi et al., 2015; Courtin y Knapp, 2017; Dahlberg y Kevin, 2014; Holt-Lunstad et al., 2015; Leigh-Hunt et al., 2017; NASEM, 2020; Shankar et al., 2017; Steptoe, et al., 2013; Tan et al., 2020; Valtorta et al., 2016).

En un estudio realizado por Baarck et al. (2021) se destaca que, en España, y a diferencia de otros países como Hungría, la soledad no deseada es percibida como un problema social más que personal, por lo que existen numerosas iniciativas por parte de ayuntamientos, gobiernos autonómicos, asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) para solventarla. En este sentido, diversas Comunidades Autónomas y Ayuntamientos están en proceso de elaboración o han elaborado diferentes estrategias para paliar la soledad no deseada. En la Comunidad Valenciana, la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives presentó recientemente la Estratègia Valenciana de Envejecimiento Activo y lucha contra la Soledad no deseada.

OBJETIVO DEL TRABAJO

El objetivo principal del estudio ha sido la revisión de las intervenciones para solventar el problema de la soledad no deseada que se están realizando en la actualidad desde distintos foros, analizar el grado de madurez y las características de cada una de estas actuaciones, y que sirvan como un catálogo de opciones en el que basar futuras intervenciones para reducir la soledad no deseada, emprendidas por el Ayuntamiento de Almassora.

REVISIONES

Se han realizado diversas revisiones de la literatura para identificar, evaluar y resumir el conocimiento disponible sobre el efecto de las intervenciones dirigidas a reducir los sentimientos de soledad. Por ejemplo: Gardiner et al. (2018) estudian 39 intervenciones dirigidas a reducir la soledad y el aislamiento social en personas mayores. Realizan un estudio integrativo para ver cuáles dan mejores resultados en este grupo de edad. Observan tres características propias de las intervenciones que parecen ser más efectivas: son adaptables a las necesidades del colectivo local al que van a ir dirigidas, tienen un enfoque de desarrollo comunitario y, por último, cuentan con la participación activa y transversal de las personas mayores durante todas las fases del proyecto, desde su desarrollo, ejecución hasta su evaluación.

Christiansen et al. (2021) analizan 136 estudios, los resultados del metaanálisis apuntan a una reducción significativa de la soledad en los participantes de las intervenciones, aunque el efecto es moderado y de corta duración. Al comparar las estrategias, no se han encontrado diferencias significativas en los efectos a través de los diferentes tipos de intervención, las intervenciones basadas en el grupo frente a las intervenciones individuales y las intervenciones digitales frente a las no digitales.

2. MÉTODO

En esta sección se presenta primero la metodología utilizada en la búsqueda de las diferentes intervenciones sobre soledad no deseada. Seguidamente se presenta la categorización que se ha utilizado para clasificar las intervenciones encontradas, y poder organizar la presentación de los resultados según los intereses del estudio.

PARÁMETROS DE BÚSQUEDA

La identificación de las diversas intervenciones realizadas hasta la fecha para paliar la soledad no deseada en personas mayores se ha realizado a través de una búsqueda en Internet en lengua española y/o inglesa. Dado que el objetivo del estudio son las intervenciones aplicadas, se ha llevado a cabo una integrative review. La búsqueda no se ha limitado bases de datos científicas (p.ej. Scopus, Pubmed, Psynet, etc.), sino que ha tenido un carácter general.

Los parámetros de búsqueda y selección han sido los siguientes:

- Se ha realizado un primer rastreo de artículos e intervenciones que contuvieran las palabras soledad, intervención, y personas mayores (loneliness, intervention, older person en inglés).
- Sobre el resultado obtenido se ha realizado un primer análisis de alto nivel para identificar que el contenido del artículo e intervención está relacionado con el objetivo de la búsqueda.
- La totalidad de los artículos e intervenciones obtenidas se han compartido en un listado común para eliminar redundancias.
- Sobre el resultado obtenido se ha realizado un análisis de mayor profundidad para descartar aquellos artículos e intervenciones que trabajaran sobre una población distinta de la objetivo (personas mayores residentes en áreas urbanas, no institucionalizadas y que no se encontraran en situación de dependencia).
- También se ha procedido a descartar aquellas intervenciones que no sean replicables, o cuya finalidad sea proveer de servicios a empresas de cuidado de personas mayores.
- Sobre el total obtenido se ha procedido a realizar las fichas correspondientes para su posterior análisis.

CATEGORIZACIÓN

Para facilitar el análisis de las distintas intervenciones seleccionadas, se han definido una serie de categorías que permitirán su clasificación. Estas categorías están basadas en algunas de las propuestas que realizan otros investigadores (Cattan et al., 2005; Masi, Chen, Hawkey y Caccioppo, 2011; Serra y Mollá, 2021; Yanguas et al., 2020).

Las categorías definidas, y los niveles dentro de cada una de las categorías, son los siguientes.

ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN

Indica si la intervención se realiza de manera individual, grupal o comunitaria. Se considera que la intervención es individual cuando se aplica sobre una única persona mayor. Se considera que la intervención es grupal cuando su aplicación se realiza en grupo, por ejemplo, cuando un ayuntamiento facilita un espacio donde las personas mayores pueden asistir para compartir experiencias en torno a sus vidas. Finalmente, se considera

que una intervención es comunitaria cuando implica a varios agentes, por ejemplo, los comercios del barrio, los servicios sociales del ayuntamiento, vecinas y vecinos y la propia persona mayor.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

Indica el objetivo de la intervención. Se considera que la intervención es de sensibilización cuando su objetivo es hacer visible y crear debate social en torno a la soledad no deseada de las personas mayores. Se considera que el objetivo de la intervención es detección cuando el objetivo es determinar qué personas mayores dentro de una determinada comunidad sufren soledad no deseada. Finalmente, se considera que el objetivo es propiamente una intervención cuando está encaminado a paliar la situación de soledad no deseada de una persona mayor.

USO DE LA TECNOLOGÍA Y NIVEL DE LA TECNOLOGÍA EN CASO DE SER UTILIZADA

Indica si la intervención utiliza o no la tecnología, y en caso de utilizarla, cuál es el nivel tecnológico de la intervención. Distinguimos tres niveles tecnológicos bajo, si el dispositivo tecnológico utilizado es un teléfono o una televisión; medio si el dispositivo tecnológico utilizado es un teléfono de tipo smartphone o tablet; y alto si el dispositivo tecnológico utilizado es un ordenador personal, un altavoz inteligente o un dispositivo específico que requiera conocimientos previos de tecnología.

LIDERADO POR UN AYUNTAMIENTO

Indica si la intervención está liderada por un ayuntamiento u otra organización o empresa que no lo es.

3. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

En las siguientes páginas se muestra la tabla generada tras el análisis de las distintas intervenciones, que proporciona una clasificación de las mismas en función de las categorías definidas previamente (ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación Intervenciones

Clasificación Intervenciones

Intervención	Ámbito Intervención				Objetivo Intervención		Lidera ayuntamiento	Tecnología
	Individual	Grupal	Comunitaria	Sensibilización	Detección	Intervención		
¿Tienes sal?			x			x		Medio
Acercando vidas	x							Bajo
Acompañamiento a la integración social de personas mayores que se sienten solas			x	x		x	x	
Acompañamiento Emocional - Fundación Amigos de los Mayores	x					x		Bajo
Acompañamiento en domicilio	x					x		
Acompañamiento telefónico	x				x	x	x	Bajo
Acompañamiento telefónico Comunidad de Madrid	x					x	x	Bajo
Acompañamiento TE	x		x		x	x		
Activa tu Barrio			x	x	x	x	x	
Actividades de socialización - Fundación Amigos de los Mayores		x	x			x		
Adinkide			x			x	x	Bajo
Aibo	x					x		Bajo
Alcove	x					x		Alto
BBK Behari			x		x		x	Bajo
Belaunaldiak-Generaciones			x			x		
BIZI-BETE		x				x		
Buena vecindad	x					x	x	
Cajas para charlar		x	x		x	x		
Centro de escucha	x					x		
Charlamos	x					x		Bajo
Contigo en casa	x					x	x	Medio
Convive	x					x	x	
ConVIVE con Mascotas	x					x	x	
Convive Valladolid	x			x	x	x		
EldCare Remember	x					x		Medio

Intervención	Ámbito Intervención			Objetivo Intervención			Lidera ayuntamiento	Tecnología
	Individual	Grupal	Comunitaria	Sensibilización	Detección	Intervención		
Eldera	x					x		Alto
ELLI.Q	x					x		Alto
Enrédate			x	x		x		Medio
Familiar	x					x		Bajo
Generation Tech		x				x		Medio
Gure Aiton Amonak Intergeneracional			x		x	x	x	
Hilo de plata	x					x		Bajo
Komp	x					x		Alto
Kuvu	x					x		Medio
La Caixa- Siempre acompañados			x	x	x	x	x	
Llamadas Amigas - Fundación Amigos de los Mayores	x					x		Bajo
Madrid te acompaña	x						x	Medio
Madrid vecina			x		x		x	
Maximiliana	x					x		Medio
Mayores y mininos	x					x		
Mi plaza-soledad no deseada			x			x		
Minutos en compañía	x					x	x	Bajo
Mirada Activa Bilbao			x		x	x	x	
Modelo CAMINS			x		x	x		
Nextdoor			x			x		Alto
Nos gusta hablar		x				x	x	
Nos gusta hablar también online			x			x	x	Medio
Omni	x					x		Bajo
Pozuelo Responde	x					x	x	
Programa de vivienda compartida	x					x	x	
Programa Convive	x							
Programa Grandes Amigos: acompañamiento en domicilio	x					x		

Intervención	Ámbito Intervención			Objetivo Intervención			Lidera ayuntamiento	Tecnología
	Individual	Grupal	Comunitaria	Sensibilización	Detección	Intervención		
Programa Grandes Amigos: acompañamiento telefónico	x					x		Bajo
Programa Grandes Amigos: grandes vecinos			x			x		Bajo
Programa Grandes Amigos: socialización		x				x		
Programa Grandes Amigos: sensibilización			x	x				
Programa Siempre Acompañados			x	x	x	x		
Proyecto Senda	x				x	x		Bajo
Proyecto Senes	x		x	x		x	x	Medio
Quarantinechat	x					x		Medio
Que todos los días sean miércoles			x	x				
Radars			x		x	x	x	Bajo
Rendever	x	x				x		Alto
Replika	x					x		Alto
Respira		x				x		
Robot NAO	x					x		Alto
Robot paro	x					x		Alto
Salamanca Acompaña			x	x	x	x	x	
Seniordomo protect	x					x		Alto
Seniors en red	x					x		Medio
Soledad no deseada			x	x		x	x	Medio
Tejido comunitario		x				x		
Teknoadineko	x		x	x	x	x	x	Bajo/Alto
Teléfono de la Esperanza: Escuchando a los mayores	x					x		Bajo
Vincles BCN			x		x	x	x	Medio
Visitas de Esperanza	x					x	x	
ZilarNet		x				x		Medio

4. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES

La revisión realizada entre 77 intervenciones muestra que no existe un enfoque o intervención única para aliviar la soledad no deseada en las personas mayores. Las personas mayores son muy heterogéneas y la soledad es una experiencia individual. No existe una única manera de afrontar la soledad ni una sola manera de intervenir para conseguir reducirla. A continuación, se describen, de forma resumida, las características de las intervenciones analizadas.

Tabla 2. Intervenciones por ámbito. Totales y porcentaje entre paréntesis.

	Individual	Grupal	Comunitaria
Total	44 (57,14%)	10 (12,99%)	28 (36,36%)

La Tabla 2 muestra que más de la mitad de las intervenciones son individuales, algo más de un tercio son comunitarias, y prácticamente el 13% son de carácter grupal. Se presentan los totales, y los porcentajes entre paréntesis (la suma de los porcentajes es mayor que 100 porque hay intervenciones que se desarrollan en varios ámbitos).

Tabla 3. Intervenciones por objetivo. Totales, y porcentaje entre paréntesis.

Sensibilización	Detección	Intervención
12 (15,00%)	18 (22,50%)	72 (90,00%)

La Tabla 3 muestra que la mayoría de las acciones (90%) son propiamente intervenciones, algo menos de una cuarta parte de las intervenciones realizan detección, y tan sólo el 15% de ellas realizan algún tipo de sensibilización. Totales y porcentaje entre paréntesis. (la suma de los porcentajes es mayor que 100 porque hay intervenciones que se desarrollan en varios ámbitos).

Tabla 4. Uso de la tecnología en las intervenciones. Totales, y porcentaje entre paréntesis.

	Individual	Grupal	Comunitaria	Total
Usa	31 (70,45%)	3 (30,00%)	12 (42,86%)	46 (56,10%)
No usa	13 (29,55%)	7 (70,00)	17 (57,14%)	37 (43,90)

La Tabla 4 muestra que más de la mitad de las intervenciones usa algún tipo de tecnología. Por ámbitos, la tecnología se utiliza en más de dos tercios de las intervenciones individuales, lo que contrasta con las intervenciones grupales que tiene un uso de la tecnología prácticamente inverso al caso anterior. Las intervenciones comunitarias se inclinan hacia la ausencia del uso de la tecnología.

Tabla 5. Nivel tecnológico en las intervenciones que usan algún tipo de tecnología. Totales, y porcentaje entre paréntesis.

	Individual	Grupal	Comunitaria	Total
Alto	8 (25,81%)	1 (33,33%)	2 (16,67%)	11 (23,91%)
Medio	8 (25,81%)	2 (66,67%)	6 (50,00%)	16 (34,78%)
Bajo	15 (48,39%)	0 (0,00%)	4 (33,33%)	19 (41,30%)
Totales	31 (100%)	3 (100%)	12 (100%)	46 (100%)

La Tabla 5 muestra que el nivel de tecnología en las intervenciones que la usan es bajo en un 41,30% de los estudios analizados, frente al nivel medio que es necesario en un 34,78% de los estudios, o alto en el 23,91% de los estudios analizados.

Si el análisis se segmenta por ámbito de la intervención, en el caso de intervenciones individuales que usan tecnología, los requerimientos son bajos (uso del teléfono o televisor) en casi la mitad de las intervenciones estudiadas, mientras que es medio o alto en igual porcentaje en el resto de las intervenciones individuales. En el caso de las intervenciones grupales, medio es el nivel requerido en los dos tercios de las intervenciones analizadas, alto en un tercio de las intervenciones, y no se ha encontrado ninguna intervención grupal que exija un nivel bajo en el uso de la tecnología. Finalmente, si la intervención es comunitaria, el 50% de las intervenciones exigen un nivel medio en el uso de la tecnología, seguido de un 33,33% por el nivel bajo de exigencia, y un 16,67% para el nivel alto de exigencia.

Respecto al uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), se ha observado que se hace con tres objetivos distintos. En primer lugar, como herramienta para acceder a la intervención y permitir la comunicación con la persona usuaria final. En segundo lugar, como herramienta facilitadora de la difusión y ejecución del programa de intervención, ya sea a través de una página web, de las redes sociales, de bases de datos, de cartelería/muro digital, del envío de notificaciones o de aplicaciones informáticas para dispositivos móviles y tabletas. Por último, como recurso tecnológico de la intervención para tratar de solventar la soledad no deseada, por ejemplo, a través del robot Paro, del perro robot Aibo o de altavoces inteligentes.

Tabla 6. Intervenciones lideradas por un ayuntamiento. Totales, y porcentaje entre paréntesis.

Sí	27 (35,06%)
No	50 (64,94%)

Con respecto a la participación de los ayuntamientos como líderes de las intervenciones analizadas, estos participan en un 27 de las 77 intervenciones (35,06%), frente a las 50 (64,94%) en las que la intervención no es liderada por un ayuntamiento.

Son numerosos los actores involucrados en las distintas intervenciones analizadas: ayuntamientos, diputaciones, las propias comunidades autónomas, ONGs, asociaciones y fundaciones, redes comunitarias,

empresas privadas y bancos. Según el rol que desempeñan estos actores en las intervenciones, las administraciones públicas (ayuntamientos, diputaciones y comunidades autónomas) participan en todos los roles durante la ejecución de la intervención, desde promotores hasta financiadores, jugando también los roles de coordinadores y ejecutores. En el caso de las ONGs, las asociaciones y fundaciones, el rol que mayoritariamente desempeñan es el de ejecutores de la intervención. Por su parte, las empresas privadas participan en el desarrollo de productos y/o funcionalidades dentro del programa de intervención; mientras que los bancos participan como promotores y financiadores de las intervenciones.

Los programas comunitarios más potentes realizan un abordaje individual y grupal del problema, con un alcance completo (sensibilización, detección e intervención) y enfoques específicos para trabajar sobre la soledad y sobre el aislamiento social de las personas mayores.

Las estrategias más utilizadas en los programas de intervención son (según la clasificación de Serra y Mollá (2021):

- Programas de socialización y creación de nuevas redes sociales: creación de nuevas redes sociales, con el objetivo de apoyar individuos con soledad más que aportar mutuo beneficio.
- Intervenciones para desarrollar nuevas habilidades: jardinería, uso de tecnología y navegación por internet, voluntariado o ejercicio físico.

En el caso de las intervenciones grupales que se basan en desarrollar nuevas habilidades, como por ejemplo talleres de jardinería, ganchillo o ejercicio no siempre están dirigidas exclusivamente a personas con soledad, ya que son actividades que pueden beneficiar a la población general. En algunos de estos casos, las entidades promotoras apuestan por complementar las intervenciones con acciones de detección para así identificar a las personas en situación de soledad y redirigirlas al recurso de forma directa.

Las intervenciones revisadas que tratan de resolver el problema de la soledad no deseada o del aislamiento social lo hacen desde una intervención individual con personal experto del ámbito social o sanitario en el primer caso, o desde las intervenciones comunitarias en el segundo caso. En el caso de las intervenciones comunitarias es muy importante la participación con carácter voluntario del vecindario, comerciantes, farmacias, etc.

Es frecuente que las intervenciones se lleven a cabo con la labor de una red de personas voluntarias dentro de la comunidad. Algunas de estas intervenciones movilizan a las propias personas mayores en situación de soledad para involucrarlas en los programas como agentes activos y voluntarios.

Por último, otra estrategia comúnmente utilizada en las intervenciones es informar a las personas mayores de los diferentes activos existentes en la comunidad, para garantizar su conocimiento y facilitar, así, su uso. Además, de este modo se potencia el sentimiento de pertenencia de las personas mayores a la comunidad en la que se encuentran.

5. RECOMENDACIONES

Se presentan a continuación una serie de recomendaciones que faciliten al Ayuntamiento de Almassora una adecuada toma de decisión en el proceso de selección de la o las intervenciones más adecuadas para solventar la soledad de las personas mayores de la ciudad de Almassora.

1. Como principio general, la intervención debe adaptarse a las necesidades de la persona mayor a la que va dirigida, al tipo y nivel de soledad experimentada (transitoria, situacional o crónica), a sus características personales y sociales, a su nivel de alfabetización digital y a las características de la vivienda y el entorno social.
2. Se considera imprescindible realizar un estudio diagnóstico sobre la presencia de soledad no deseada y aislamiento social entre las personas mayores de la ciudad de Almassora.
3. Se considera importante realizar campañas de sensibilización dirigidas a la población de Almassora para dar a conocer la problemática y efectos de la soledad no deseada en las personas mayores.
4. La intervención elegida, siguiendo el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (MAICP), debe tener en cuenta los derechos, la dignidad y las preferencias de la persona mayor, así como contar con su participación activa en el desarrollo y puesta en práctica de la intervención.
5. Se considera adecuado alinear la o las intervenciones con el paradigma de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS, con el Proyecto de Ciudades que Cuidan de la Fundación Mémora y con los 17 ODS de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible de la ONU.
6. Se precisa realizar una evaluación continua de la o las intervenciones que se lleven a la práctica para obtener evidencias científicas de su efecto, comprobar la consecución de los objetivos propuestos y plantear mejoras y adaptaciones.
7. Se recomienda plantear intervenciones costo eficaces que hagan un uso racional de los recursos locales disponibles, cómo asociaciones, fundaciones, red comunitaria, etc. Incluyendo la cooperación entre entidades del ámbito público y privado, lo cual redundará en la sostenibilidad de la iniciativa.
8. En caso de utilizar una red de agentes en el programa es recomendable ofrecerle una adecuada formación previa a su participación a fin de garantizar la eficacia de la intervención.
9. La soledad y el aislamiento social son dos constructos diferentes y deben ser trabajados de forma separada dando lugar a actividades de detección e intervención específicas para cada uno de ellos.
10. Se propone cuidar la arquitectura comunitaria. Realizar esfuerzos para crear espacios públicos y aumentar las oportunidades para que la población pueda implicarse e interactuar socialmente, creando redes de cuidado y apoyo mutuo sostenibles en las comunidades.
11. Se recomienda desarrollar acciones que mejoren el capital social de las personas en riesgo de soledad y que fomenten su involucración activa en actividades relevantes y satisfactorias que puedan proporcionarles mayor sentido y propósito a su vida.

6. CONCLUSIONES

No existe una única manera de afrontar la soledad ni una sola manera de intervenir para reducirla. Las personas mayores son muy heterogéneas y la soledad es una experiencia individual. Para responder adecuadamente a las necesidades de la población diana, de forma efectiva en tiempo y coste, se ha elaborado una guía de buenas prácticas para la selección y optimización de la intervención más adecuada entre las disponibles actualmente.

AGRADECIMIENTOS

El grupo de investigación GIANT de la Universitat Jaume I agradece al Ayuntamiento de Almassora la propuesta y colaboración en la realización del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agost, R., Caballer, A., & Moreno, A. (2017). *Estudio para el establecimiento de las líneas estratégicas del Plan Valenciano de Envejecimiento Activo*. Generalitat Valenciana.
- Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d'Hombres, B., Pásztor, Z., Tintori, G., (2021). *Loneliness in the EU – Insights from surveys and online media data*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/28343>
- Banks M.R., Willoughby L.M. & Banks W.A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 173–77. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.11.007>
- Berenguer, J. & Trillo, F. (2021). *Libro blanco de ciudades que cuidan*. Fundación Mémora. Recuperado de: http://recs.es/wp-content/uploads/2021/12/211124_Libro-Blanco-Ciudades-que-Cuidan_v2.pdf
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Choi, H., Irwin, M. R. y Cho, H. J. (2015). Impact of social isolation on behavioral health in elderly: Systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 5(4),432-438. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.432>
- Christiansen, J., Løvschall, C., Laustsen, L. M., Hargaard, A. S., Maindal, H. T., & Lasgaard, M. (2021). Interventioner, der skal mindske ensomhed En systematisk litteraturgennemgang af 136 effektstudier. <https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=998&pageId=309986>
- Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social Isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dahlberg, L. & Kevin, J. M. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Ageing and Mental Health*, 18(4), 504-514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- García-González, J.M., Montero, I., Grande, R. & Puga, D. (2022). *Soledad durante el confinamiento: una epidemia dentro de la pandemia de la covid-19*. Recuperado de: <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/soledad-durante-el-confinamiento-una-epidemia-dentro-de-la-pandemia-de-la-covid-19>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020a). *Proyecciones de Población 2020-2070*. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020b). *Encuesta Continua de Hogares (ECH). Año 2020*. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

Institut Valencià d'Estadística (2021). *Padró Municipal d'Habitants. Explotació extensa. Any 2021*. <https://pegv.gva.es/va/padro-municipal-continu-explotacio-estadistica.-resultats-per-a-la-comunitat-valenciana>

Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). *Social Isolation and Loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: <https://goo.gl/VGWUi3>

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2020). *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/ageing/decade-of-healthy-ageing>

Pinazo, S., Mônica, H., & Nunes, D. B. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/>

Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661-667. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.007>

Sarabia, M., Young, N., Canavan, K. et al. Assistive Robotic Technology to Combat Social Isolation in Acute Hospital Settings. *International Journal of Social Robotics* 10, 607– 620 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12369-017-0421-z>

Segura, C., Pinazo, S., Quiles, A. & Yanguas, J. (2020). *Soledad*. Fundación Mémora.

Serra, C. G., & Mollá, A. C. (2021). Intervenciones sobre la soledad en el anciano: Revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(12), 40. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-sobre-la-soledad-en-el-anciano-revision-sistemica/>

Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology, 36*(2), 179–187. <https://doi.org/10.1037/hea0000437>

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS, 110*(5), 5797-5801.

Tan, S. S., Fierloos, I.N., Zhang, X., Koppelaar, E., Alhambra, T., Rontoumis, T., Williams, G., Rukavina, T., van Staveren, R., Garcés, J., Franse, C. & Raat, H. (2020). The association between loneliness and health related quality of life (HR-QoL) among community-dwelling older citizens (2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(2), 600. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020600>

Valtorta, N. K., Moore, D. C., Barron, L., Stow, D., & Hanratty, B. (2018). Older adults' social relationships and health care utilization: A systematic review. *American Journal of Public Health, 108*(4), e1-e10. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256>

Van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2021). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B, 76*(7), e249-e255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>

Yanguas, J., Pérez, M, Puga, M.D., Tarazona, F., Losada, A., Márquez, M., Pedroso, M.D.S. & Pinazo, S. (2020). *El reto de la soledad en las personas mayores*. Fundación la Caixa. Disponible en: <https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/reto-soledad.pdf>

Capítulo 7. Aislamiento social y soledad, ¿qué podemos hacer desde Atención Primaria?

Mercedes A. Hernández Gómez.

Médica de familiar y comunitaria, Ourense, Galicia.

Palabras clave: Personas mayores; soledad; aislamiento social; promoción de la salud; determinantes sociales para la salud

RESUMEN

La soledad es un problema de salud pública en una sociedad que envejece, por sus dimensiones (afecta al 20-40% de mayores de 65 años) y por sus consecuencias (deterioro de salud e incremento del uso de servicios sociosanitarios). Es necesario darle visibilidad, conocer sus condicionantes en cada medio concreto, valorar las soluciones que aportan los propios afectados, actuar con compromiso e implicación, evaluar y difundir los resultados.

La longitudinalidad, continuidad y accesibilidad de la atención primaria dentro del ámbito sanitario permite el abordaje individual y comunitario integral de los condicionantes de la salud, algo que es fundamental en la soledad por ser un sentimiento subjetivo que requiere acciones complejas, intersectoriales y participativas.

Presentamos Salubrízate, un plan de acción comunitaria en la provincia de Ourense en línea con la Red Global para Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores de la OMS, que pretende fomentar la participación social de los adultos mayores y en consecuencia prevenir, abordar y tratar la soledad.

1. INTRODUCCIÓN

ALCANCE DEL PROBLEMA.

El aislamiento social y la soledad junto con la fragilidad son epidemias emergentes de salud pública (Mehrabi, 2020; Ibáñez Del Valle, 2022) asociados a elevada morbilidad y mortalidad, comparables a otros factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad o la fragilidad (Freedman, 2020; Fakoya, 2020; Gálvez-Hernández, 2022; Kellezi, 2019) a menor resistencia a las infecciones, deterioro cognitivo, depresión y demencia (Fakoya, 2020). Desde esa perspectiva de salud pública la identificación de adultos mayores solitarios y socialmente aislados podría prevenir la fragilidad y, en consecuencia, mejorar el bienestar, reducir el riesgo de mortalidad prematura y el gasto sanitario (Holt Lunstad, 2010). Sin embargo, siguen ausentes en las estrategias globales y los planes de acción sobre el envejecimiento y la salud liderados por la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea (UE), incluyendo sus políticas de “envejecimiento saludable” y las ciudades amigables con las personas mayores (Mehrabi, 2020).

El envejecimiento de la población es un logro y uno de los retos sociales más significativos del siglo XXI. Requiere recursos adicionales en los sistemas sociosanitarios para garantizar el bienestar y la calidad de vida

de las personas que viven en las comunidades y que en el caso de la soledad o el aislamiento social son más vulnerables como consecuencia de potenciales cambios y pérdidas asociados a la edad. (Ibáñez del Valle, 2022) En este sentido las previsiones son que en 2040 España tenga una esperanza de vida media de 85,8 años (Ibáñez Del Valle, 2022) Actualmente en este país el 20.08% de población supera los 65 años (el 6.08% los 80 años) y en Ourense son el 31,84% y el 12.09% respectivamente, lo que la convierte en la provincia más envejecida de Galicia y la segunda de España (Instituto Nacional de Estadística, 2022) un medio social natural donde analizar diversas variables relacionadas con la calidad de vida y el envejecimiento poblacional.

Durante la última década, la cantidad y calidad de las relaciones sociales en la vejez se han convertido en uno de los principales retos a los que se enfrenta una sociedad que envejece (Mehrabi, 2020). La evidencia muestra que los factores sociales tienen efectos considerables sobre la mortalidad y muchos aspectos de la salud en los adultos mayores (Holt-Lunstad, 2010). Estudios recientes encontraron que los adultos que experimentan soledad y aislamiento social tienen una probabilidad de mortalidad aumentada en un 29% y 26%, respectivamente y mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y mentales. (Gálvez-Hernández, 2022; Kellezi, 2019). Por el contrario, el mayor compromiso social se asocia a disminución de la discapacidad y menor mortalidad (Holt-Lunstad, 2010) además las conexiones sociales mejoran la adherencia a los tratamientos médicos y reducen el tiempo de hospitalización (Freedman, 2020). Esto significa que los adultos mayores socialmente involucrados tienen más probabilidades de ser saludables, vivir más y alcanzar mejores resultados de bienestar que los adultos mayores aislados (Mehrabi, 2020). Sin embargo, es fundamental establecer cuáles son los contactos sociales significativos, es decir el grado de apoyo que pueden proporcionar los lazos sociales y en realidad la cantidad de red social de una persona proporciona poca información sobre la calidad, la cantidad y la naturaleza de esas interacciones sociales.

Para tener un marco integral, es importante considerar las múltiples vías por las cuales el aislamiento social podría afectar la salud (Mehrabi, 2020; Gálvez-Hernández, 2022). Soledad y aislamiento social son conceptos distintos pero interrelacionados, la soledad es un sentimiento negativo subjetivo asociado a la falta percibida de una red social más amplia (soledad social) o a la ausencia de una red social específica (soledad emocional) (Fakoya, 2020; Mehrabi, 2020) y el aislamiento social que también es un concepto multidimensional es objetivo, pero existe menos consenso para definirlo (Fakoya, 2020). La presencia de múltiples factores de riesgo sugiere que ambos son problemas sociales que pueden requerir respuestas integrales y colaboración sinérgica entre los sectores sanitario y no sanitario (Gálvez-Hernández, 2022).

EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

La atención primaria en el sistema sanitario público se caracteriza por atender a las personas a lo largo de su vida (longitudinalidad) por ser el mismo profesional quien atiende la mayor parte de las demandas (continuidad) y por la accesibilidad entendida no sólo como la cercanía sino la facilidad para ser citados. Esto implica que los profesionales de este sector y los médicos de familia en particular están en una posición única para identificar a los adultos mayores solitarios y socialmente aislados y para poner en marcha los servicios de ayuda (Freedman, 2020). Sin embargo, aunque se reconoce la importancia del problema en la práctica clínica tienen dificultades para identificar a sus pacientes de riesgo (Due, 2018). Para responder a estos sentimientos y además deben afrontar la falta de opciones terapéuticas (Van der Zwet, 2009). En países donde el sistema nacional de salud incluye atención primaria, como España o Reino Unido, los ciudadanos están registrados en los centros de atención primaria y tienen un seguimiento continuado a lo largo de la vida, lo que permite a los

profesionales identificar los factores sociales, físicos y mentales asociados con soledad y aislamiento en su población asignada durante las consultas de rutina. Además, se establecen relaciones terapéuticas duraderas que pueden motivar a los adultos mayores a continuar visitando esos servicios de atención primaria a pesar de estar socialmente aislados o solos, en algunos casos como un punto de contacto social (Gálvez-Hernández, 2022).

Dentro de AP la participación de los servicios sociales es esencial para seleccionar las intervenciones más apropiadas para el contexto de cada paciente o persona en particular y trabajar coordinados con otros sectores como la administración local para llegar a poblaciones desatendidas. Hay factores culturales y estructurales, determinantes económicos, además de los eventos traumáticos ocurridos a lo largo de la vida de la persona que pueden aumentar el riesgo de soledad y aislamiento social (Freedman, 2020). Los médicos de familia y otros profesionales que trabajan en atención primaria de salud tienen una ubicación estratégica para identificar a quienes están aislados o solos, e incluso pueden ser el único punto de contacto social para muchos de ellos (Freedman, 2020; Galvez-Hernández, 2022). En Reino Unido, 3 de cada 4 médicos dicen que ven entre 1 y 5 personas al día que acuden principalmente porque se sienten solos (Freedman, 2020). El enfoque centrado en el paciente es esencial para identificar a esas personas y seleccionar posibles intervenciones teniendo en cuenta sus necesidades individuales y poblacionales, valorando las desigualdades sociales (comunidades marginadas y desatendidas, nuevos inmigrantes). Facilitar que la persona cuente su historia, ayudarle a imaginar un futuro diferente. ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas? ¿Qué estaría haciendo diferente? ¿Cuáles son sus intereses? ¿Sus fortalezas? Hacer que establezca sus propias metas, no las de los proveedores, ayudar a la persona a construir un plan de vida. En Reino Unido y algunas comunidades de Ontario el modelo de “prescripción social” identifica a esas personas en atención primaria, son remitidas a un agente que evalúa sus necesidades y los conecta con los servicios apropiados. En aislamiento social y soledad hay trabajos que muestran mejoras en salud autoinformada y reducciones en el uso de los servicios de salud. Sin embargo, la evidencia actual de este modelo no es suficiente, porque la mayoría de los estudios son pequeños y de mala calidad (Freedman, 2020).

Prevalece la incertidumbre sobre cómo proceder después de identificar a las personas solitarias y aisladas (Gálvez- Hernández, 2022). Para garantizar la intervención en Atención Primaria y su viabilidad hay que tener en cuenta que está condicionada por factores organizativos y estructurales, profesionales y personales (Hernández Ascanio, 2022). Se necesita una estrategia de detección de soledad. Es importante tener en cuenta la organización de la consulta, las agendas profesionales, los tiempos y las demandas que realizan los pacientes, no se trata solo de cuantificar sino de actuar aprovechando el potencial de la consulta clínica. “¿Se siente solo?” esta fue la pregunta que encuentran en el análisis realizado por Gálvez en el 22% de los artículos analizados. Se trata de una pregunta simple, sencilla de integrar en la entrevista clínica que podría ser de utilidad para afrontar de entrada el problema y verbalizarlo (Gálvez-Hernández, 2022).

2. ANÁLISIS DE INTERVENCIONES EN SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

Existe la necesidad de mapear, organizar, sintetizar y analizar las experiencias existentes, describir los tipos de intervención con sus características. Constan algunas iniciativas mundiales cuyo objetivo es crear conexiones entre personas mayores como la campaña To End Loneliness de Reino Unido o “Dinamarca spiser sammen”. Otras pretenden concienciar como ACEL en Australia, en los Países Bajos Enn Tejen Eenzaamheid, en Irlanda ALONE es una organización nacional que ofrece apoyo a las personas mayores, y lanzó una campaña

navideña en 2018 llamada 'Have a Laugh for Loneliness' que animaba a familias, amigos y comunidades a reunirse durante el invierno para combatir la soledad en sus comunidades; en Francia la iniciativa Monalisa; en Canadá la campaña RISE; en Estados Unidos Connect2affect (Fakoya, 2020; Merhabi, 2020).

Es de destacar el interés creciente sobre este tema. Así como la primera revisión sobre soledad-aislamiento social apareció en 1984 seguida de tres más hasta el año 2003, desde 2010 se publica al menos una revisión consecutivamente cada año (Fakoya, 2020). El problema reside en la brecha existente entre las intervenciones que son efectivas, los proveedores del servicio y las personas que lo reciben. El resultado es un número creciente de iniciativas para abordar la soledad, incluso sin evidencia empírica que respalde completamente estas intervenciones (Fakoya, 2020) Además existen múltiples intervenciones menos globales y las revisiones sistemáticas que las evalúan llegan a conclusiones diferentes, con frecuencia contradictorias y que cuestionan la calidad metodológica de los estudios por el pequeño tamaño de las muestras, el tiempo de seguimiento tan escaso que no permite valorar beneficios en salud, la ausencia de mediciones de asistencia médica por este motivo (Acosta-Benito, 2022; Freedman, 2020) y la existencia de gran variedad de marcos utilizados para categorizar las intervenciones realizadas (Freedman, 2020). También la ausencia de fundamentos claros que implica que no se diferencie soledad de AS o la existencia de sesgo de género que a veces relacionan con la reticencia de los hombres mayores a participar en servicios y actividades en comparación con las mujeres y con su mayor esperanza de vida (Fakoya, 2022). Es importante justificar las intervenciones y diferenciar los contextos para seleccionar las más apropiadas, pero la mayoría de las revisiones incluyen personas institucionalizadas junto con otras que viven en la comunidad (Fakoya, 2020). Hay intervenciones mediante acompañamiento presencial, telefónico o virtual, ejercicio físico, contacto con la naturaleza y el mundo animal, incluso arte todas llevadas a cabo por personal sanitario médicos y enfermería, sin evidencia de efectividad (Hernández Ascanio, 2022) tampoco las basadas en voluntariado y visita domiciliarias y amistad sigue sin estar clara (en Fakoya, 2020). También la tecnología podría ser de ayuda en el aislamiento social para obtener apoyo social mejorando las conexiones con los familiares y amigos, permitiendo la participación en áreas de interés o aumentando la confianza en uno mismo (Freedman, 2020) en este sentido existe evidencia de que las nuevas tecnologías y las redes sociales reducen la soledad en mayores si se usan como un medio para mejorar o construir nuevas relaciones en lugar de reemplazar las previas. Sin embargo, las relaciones a distancia no brindan el mismo significado y valor que los contactos físicos en situaciones como cuando una persona está emocionalmente angustiada (Acosta Benito, 2022) y debemos tener en cuenta la brecha digital y económica en el acceso. A partir de los 55 años desciende el porcentaje de personas que utilizan Internet. Entre los 65-74 años, los varones utilizan el ordenador y acceden a Internet más que las mujeres, aunque su uso va en aumento (Acosta Benito 2022).

Gardiner y colaboradores sugieren en su revisión que las intervenciones más exitosas tienen en común su adaptabilidad a un contexto local, controlan el diseño y tienen un enfoque de desarrollo comunitario donde las intervenciones son diseñadas e implementadas por los usuarios del servicio y existe el compromiso productivo en lugar de ser actores pasivos (Freedman, 2020) también en la de Dickens parecen tener más probabilidades de ser eficaces aquellas en las que las personas mayores son participantes activos (Fakoya, 2020). Y ahí encontramos otra de las limitaciones de los trabajos ¿qué se entiende por persona mayor? En el futuro la investigación debe diferenciar la diversidad existente entre los adultos mayores, orientarse para discernir qué intervenciones funcionan para subconjuntos específicos de esta población, los entornos donde se desarrollan y los mecanismos que se aplican en ese contexto.

Como en toda acción comunitaria se recomienda la evaluación de las necesidades individuales desde las primeras fases de la intervención, y la posterior adaptación de los programas para darles respuesta. En soledad o en aislamiento social son intervenciones complejas, deben ser explícitos sus objetivos, a quien van dirigidas, por quien, el tipo de actividades, los recursos o la forma de ejecutarlas son componentes que interactúan y a su vez que pueden hacerlo con los determinantes sociales existentes en el contexto local donde se aplican. También es esencial que en una intervención la participación sea real y representativa, considerar las necesidades de los grupos menos investigados, personas con discapacidades físicas o enfermedades crónicas, grupos étnicos minoritarios, cuidadores, inmigrantes, personas que han estado aisladas durante mucho tiempo y personas mayores (Fakoya, 2020). Es importante un abordaje global abordando los determinantes sociales de la salud para reducir la desigualdad (Mehrabi, 2010). Todo ello debe estar descrito para poder identificar lo que puede resultar efectivo en un contexto local específico (Fakoya, 2020; Hernández-Ascanio, 2022).

En resumen, los desafíos de las intervenciones en soledad y aislamiento social son llegar a las personas solitarias, comprender la naturaleza de la soledad de una persona y desarrollar una respuesta personalizada, y ayudarles a acceder a los servicios apropiados (Fakoya, 2020).

3. ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Es importante integrar el cribado de la soledad o el aislamiento social de los adultos mayores por parte de profesionales de atención primaria (Gálvez Hernández, 2022; Kellezi, 2019). El primer paso es identificar la soledad entre los usuarios de los centros de salud, Gene Badía dice que, si lo hacemos, nuestra actividad profesional será más efectiva y menos medicalizadora, nos centraremos en la causa de los problemas y no en sus manifestaciones (Gené-Badía, 2016). En un estudio cualitativo reciente, los médicos de familia reconocieron priorizar los aspectos biomédicos sobre las evaluaciones de soledad debido a la sobrecarga de trabajo y el tiempo limitado durante las visitas clínicas (Gálvez-Hernández, 2022). Pero la búsqueda de la presencia de soledad no ha de ser universal, sino orientada a características sociodemográficas, físicas, psicológicas, económicas y ambientales o determinadas situaciones vitales que identifican a las personas de alto riesgo. La fotografía incluye a las mujeres mayores viudas, divorciadas o solteras, de bajo nivel educativo y socioeconómico, que son las más susceptibles. También quienes tienen incapacidad física, problemas de visión y auditivos, comorbilidades, depresión, incontinencia urinaria, fatiga diurna provocada por el insomnio, mala imagen corporal relacionada con la obesidad, abuso de alcohol o tabaco. Los que sufren una merma salarial o empeoramiento del estatus socioeconómico, la propia jubilación o la pérdida de un ser querido son situaciones donde también hay que centrarse. El riesgo también aumenta entre quienes viven solos, en los habitantes de barrios con problemas de seguridad o vandalismo, o de zonas que carecen de una adecuada red de transporte (Gené-Badía, 2016). El impacto de este condicionante sobre la salud merece el registro y la incorporación de las escalas en las historias clínicas electrónicas.

Pueden existir 2 grupos de personas solas, uno muestra una soledad moderada vinculada al envejecimiento y a las barreras a la socialización, y otro que siente una soledad muy severa, pero sin unas características específicas que aparentemente la expliquen. El primero posiblemente se beneficia de actividades de prescripción social y eliminación de barreras, mientras que el segundo podría ser tributario de ser identificado de forma oportunista en la consulta y posteriormente ayudado mediante instrumentos de soporte psicológico (Gené-Badía, 2020).

Como ya hemos señalado, identificar estos determinantes no es tarea exclusiva de los médicos de familia, sino que cualquier miembro del equipo de atención primaria puede explorar los sentimientos de soledad, la calidad de la red social y los vínculos afectivos de las personas que presentan estos factores de riesgo (Gené-Badía, 2016).

La población de riesgo, una vez identificada, debería ser objeto de intervención individual o comunitaria. En la revisión de Gálvez-Hdez concluyen existe una aparente falta de consistencia en las estrategias para identificar a los adultos mayores solitarios y socialmente aislados, lo que podría generar conflictos entre el contenido de la intervención y las necesidades de los participantes (Gálvez-Hernández, 2022). Desde la década de los ochenta sabemos que las intervenciones encaminadas a reducir la soledad y el aislamiento social se basan en mejorar las habilidades sociales, promover el soporte social, aumentar las oportunidades para la interacción social y actuar sobre los pensamientos sociales mal adaptativos. Es importante que no nos limitemos a dar soporte social a las personas aisladas, sino que consigamos que sean ellas las que devuelvan el soporte y participen en las actividades de ayuda mutua. Es importante señalar que en los ancianos tienen relevancia especial las actuaciones curativas o preventivas encaminadas a mejorar su nivel de autonomía porque influyen directamente en su sociabilidad. Si no abordamos y tratamos los pensamientos sociales maladaptativos, no conseguiremos que la población de mayor riesgo de soledad y aislamiento social acceda a estos programas de socialización. Los médicos de familia podemos ayudar a nuestros pacientes cuando mejoramos su nivel de autonomía, facilitando que puedan ver, oír y andar. También si reestructuramos sus pensamientos sociales maladaptativos y conseguimos que participen en actividades desarrolladas en nuestra comunidad que favorezcan su socialización (Gene-Badía, 2020).

Dice Gené-Badía, *“Más que preocuparnos tanto por su colesterol deberíamos esforzarnos más en conseguir que puedan ver, oír y andar”*.

No existen modelos bien establecidos para abordar la soledad y el aislamiento social, pero la evidencia se centra en la prescripción social y de activos, en los diseños con participación real, colaborativa e intersectorial integrados por la administración, los profesionales de la salud, los recursos comunitarios y los ciudadanos favorecen la sostenibilidad y reducen costes, (Kellezi, 2019) esto son las acciones comunitarias. Cuando su origen parte de la atención primaria aumenta su visibilidad entre los profesionales de la salud e influye en la adopción de la intervención, algo crucial para garantizar la igualdad de acceso a esas actividades (Kellezi, 2019).

Sin embargo, la carga de trabajo, la falta de interés, la inseguridad sobre actuaciones posteriores, la ausencia de facilitadores para iniciar actividades grupales y las barreras relacionadas con el envejecimiento afectan en las implementaciones (Gálvez-Hernández, 2022; Hernández-Ascanio, 2022; Ibañez Del valle, 2022). El aislamiento social habitual no es detectado en las consultas de AP, por lo que aumentar la conciencia y el papel de los profesionales que están en primera línea es básico para fomentar la implementación, la evaluación y la posterior adaptación (Acosta-Beninto, 2022).

IMPORTANCIA DEL ENTORNO.

La responsabilidad de intervenir sobre la soledad y el aislamiento social no recae exclusivamente sobre atención primaria. La familia, la comunidad y los servicios sociales y de salud pública tienen un papel central. Los mayores están y se sienten menos solos cuando viven en comunidades que cuentan con mayor capital social (Gené-

Badía, 2016). La soledad es menos común entre personas que viven en vecindarios con mejores recursos, más seguros y físicamente accesibles, que favorecen las relaciones de vecindario. A mayor compromiso social menos percepción de discapacidad. Las conexiones sociales mejoran además la adherencia terapéutica y reducen el tiempo de hospitalización (Acosta-Benito, 2022). En España el programa Salut als Barris (Salud en los Barrios) complementa la Ley de Barrios en Barcelona con acciones de salud comunitaria para reducir las desigualdades en salud. Los grupos de trabajo detectan personas con dificultades de movilidad que viven en edificios sin ascensor, y para minimizar el riesgo de problemas asociados al aislamiento impulsaron la puesta en marcha de una intervención de salidas regulares con voluntariado (Díez, 2014). De este programa destaca la búsqueda exhaustiva de personas aisladas a través de trabajo conjunto de atención primaria de salud junto con servicios sociales y otros agentes, la participación del voluntariado, el abordaje comunitario y la orientación equitativa del proyecto, llevado a cabo en zonas con especial deprivación.

Las intervenciones sobre la soledad y el aislamiento social son un buen ejemplo del tipo de actividades comunitarias integradas que deben realizar el equipo en primaria. Sin embargo, su traslación a la realidad sanitaria en forma de programas comunitarios de salud para la detección precoz del problema y la intervención siguen siendo insuficientes, posiblemente por las dificultades que conlleva su implantación y los condicionantes vinculados al éxito o al fracaso de las acciones están escasamente identificados en la literatura científica (Hernández-Ascanio, 2022; Ibañez Del valle, 2022; Tann, 2020). Tienen mayor impacto si se realizan en colaboración con el resto de servicios sociales y sanitarios del territorio y con las asociaciones civiles y religiosas de la comunidad. Las actividades más efectivas sobre la soledad y el aislamiento social son las grupales, y participativas que incluyen también a personas que no presentan este problema. Por tanto, la soledad y el aislamiento social son condicionantes de salud muy prevalentes en nuestra población y los equipos de atención primaria podrían abordarlo mediante actividades comunitarias y de educación sanitaria individuales y grupales (Gené-BAdía, 2020). Con los objetivos de conservar la autonomía, valorar la adecuación de las viviendas, fomentar las redes de apoyo sanitario y social, realizar programas de enriquecimiento y participación social y actividades que aumentaran la amistad, la autoestima y el bienestar (Acosta-Benito, 2022).

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud-PAPPS recomienda realizar detección del aislamiento social en las consultas de AP y llevar a cabo intervenciones que ofrezcan una actividad social y/o de apoyo dentro de un formato grupal, en las que los individuos participen de manera activa, mantener relaciones sociales de calidad durante toda la vida para prevenir el aislamiento social, también recomienda que las autoridades a nivel nacional, regional y local trabajen junto con las comunidades para evaluar el contexto social e implementar las intervenciones de acuerdo con las necesidades de los ciudadanos (Acosta-Benito, 2022).

4. SITUACIÓN EN GALICIA-ESPAÑA. SALUBRÍZATE, UN PLAN DE ACCIÓN COMUNITARIA EN ARMONÍA CON LAS PERSONAS Y EL ENTORNO.

En Ourense, Galicia, desde el año 2018 el grupo de acción comunitaria Salubrízate que pretende el bienestar de las personas con visión de envejecimiento saludable trabaja de forma intersectorial, abierta y participativa siguiendo el esquema de círculos de actividad de la Estrategia de Promoción de la Salud y y Prevención en el Sistema Nacional de Salud-EPSP (Hernández-Gómez, 2023).

La soledad y el aislamiento social son abordados desde diferentes perspectivas en función de las necesidades de los participantes. A continuación, enumeramos algunas de las acciones que realizamos.

- Promoción de hábitos saludables “Salubrízate 360º”. El estilo de vida como base del bienestar. Pretendemos capacitar en alimentación, consumo de tóxicos -tabaco y alcohol-, ejercicio integrado en la vida diaria, en socialización y seguridad ciudadana.
- Salubrízese con nosotros. Como hemos visto la difusión de contenidos y responder a necesidades son condiciones fundamentales en las intervenciones comunitarias. En la radio “la voz de todos” un programa semanal (Hoy por Hoy de RadioOurense -Cadena SER) todos los viernes desde octubre de 2020.
- Salubrízate en Instagram-Píldoras de bienestar y salud. Para favorecer la difusión de contenidos y llegar a otro perfil de participantes.
- Participación real. El grupo Salubrízate trabaja con metodología de activos de salud y perspectiva salutogénica, contamos con redes de trabajo asociativo en los barrios de la ciudad y algunos Concellos. En este momento se trabaja en la actualización del mapa de recursos asociativo y de barrios; colaboración con Aloumiños “un plan para conocer y abordar la soledad en Galicia”; “Alimentando emociones” un plan para difundir, hacer redes, reflexionar conjuntamente y conocer necesidades de salud.
- Visibilidad y concienciación. Trabajamos en “Ondas de Aloumiños” un FotoVoz de Soledad dirigido por uno de nuestros activos.
- Investigación-acción. Ya realizado el pilotaje sobre el papel de los servicios de ayuda en el hogar en la soledad, en fase de análisis de resultados para valorar factibilidad de su extensión.
- Convivencia intergeneracional. Del trabajo en barrios y los mapeos en recursos y activos surge la transformación de espacios en desuso en activos para convivencia intergeneracional. El arte como potencia con pintura urbana – el grupo Mon Devane- y la musicóloga Marta Blanco colaboran con nosotros, comparten misión y visión para conseguir mejorar el capital social.

5. CONCLUSIONES

La longitudinalidad y la continuidad asistencial son fundamentales para trabajar en planes de acción comunitaria a largo plazo.

La atención primaria en el sistema sociosanitario es fundamental para la detección de la soledad y el aislamiento social y para proponer intervenciones que respondan a necesidades reales con perspectiva de ciclo vital.

Es necesario un enfoque comunitario con calidad metodológica, participativo, multidisciplinar, intersectorial e integrado en la comunidad.

En promoción de la salud abordar las relaciones sociales es tan importante como la capacidad funcional, el autocuidado o el estilo de vida.

Para problemas globales son necesarias estrategias conjuntas. Las autoridades nacionales, regionales y locales deben trabajar conjuntamente con las comunidades para evaluar el contexto social e implementar intervenciones acordes a las necesidades de los ciudadanos.

La formación de los sanitarios en la cultura de los determinantes sociales para la salud (pregrado, postgrado y continuada).

AGRADECIMIENTOS

A la Sociedad Gallega de Geriátría y Gerontología-SGXX, a la Asociación Gallega de Medicina Familiar Comunitaria-Agamfec, a Salubrízate y sus participantes, activos y colaboradores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. Á., García-Pliego, R. A., Baena, J. M., Gorroñoigoitia, A., Herreros, Y., De Hoyos, M. D. C., Magán, P., & Martín, I. (2022). Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2022 [PAPPS update on older people 2022]. *Atencion primaria*, 54 (Suppl 1), 102438. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102438>
- Díez, E., Daban, F., Pasarín, M., Artazcoz, L., Fuertes, C., López, M. J., & Calzada, N. (2014). Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas [Evaluation of a community program to reduce isolation in older people due to architectural barriers]. *Gaceta sanitaria*, 28(5), 386–388. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.013>
- Due, T. D., Sandholdt, H., Siersma, V. D., & Waldorff, F. B. (2018). How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness?. *BMC family practice*, 19(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0721-x>
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC public health*, 20(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(3), 176–182
- Galvez-Hernandez, P., González-de Paz, L., & Muntaner, C. (2022). Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ open*, 12(2), e057729. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057729>
- Gené, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols, N., Oliveras, L., & Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? [Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams?]. *Atencion primaria*, 48(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana [Profiles of loneliness and social isolation in urban population]. *Atencion primaria*, 52(4), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Hernández-Ascanio, J., Perulas, L. Á., Rich, M., Roldán, A. M., Perula, C., Ventura, P. E., & además de los autores, el equipo de trabajo que ha participado en el proyecto de investigación asociado a este artículo (Grupo colaborativo del estudio ASyS) (2022). Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud [Determinants for addressing social isolation and loneliness of non-institutionalized older adults from Primary Health Care]. *Atencion primaria*, 54(2), 102218. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>
- Hernández, M. A., Castrillo, P., Sánchez, N. J., Perdiz, M. C., Castro M. A. (2023). Salubrízate, un proyecto de armonía con las personas y el entorno [Salubrízate: a project in harmony with the people and the environment]. *Comunidad*. 25(2) e250203. <https://doi.org/10.55783/comunidad.250203>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Ibáñez-Del Valle, V., Corchón, S., Zaharia, G., & Cauli, O. (2022). Social and Emotional Loneliness in Older Community Dwelling-Individuals: The Role of Socio-Demographics. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416622>

Kellezi, B., Wakefield, J. R. H., Stevenson, C., McNamara, N., Mair, E., Bowe, M., Wilson, I., & Halder, M. M. (2019). The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ open*, 9(11), e033137. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033137>

Mehrabi, F., & Béland, F. (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 90, 104119. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104119>

Tan, S. S., Fierloos, I. N., Zhang, X., Koppelaar, E., Alhambra-Borras, T., Rentoumis, T., Williams, G., Rukavina, T., van Staveren, R., Garces-Ferrer, J., Franse, C. B., & Raat, H. (2020). The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 600. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020600>

Van der Zwet, J., Koelewijn-van Loon, M. S., & Van den Akker, M. (2009). Lonely patients in general practice: a call for revealing GPs' emotions? A qualitative study. *Family practice*, 26(6), 501–509. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp05>

Capítulo 8. Grandes Vecinos. Prevención de la soledad de las personas mayores.

Yolanda González González.

Fundación Grandes Amigos.

Palabras clave: Prevención, enfoque participativo y comunitario, vínculos, soledad no deseada, personas mayores

RESUMEN

La Fundación Grandes Amigos de ámbito estatal, trabaja desde 2003 para prevenir y abordar la soledad de las personas mayores mediante diferentes programas de acompañamiento y socialización, creando vínculos de vecindad, apoyo mutuo y amistad regenerando las redes vecinales. Realizando sensibilizamos a la sociedad sobre la importancia de un envejecimiento digno, saludable, en favor de los derechos de las personas mayores y contra el edadismo, generando vínculos desde un enfoque participativo y comunitario.

1. INTRODUCCIÓN

La soledad y el envejecimiento digno son un binomio que forman uno de los principales retos de la sociedad actual, aunque aún no sea considerado como tal por la sociedad en general. Sin embargo, ya existen suficientes investigaciones científicas que consideran la soledad como uno de los principales riesgos para la salud en las sociedades modernas. En Grandes Amigos, trabajamos con un enfoque transversal de la soledad y del envejecimiento, implicando en nuestros programas de intervención social (prevención de la soledad, acompañamiento afectivo y socialización) y de sensibilización a las administraciones públicas, al sector privado y a la ciudadanía. Como reto global, resulta imprescindible una mirada integral donde participen todos los actores, canalizados a través de organizaciones de la sociedad civil como Grandes Amigos, que facilita a su vez la participación de las propias personas mayores.

Grandes Amigos es una ONG de voluntariado, de ámbito estatal, fundada en 2003 y presente en Madrid Galicia, Cantabria, Extremadura, Comunidad Valenciana y Gipuzcoa de forma presencial y en la distancia con el resto de las comunidades. Tiene como misión prevenir y abordar la soledad de las personas mayores mediante la creación de vínculos de vecindad, apoyo mutuo y amistad, mientras que sensibilizamos a la sociedad sobre la importancia de un envejecimiento digno, donde se pongan en valor los derechos de las personas mayores y trabajamos por reducir el edadismo.

Los valores de la entidad son:

Dignidad: La dignidad es intrínseca a todas las personas y es la base de los derechos humanos.

Desde Grandes Amigos trabajamos para asegurar que la sociedad no despoje de su dignidad a las personas que tienen una edad avanzada.

Solidaridad: La solidaridad se ejerce desde la igualdad. Una sociedad está más unida y es más inclusiva cuando se extiende la solidaridad vecinal.

Desde Grandes Amigos nos esforzamos para que la solidaridad vecinal, especialmente con las personas mayores que se sienten solas, se consolide en aquellos territorios en los que trabajamos.

Amistad: La amistad es un sentimiento universal que incluye vínculos de afecto, apoyo y reconocimiento mutuo. La amistad se elige y se comparte.

Desde Grandes Amigos tejemos relaciones de solidaridad y apoyo mutuo que se convierten, en muchas ocasiones, en relaciones de amistad genuina.

2. MÉTODO

¿Cómo lo hacemos?

Grandes Amigos como entidad de voluntariado, cree en el poder y la capacidad de este para generar espacios de participación real en la sociedad que permitan hacer frente a la soledad no deseada de las personas mayores y la generación de redes en los barrios. Trabajamos con un enfoque integral, transversal, participativo y comunitario. Integral de la acción en la comunidad y con una mirada centrada en el cuidado significativo en coordinación con el resto de los actores que estamos cerca de la persona mayor.

Involucramos al voluntariado, redes vecinales, agentes del barrio, comercios, recursos y a la persona mayor en la transformación de su realidad afectiva. Para ello, organizamos espacios de reflexión, rutas, comunidades de aprendizaje y refuerzo comunitario que dirigen sus fuerzas para la prevención y el abordaje de la soledad no deseada. Aplicamos en todo lo que hacemos un trato digno y en igualdad hacia las personas mayores, poniendo en el centro a la persona, y haciendo que el voluntariado y la buena vecindad sean vehículos para la participación propia y de la persona mayor.

Las personas, en comunidades abiertas y resilientes, se apoyan, teniendo como lema que las personas tienen sueños, talentos, potencializados transformadores de realidades, que pueden aportar, desde un apoyo bidireccional.

Creemos en personas promotoras y conectoras de barrios, con una mirada sensible hacia la soledad de las personas mayores, como un problema colectivo, y desde la configuración de equipos y grupos motores, fomentamos relaciones y vínculos duraderos, que generen confianza y seguridad en las personas mayores y redes de apoyo a su alrededor. En Grandes Amigos promovemos las relaciones de apoyo mutuo, con beneficios para la persona mayor, el voluntariado y la vecindad.

- Conocemos sus intereses, potencialidades, gustos, necesidades, expectativas, historia de vida para promover relaciones significativas, que le den sentido a la persona.
- Facilitamos el vínculo entre personas diversas, de diferentes edades, culturas, inquietudes e intereses comunes, priorizando la cercanía y proximidad siempre que sea posible.
- Realizamos seguimiento continuado para conocer la evolución de esos vínculos.

- Ofrecemos espacios de interés, socialización y formación continua y comunidades de aprendizaje/refuerzo comunitario para mejorar su experiencia y favorecer el empoderamiento de la persona, rescatando puntos fuertes, habilidades, potencialidades.

Por ello:

- El voluntariado y la buena vecindad son una pieza esencial de la organización para el cumplimiento de su misión y parte imprescindible del equipo humano de la entidad.
- Para ello es indispensable favorecer su participación e iniciativa mediante la creación de espacios para que sean sostenibles y autónomos.
- Se considera también básica la formación y facilitación de las herramientas necesarias para la consecución de una participación real de las personas, tanto mayores como voluntarias, en la comunidad.
- La participación es un derecho, no una delegación del poder. No resulta una concesión de Grandes Amigos a las personas voluntarias, sino que supone un modelo de actuación en la comunidad que considera a todos los agentes necesarios para la transformación social.

Nuestra forma de trabajar y abordar las situaciones de soledad se diferencia claramente de un enfoque para abordar la soledad basado en la pena en el que el objetivo se centra en que haya menos gente sola, el público objetivo son las personas mayores que se sienten solas. Desde Grandes Amigos tratamos de impulsar un enfoque comunitario en el que el objetivo son comunidades en las que las personas cuidan unas de otras y en las que cada uno es visto como parte de la comunidad. El objetivo es aumentar el sentido de comunidad, en el que cada persona tiene algo único que ofrecer y donde los roles entre el que ayuda y el que recibe ayuda se desdibujan.

En los enfoques tradicionales el objetivo principal es reducir la soledad puesto que es visto como un problema individual y el público objetivo tiene un rol pasivo, ofreciéndose respuestas puntuales basadas en intervenciones o programas en los que los profesionales tienen un rol principal. Sin embargo, desde el enfoque comunitario todas las personas son actores y actrices, se busca una intervención en el largo plazo donde el rol de los profesionales fundamentalmente es un rol de facilitadores.

Los programas que actualmente desarrollamos con el objetivo de poder cumplir nuestra misión son los siguientes:

ACOMPAÑAMIENTO AFECTIVO

este programa implica cuatro tipos de acciones: acompañamiento a domicilio, en residencias, puntuales y telefónico.

1. Acompañamiento a domicilio: en esta actividad ponemos en contacto a personas voluntarias con personas mayores que viven en su casa y se sienten solas. El voluntario/a se compromete a visitar a la persona mayor una vez por semana durante aproximadamente dos horas. El objetivo es establecer vínculos de amistad favoreciendo que la persona mayor recobre su autoestima, mejore su estado físico y retome su vida social en el barrio si así lo desea.

2. Acompañamiento en residencias: actividad similar a la anterior, con la única diferencia de que las personas mayores viven en una residencia. Por tanto, la persona voluntaria se compromete a visitar a la persona mayor

una vez por semana durante aproximadamente dos horas con el fin de establecer vínculos de amistad y retomar igualmente su vida social en el barrio, a pesar de estar en una residencia, si así lo desea.

3. Acompañamientos puntuales: las personas mayores que ya participan en alguno de los programas pueden solicitar el acompañamiento de una persona voluntaria cuando tengan que acudir a alguna cita médica o a un trámite administrativo.

El objetivo general de este programa de acompañamiento afectivo consiste en abordar la soledad no deseada y sus consecuencias para la persona mayor, mediante los siguientes objetivos específicos:

- Favorecer la creación de vínculos, que permitan el establecimiento de relaciones humanas mantenidas en el tiempo.
- Limitar las consecuencias negativas de la soledad no deseada, mediante el contacto continuado con la persona mayor.
- Mejorar el contacto con el entorno de la persona mayor, favoreciendo su participación en el mismo.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD GRANDES VECINOS.

Tiene como objetivo principal prevenir la soledad de personas mayores a través de la creación de redes vecinales, facilitando en los barrios la puesta en contacto de estas personas mayores (Grandes vecinos/as) con personas que viven en su zona (Vecinos/as Voluntarios/as, desde ahora vecinos/as), con el fin de aumentar la red social. Para ello, se emplean las nuevas tecnologías como herramienta de acercamiento inicial y seguimiento del proyecto, de forma que los participantes pueden registrar las actividades que realicen y estar en contacto de manera regular. Grandes Vecinos supone asimismo un laboratorio de ideas de nuevas formas de participación vecinal y comunitaria.

El objetivo general es prevenir la soledad no deseada que pueda sentir la persona mayor a través de los siguientes objetivos específicos:

- Ampliar la red social de las personas mayores haciendo que se sientan parte de un grupo/comunidad y participando activamente en ella
- Facilitar vínculos, fomentando oportunidades de encuentro y relaciones humanas cercanas de confianza
- Regenerar el tejido vecinal y comunitario de los barrios en torno a las personas mayores, promoviendo la autogestión de la participación vecinal

El perfil de la persona mayor que entra en este programa es:

- Persona de 65 años o más.
- Que cuenta con suficiente autonomía y/o actitud para compartir planes sencillos (pasear, disfrutar de una actividad cultural, charlar, tomar un café, etc.)
- Que, aunque no expresa sentimiento de soledad, se valora positivamente que amplíe su círculo social y cuente con una red de apoyo cercana.
- La persona mayor y los/as vecinos/as que se le presentan comparten las actividades que acuerden de manera libre e informal. No existe una periodicidad ni duración obligatoria.
- Las actividades pueden desarrollarse dentro o fuera del domicilio; son ambas partes quienes deciden lo que quieren compartir, cómo y cuándo.

- Además del vínculo entre la persona mayor y el/la vecino/a que se le presenta, desde Grandes Amigos se fomenta el encuentro entre los/as participantes de una misma zona, a través de la organización de actividades comunitarias.

PROGRAMA DE SOCIALIZACIÓN.

Desde Grandes Amigos, además de la importancia de establecer vínculos individuales entre las personas mayores y voluntarias, se considera clave en la lucha contra la soledad no deseada el favorecer la participación de las personas mayores en encuentros y actividades en los que puedan establecer nuevas relaciones. La socialización y la participación en el entorno de las personas mayores favorece la ampliación de su red social. De esta forma, desde los equipos por zonas y los vecindarios, se promueve la participación de las personas mayores acompañadas regularmente en encuentros de barrio, salidas culturales, meriendas, etc.

Además, se organizan Fiestas a lo largo del año en los que se dan cita todas las personas mayores y el voluntariado y vecindarios de la entidad y en la época estival se realizan Vacaciones adaptadas. El objetivo general es incrementar la participación de las personas mayores en su entorno, mediante los siguientes objetivos específicos:

- Favorecer la ampliación de su red social, participando de manera activa en actividades específicas con personas mayores y voluntariado.
- Incrementar su participación en espacios de confianza, fomentando con ello la presencia en la comunidad.
- Visibilizar a las personas mayores como agentes activos en la comunidad y participantes de la misma.

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN.

Igualmente, de manera transversal, este cuarto eje de acción de Grandes Amigos está enfocado en visibilizar las situaciones de soledad no deseada en la sociedad, concienciando acerca de los efectos y las necesidades que surgen para afrontarla, además del poder transformador de la ciudadanía y la acción voluntaria.

El objetivo general es luchar contra la imagen estereotipada del envejecimiento como una etapa de la vida vinculada a enfermedad, incapacidad, aburrimiento o declive, ofreciendo una visión realista y una imagen activa y participativa de las personas mayores.

Y cuyo objetivo específico es la creación en la comunidad de una conciencia de transformación, red y ayuda mutua, favoreciendo la autogestión y la sostenibilidad.

Creando equipos y comunidad

Los diferentes programas de Grandes Amigos pretenden reconectar a las personas mayores con el barrio a través de:

- Red de apoyo mutuo y buena vecindad.
- Núcleo de socialización (compartir intereses comunes).
- Sentido de pertenencia, referencia y apoyo emocional.

Los equipos de Grandes Amigos están formados por las personas voluntarias, vecinas y mayores de un mismo barrio/distrito. Participan en la propuesta y organización de las acciones y actividades para prevenir y abordar la soledad.

Nuestro equipo técnico aporta acompañamiento, apoyo permanente, facilitando espacios de diálogo, reflexión y aprendizaje.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Medición de impacto y evaluación del programa de acompañamiento afectivo

De 2020 a 2023, hemos realizado un estudio del “Impacto de los programas de acompañamiento afectivo en la reducción del sentimiento de soledad de las personas mayores” donde han participado: María Luisa Delgado (Universidad Complutense de Madrid), Sara Marsillas (Matia Instituto) y Mercedes Villegas (Grandes Amigos) y hemos pretendido recoger la opinión de las personas mayores en dos momentos temporales diferentes, a la entrada en Grandes Amigos y transcurrido un año, y como resultado destaca que aumenta la red social con quien poder hablar y expresarse, se reducen tanto la frecuencia como la intensidad del sentimiento de soledad.

Igualmente, en el año 2022, con el título: ‘Eficacia de los acompañamientos y actividades en entornos de proximidad en la reducción del sentimiento de soledad de personas mayores e integración en los barrios’ con autores/as: Yolanda González González, Mercedes Villegas Beguiristáin, Alberto Juárez Ortiz, realizamos un estudio cuantitativo, que a través de un análisis estadístico descriptivo y mediante cuestionarios, medía el grado de percepción de las personas mayores acompañadas, este estudio también cualitativo se realizó a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión a personas mayores, voluntarias y profesionales de Grandes Amigos y el cual nos facilitó como resultado:

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Las personas mayores valoran un notable nivel de bienestar (valoración de 8,17) que les genera el programa de Acompañamiento afectivo.

El 96,47% cree que este acompañamiento afectivo cumple el objetivo de potenciar sus vínculos afectivos e implica un alto grado de mejoría del estado de ánimo

El 82,07% cree que participar en este programa de Grandes Amigos produce un alto beneficio a la hora de paliar la sensación de soledad no deseada.

Las personas mayores perciben, con una valoración de 8,17, que formar parte de este programa mejora su nivel de participación, empoderamiento y autonomía personal.

RESULTADOS CUALITATIVOS:

Mejora del bienestar de las personas mayores, se sienten en confianza y con seguridad. Se sienten cuidadas y escuchadas.

Las personas mayores quieren y perciben que pueden participar con sus propias propuestas.

Las personas mayores y el voluntariado demandan cada vez un mayor número de actividades y acciones más cercanas y en grupos más pequeños, donde las/os participantes puedan compartir intereses y coincidir en el espacio y tiempo a largo plazo.

Observan un cambio en el sentido de su vida (más ganas de vivir, esfuerzo por salir a la calle, etc.), a pesar de ello, no sienten que se les esté incluyendo en el barrio ni que se amplíe su red por el mero hecho de participar y no perciben que el barrio responda a sus necesidades.

La fortaleza del modelo participativo reside en la motivación que ofrece todo este abanico de posibilidades de participación, más o menos próximo a la persona o como agente promotor y conector de barrio.

RETOS Y REFLEXIONES

Para poder llegar a un modelo más integral y comunitario, donde prevalezca un modelo de ecosistema de cuidados, tenemos muchos retos por delante, aquí cito algunos de ellos:

Desde Grandes Amigos somos fieles defensores de la complementariedad de los recursos, a pesar de que muchas veces nos encontramos con dificultades por parte de los profesionales de la administración que nos dicen de una u otra manera que no creen en el voluntariado y lo cuestionan.

Por ello, tenemos por delante el gran reto de poner en valor el papel del voluntariado y la buena vecindad, para que se valore todo el potencial que tiene, junto con otros recursos, como generador de vínculos y como parte esencial de estas comunidades y espacios de cuidado.

Por otro lado, el reto con relación a los estereotipos. Frente a imágenes continuas por parte de los medios de comunicación en el que las personas mayores se reflejan como personas pasivas, vulnerables, necesitadas de ayuda y frágiles, eso genera por un lado que las personas que se acercan a hacer voluntariado lo hacen con esta mirada paternalista a veces en la que buscan, por llevarlo al extremo, al "abuelito que esté más solo". Para contrarrestar esta expectativa, desde Grandes Amigos se crean espacios de aprendizaje y formación, donde se pone el valor el aprendizaje significativo y las comunidades de aprendizaje.

Y al igual que se acercan personas con este enfoque, por otro lado, hay muchas personas mayores que no se sienten identificadas con esa imagen que se proyecta de ellas. Es un gran reto que tenemos por delante y en el que estamos trabajando especialmente con programas como el de Grandes Vecinos, donde la reciprocidad y el empoderamiento de la persona mayor son parte de esas claves.

Tenemos que favorecer que haya comunidades que cuidan, en las que nos preocupamos por las personas del entorno, no sólo desde un voluntariado tradicional, al que muchas personas no se acercarían, sino ofreciendo actividades que tengan sentido para las personas mayores, que sean significativas, donde se rescaten sus intereses y expectativas.

La experiencia de Grandes Vecinos, por ejemplo, el programa vecinal que desarrollamos desde Grandes Amigos, estamos cambiando la web, porque partíamos de una base en la que hay vecinos (jóvenes) y Grandes Vecinos (las personas mayores) y los vecinos dinamizadores (normalmente jóvenes). Nos hemos dado cuenta de que había personas mayores participando con un rol de dinamizadores, y que nuestra concepción previa del programa lo hacía imposible.

Las personas mayores quieren seguir viviendo en su entorno, pero para que pueda ser así, y puedan seguir viviendo donde lo han hecho siempre, es necesaria la coordinación de todos los agentes en torno a las personas mayores, con un cambio profundo en rol de profesionales diversos, entre ello, es importante fomentar la figura

del gestor/a de cuidados o gestor/a comunitaria de casos, desde que resconde poder unir sinergias y confluir acciones conjuntas en beneficio de la persona.

Otros retos son:

- Impulsar y profundizar el modelo participativo (ecosistemas) ante el reto de la soledad.
- Ahondar en qué supone la integración de las personas mayores en los barrios y en lo referente a “lo comunitario”: entender sus necesidades ante sus barrios para que, además de acompañadas, se sientan incluidas en la comunidad.
- Generar espacios de socialización en entornos más reducidos y con una mayor afinidad de intereses entre las personas.
- Más sinergias entre los distintos agentes del barrio: difundir los programas y sensibilizar sobre la situación que viven las personas mayores y seguir colaborando en red.

4. CONCLUSIONES

Entre las Conclusiones, podemos resctar que los programas de acompañamiento afectivo basados en el voluntariado y las redes vecinales contribuyen a la disminución de la soledad entre las personas que participan en los programas de Grandes Amigos y son un valor añadido, complementario y necesario y los cuidados de larga duración y en el engranaje de los ecosistemas de cuidados.

Los resultados de medición de impacto hay que interpretarlos con cautela al recabarse en parte en la pandemia. El punto fuerte de Grandes Vecinos es la cercanía, permite que personas que viven cerca, pero no solo eso, también próximas en intereses y expectativas, se pongan en contacto. El punto débil es que se generan menos reuniones y actividades de las que la mayoría demanda y que estas actividades que más se realizan de forma periódica (semanal o quincenalmente) son: ir a tomar un café, encuentros en los domicilios y paseos. La mayoría se llaman telefónicamente una vez a la semana o más y lo que les gustaría mantener son: las amistades y el compañerismo que se crea, las salidas en grupos más pequeños que ofrezcan una interacción más cercana, agradecen y valoran mucho la formación que reciben y tener una persona responsable del proyecto accesible. Les preocupa que no hay suficiente participación del género masculino en el programa, la importancia de generar confianza entre las relaciones que se crean y la disponibilidad más constante de las personas vecinas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Comité Científico y organizador de este Congreso por la generación de este foro comunidad de aprendizaje y por la generación del LIBRO DE ACTAS del XXXIII Congreso Internacional de Gerontología y Geriatría de Vigo.

Capítulo 9. El Proyecto Radars, una iniciativa comunitaria para el abordaje de las situaciones de soledad y/o riesgo de las personas mayores.

Clara Costas.

Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona, España.

Palabras clave: Soledad no deseada, personas mayores, servicios sociales, dinámicas comunitarias, vinculación al territorio.

RESUMEN

El Proyecto Radars (Radares) es una iniciativa comunitaria liderada por los servicios sociales básicos del Ayuntamiento de Barcelona que busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores gracias a la dinamización de la participación ciudadana.

INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada es una experiencia subjetiva que supone un ámbito de intervención creciente a nivel nacional e internacional. Aunque no existe una única definición para esta condición, en el marco de Radars cuando se habla de soledad no deseada se hace referencia al malestar que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran (Bermejo, 2016).

La vivencia del sentimiento de soledad no es exclusiva de las personas mayores, ya que en cualquier momento del ciclo vital se puede experimentar la soledad. No obstante, las pérdidas relacionadas con el proceso de envejecimiento pueden actuar como catalizadores de este sentimiento. Estas pérdidas pueden darse en diversos ámbitos, desde la salud (pérdidas de visión, auditivas y de movilidad u otras capacidades importantes para las AVD), a las relaciones (del círculo laboral tras la jubilación, de amigos, familia o pareja por defunción o dependencia severa, de los vecinos por el incremento de los movimientos migratorios, etc.) hasta de los espacios referenciales por cambios urbanísticos, gentrificación y el cierre de comercios de proximidad (de toda la vida) del barrio (Pinazo et al, 2021).

Todos estos factores pueden acabar potenciando el aislamiento social de las personas, así como una crisis del sentimiento de pertenencia que puede tener graves consecuencias sobre la salud mental y física. De hecho, es recurrente la comparación del efecto de la soledad con el de fumar 15 cigarrillos al día o ser obeso, pues tanto el aislamiento social real como el percibido se asocian con un mayor riesgo de mortalidad temprana (Holt-Lunstad et al, 2015). En este sentido, las consecuencias de sentirse aislado socialmente están siendo cada vez más reconocidas y probadas en la literatura científica, especialmente la conexión existente entre soledad, depresión y la aparición de problemas cardiovasculares, aunque se desconoce aún el mecanismo que

provoca esta relación causal (Courtin & Knapp, 2017; Yanguas et al., 2018b). Algunos estudios apuntan a que puede tratarse del aumento del cortisol (hormona del estrés), que tiene efectos tanto en la salud mental –pues conlleva que las personas solitarias encuentren más estresantes las actividades diarias que aquellas con una vida social más activa, y se concentren más en pensamientos y percepciones negativos– como en la salud física, ya que provoca una inflamación crónica que afecta al sistema inmunológico y favorece la aparición de otras enfermedades (Cacioppo & Patrick, 2008).

EL PROYECTO RADARS

Aunque el hecho de vivir solo no comporte necesariamente un aumento del sentimiento de soledad no deseada (aunque, como se ha referenciado en el anterior punto, incrementa las posibilidades), sí comporta un aumento de los riesgos que se pueden sufrir en el domicilio sin que estos sean comunicados, especialmente en el caso de las personas mayores. Y la realidad, en el caso de Barcelona, es que cuánto más mayor es una persona, más probable que esta viva sola.

Tabla 1. Población de Barcelona, total y por edad, y por modo de convivencia.

Grupo de edad	Población por grupo	Porcentaje que supone sobre el total de población	Porcentaje de población que vive sola respecto a su grupo de edad
Total de población	1.660.435	100%	12,9%
Mayores de 65 años	351.071	21,1%	26,4%
Mayores de 75 años	188.211	11,3%	31,9%
Mayores de 85 años	69.244	4,2%	39,2%
Mayores de 95 años	7.141	0,4%	41,3%

Fuente: Padrón municipal de habitantes a enero de 2023. Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona.

Ante esta realidad, y tras una reflexión interna en el seno de uno de los Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, se apreció en 2008 la necesidad de elaborar una política pública que abordase la cuestión la soledad de las personas mayores. En ese momento, en que aún no existía ningún referente a nivel nacional o internacional de intervención en soledad, y cuando aún no se encontraba plenamente desplegada la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (también conocida como LAPAD), nació el Proyecto Radars.

Este tenía dos objetivos principales: la lucha contra la soledad no deseada de las personas mayores y detección y reducción de los riesgos que estas pudieran sufrir. Para conseguirlo, era indispensable implicar a la ciudadanía y al entorno cercano de las personas mayores (vecindad, comercios, farmacias, equipamientos), ya que sólo aquellas personas que forman parte del día a día de las personas mayores tienen la capacidad de romper con el sentimiento de soledad. Es a través de este objetivo instrumental (la dinamización comunitaria) que se consigue el objetivo finalista de Radars: que las personas mayores vuelvan a vincularse activamente con su entorno.

Los rápidos resultados obtenidos en el barrio en que nació Radars (Camp d'en Grassot, del distrito de Gracia) propiciaron el incremento del interés de otros centros de servicios sociales de la ciudad, hecho que comportó la extensión del Proyecto de forma paulatina a otros barrios de Barcelona.

2.1. RADARS, UN PROYECTO COMUNITARIO CONSTRUIDO COLECTIVAMENTE

Aunque Radars sea una iniciativa liderada por los servicios sociales, solamente puede ser desarrollada, como se ha visto, si se cuenta con una participación activa de la comunidad, ya que esta supone un agente indispensable para dar respuesta a las necesidades emergentes de las personas mayores.

La cooperación entre la sociedad y la administración en Radars se da en un marco de corresponsabilidad, a partir del cuál se establecen nuevos mecanismos de comunicación y nuevas metodologías de intervención entre ambos agentes. En este sentido, el factor territorial es clave, ya que para lograr un mayor grado de implicación de la ciudadanía es necesario que las acciones se dirijan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de un ámbito infralocal (el barrio), y no de toda la ciudad. Factores orográficos como grandes avenidas, ríos, elevaciones del terreno u otros pueden comportar la existencia de un entorno sociocultural diferente entre territorios, y no tener en cuenta esta cuestión puede comportar el fracaso de la política pública, ya esta que se basa en la participación ciudadana, que mayor cuando el impacto de su implicación repercute en sus vecinos y vecinas inmediatos.

Como ejemplo de ello, cabe especificar que en Barcelona el Proyecto Radars se encuentra implantado en 59 barrios (de los 73 existentes en la ciudad), que se estructuran a partir de 33 Mesas Comunitarias de Trabajo (ya que hay barrios que comparten Mesa, en tanto que sus dinámicas socioculturales son comunes). Ello sería equivalente a decir que en Barcelona existen 33 Proyectos Radars, cada uno con sus potencialidades y dificultades específicas, ya que se estructuran a partir de los recursos que hay en cada territorio.

2.2. ÁMBITOS DE ACCIÓN DEL PROYECTO RADARS

Radars cuenta con diversos ámbitos de intervención, que, en el momento de implantación se desarrollan secuencialmente (como se explicará a continuación), pero que es necesario desarrollar simultáneamente cuando el Proyecto ya está consolidado.

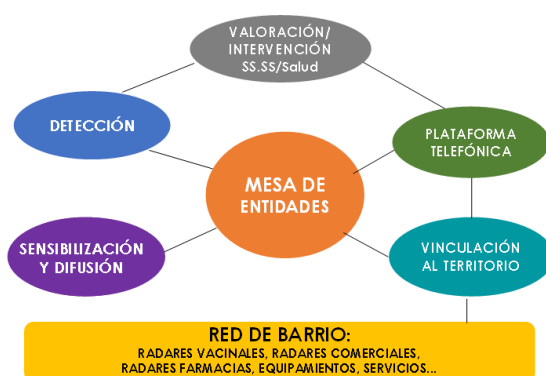


Figura 1. Ámbitos de acción del Proyecto Radars. Fuente: Elaboración propia

La espina dorsal de Radars es la mesa de entidades de cada barrio o agrupación de barrios, en la que se reúnen (con una periodicidad mensual, bimensual o trimestral), todos los agentes que hay en un territorio. Es indispensable que no se trate de una mesa técnica de trabajo, si no que, además de los equipamientos y servicios del barrio, en la mesa participen las entidades, vecinos y vecinas, y asociaciones comerciales, entre otros. En este espacio central es donde se realizan las diagnosis del territorio (en términos de soledad y

riesgos de las personas mayores) y se planifican y definen las estrategias a llevar a cabo conjuntamente para dar respuesta a las problemáticas identificadas.

Una vez se cuenta con una mesa de entidades (esta puede ser creada ad-hoc para Radars, o bien el Proyecto puede colgar de las Mesas de Salud comunitaria o de Personas Mayores del territorio), la primera línea de trabajo a desarrollar es la sensibilización de la ciudadanía. En primer lugar para visibilizar las dificultades que pueden sufrir las personas mayores (de las que, en ocasiones, el entorno no es consciente, especialmente en el caso de los jóvenes), y, en segundo lugar, para dar a conocer pequeñas acciones que permiten al entorno dejar ser parte del problema y convertirse en la solución. Detalles que no requieren esfuerzo tener un gran impacto en la vida diaria de las personas mayores, como el dar los buenos días, preguntar cómo está y tomarse unos minutos para conversar, o el poner una silla en los comercios para que las personas mayores del barrio puedan sentarse a descansar y relacionarse, construyendo vínculos de comunidad. Situaciones naturales en la vida de pueblo, pero que las prisas de las dinámicas urbanas y de los ritmos de trabajo tienden a eliminar. Así, en este ámbito el objetivo de Radars es crear comunidades más sensibles y respetuosas hacia las personas mayores, rompiendo con el individualismo de las sociedades urbanas actuales. Este trabajo de sensibilización y difusión permite ir tejiendo una red de barrio, de vecinos y vecinas, comercios y farmacias que se adhieren como “radares” que, a partir de una mirada sensible y respetuosa, están atentos a las personas mayores, y, si detectan una situación de riesgo o soledad, se ponen en contacto con Radars.

A partir de ese momento, se inicia la fase de detección. La detección de situaciones de riesgo y soledad puede ser llevada a cabo por cualquier agente del territorio. El objetivo en este ámbito es que la red Radars comprenda la importancia de comunicar estas situaciones en un momento muy inicial, ya que la intervención que se puede hacer cuando se notifica un deterioro cognitivo incipiente tiene mayores posibilidades de mantener la calidad de vida de las personas mayores (y, también su permanencia en su domicilio) que si esta detección se realiza cuando la situación de deterioro cognitivo está ya muy avanzada. Se trata de situaciones que fácilmente pueden no ser percibidas por la familia de las personas mayores si esta no comparte su día a día, como por ejemplo el hecho de empezar a dejarse repetidamente las llaves dentro de casa, dinámica que perciben en primer lugar los vecinos, mientras que los comercios pueden detectar la aparición de dificultades para gestionar los pagos y las vueltas (el cambio), los bares y restaurantes el hecho de bajar dos veces a comer, sin recordar la primera, o las farmacias la existencia de dificultades para seguir la pauta de toma de medicación.

La situación comunicada por la red de barrio (o por las plataformas de llamadas) es valorada por los servicios sociales, quienes, en ocasión conjuntamente con los servicios de salud, realizan un diagnóstico y definen un plan de intervención y si son necesarios apoyos al domicilio (como el servicio de teleasistencia o la atención domiciliaria, por ejemplo). Si el deterioro cognitivo no está avanzado, o en los casos en que la situación detectada es simplemente de soledad, se invita a la persona mayor a participar del Proyecto Radars.

Esto es debido a que todas las estrategias para romper con la soledad de las personas mayores se articulan a partir de la Plataforma Telefónica, donde personas voluntarias de Radars (que son en su mayoría personas mayores, y mujeres), realizan llamadas de acompañamiento para generar un vínculo de amistad. Por ello, si una persona no está capacitada para seguir una llamada, entender -y recordar- quién le llama y para qué, Radars no sería un servicio adecuado para su situación. Este es el único factor de exclusión de Radars, ya que la materialización del objetivo finalista de Radars, que no es otro que las personas mayores vuelvan

a tener relaciones con su entorno, participen de la vida de barrio y hagan nuevas amistades, se consigue exclusivamente gracias al vínculo que se genera en las llamadas realizadas por las personas voluntarias.



Figura 2. Esquema de actuación del Proyecto Radars. Fuente: Elaboración propia

En su esencia más simple, lo que busca Radars es que las personas mayores vuelvan a tener un plan de vida gracias al incremento de relaciones con el entorno. Este planteamiento de Radars, pionero en 2008, se basa en el hecho de que cuanto mayor es la red de relaciones de una persona, mejor es su estado de ánimo y de salud y, por tanto, mayor es su percepción de calidad de vida (Brown et al., 2015). Este hecho ha favorecido la aparición de cada vez más recursos y programas a nivel mundial que luchan contra la soledad no deseada y trabajan para la generación y el mantenimiento de relaciones sociales significativas (Pinazo-Hernandis, 2020b).

Así, desde el marco de Radars se trabaja para dar cobertura a las expectativas relacionales de las personas mayores (Akhter-Khan, S. C., 2023) desde tres escalas de intervención:

- Las llamadas telefónicas, que da respuesta a la necesidad de intimidad (disponer de una persona a quien poder confiar todo), apoyo (sentirse cuidado y valorado) y respeto.
- La creación de grupos de proximidad, que fomenta la reaparición del sentimiento de pertenencia a un grupo, dinamizado por las personas voluntarias.
- La participación en las actividades del barrio, que permite recuperar o potenciar la vida sociocultural, la diversión y el hecho de compartir experiencias significativas.

Gracias a la interacción de estas tres líneas de actuación se consigue incentivar el interés de las personas mayores en las actividades y recursos existentes en su barrio, promoviendo de esta manera un incremento de su autonomía a la hora de relacionarse con su entorno.

3. RESULTADOS

Radars es una iniciativa que tiene impacto tanto en las personas usuarias finales, receptoras del servicio, como en el voluntariado (reforzando la autoestima y la percepción de utilidad social de las personas que lo llevan a cabo), en la comunidad y en los Centros de Servicios Sociales. Por un lado, la participación de los profesionales de servicios sociales en las 177 Mesas de trabajo comunitario celebradas durante el año 2022 permite un acercamiento a las dinámicas y necesidades del territorio, hecho que favorece la aparición de nuevas sinergias y colaboraciones. Respecto a la comunidad, la creación de espacios de trabajo participativos intergeneracionales (de los que participan 505 entidades y servicios en toda la ciudad) facilita la mejora de las relaciones de convivencia y la generación de comunidades más humanas y solidarias hacia la población sénior. En esta línea, 1.519 radares comerciales, 1.904 radares vecinales y 606 radares farmacia contribuyen a generar una red de barrio de personas sensibilizadas que están atentas a las necesidades de las personas mayores de su entorno. En este sentido, y Respecto a la prevención del riesgo, cabe destacar que Radars recibió y gestionó durante 2022 más de 1000 notificaciones de situaciones de emergencia de la población mayor más frágil detectadas por la red de barrio y las plataformas telefónicas.

En cuánto reducción del impacto emocional de la soledad no deseada de las personas mayores, durante 2022 las 210 personas voluntarias realizaron más de 43.000 llamadas de acompañamiento a 2.267 personas mayores de la ciudad de Barcelona. Por perfil de género y edad, cabe destacar que el 82,4% son mujeres, y que más del 50% tienen 85 o más años.

Tabla 2. Personas usuarias de Radars, por tramo de edad y género.

Grupo de edad	Mujeres	Hombres	Total
Total p. usuarias	1.868	394	2.267
Menores de 65 años	12	6	18
Entre 65 y 74 años	146	35	176
Entre 75 y 84 años	627	130	757
Entre 85 y 94 años	940	200	1.140
95 años y más	148	23	171

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de personas usuarias en alta durante 2022.

Gracias al vínculo generado en estas llamadas de proximidad se potenció la participación de las personas mayores en 138 actividades significativas de gran formato (escala de barrio), e incontables encuentros de pequeña escala. Estas actividades permiten revalorizar el sentimiento de pertenencia al territorio e incrementan la vinculación de las personas mayores a la su comunidad, además de fomentar las relaciones y el conocimiento mutuo entre personas mayores del barrio.

Con datos concretos, obtenidos a partir de una encuesta externa de satisfacción con el servicio (realizada a 331 personas usuarias, con un error estadístico de $\pm 5\%$ y un margen de confianza del 95,5), el 92% de las personas encuestadas indicaron haberse sentido más acompañadas gracias a Radars, el 85% notificaron haber mejorado su estado de ánimo, el 67% el haber salido a la calle con mayor frecuencia y el 29% haber hecho nuevas amistades. En cuanto al servicio en sí, la valoración del trato recibido por parte de voluntariado y profesionales fue de 9,49 y de un 9,52 respecto al grado en que sus peticiones han sido tenidas en cuenta. Las personas voluntarias valoraron con un 8,7 su grado de satisfacción general con el servicio (en otra encuesta

independiente realizada al total de personas voluntarias), siendo la valoración de las personas usuarias de un 9,47.

Finalmente, cabe comentar que el rápido retorno social que tiene Radars ha favorecido que otros municipios se hayan interesado en el Proyecto, hecho que promovió en 2014 la creación de un convenio gratuito de colaboración, del que participan actualmente 16 ciudades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhter-Khan, S. C., (2023). Understanding and Addressing Older Adults' Loneliness: The Social Relationship Expectations Framework. *Perspectives on Psychological Science*, 18(4), 762-777. <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>
- Bermejo, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>.
- Brown, L., Forster, A., Young, J., Crocker, T., Benham, A., & Langhorne, P. (2015). Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001730.pub3>
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. Nueva York: Norton & Co.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>.
- Holt-Lunstad, J., Smith, TB, Baker, M, Harris, T, Stephenson, D (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10 (2), 227-237. DOI:10.1177/1745691614568352
- Pinazo-Hernandis, S. (2020b). Intervenciones en soledad (pp. 161-189). En J. Yanguas (ed), *El reto de la soledad en las personas mayores*. Barcelona: Fundación Bancaria "La Caixa".
- Pinazo, S.; Costas, C.; Costas, E. (2021). *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración. Revisión de literatura científica y especializada*. Observatorio Social de "La Caixa".
- Yanguas, J., Pinazo-Hernandis, S. & Tarazona, F (2018b). The complexity of loneliness. *Acta Biomédica*, 89 (2), 302-314. doi: 10.23750/abm.v89i2.7404.

Bloque temático II. Otros temas de actualización en geriatría y gerontología.

Capítulo 10. Hábitos de vida y predisposición a la enfermedad durante la vejez.

Laura Lorenzo López.

Universidade da Coruña, Gerontology and Geriatrics Research Group, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Servizo Galego de Saúde (SERGAS), A Coruña, Spain.

Palabras clave: hábitos de vida, ejercicio físico, fragilidad, envejecimiento activo, soledad no deseada

RESUMEN

Este capítulo explora cómo los hábitos cotidianos de las personas pueden influir de manera significativa en su proceso de envejecimiento. Se pone de manifiesto la importancia de adoptar hábitos de vida saludables a lo largo del ciclo vital para optimizar nuestra salud, reduciendo el riesgo de enfermedades crónicas en la vejez. Se pone el énfasis en el papel del ejercicio físico regular y adaptado como herramienta poderosa para promover un envejecimiento saludable, describiendo sus efectos beneficiosos tanto sobre la salud física como sobre la salud cognitiva y mental. Se destacará su papel en el mantenimiento de la función cognitiva y reducción del riesgo de trastornos neurológicos relacionados con la edad, en la promoción de la salud mental y emocional, y en la mejora de la calidad de vida y el bienestar. Además, se destaca su papel como herramienta de lucha contra los efectos indeseables de la soledad no deseada. En resumen, el capítulo resalta cómo nuestras elecciones diarias pueden influir en nuestra salud y bienestar a medida que envejecemos.

1. INTRODUCCIÓN

Debido al envejecimiento poblacional y al aumento de la longevidad, uno de los principales retos de los sistemas de salud y/o bienestar en la sociedad actual es el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas durante el proceso de envejecimiento, con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores y reducir los costes sociosanitarios. Esto es así, porque el envejecimiento poblacional conlleva un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos que pueden derivar en síndromes geriátricos frecuentemente incapacitantes.

Los cambios fisiológicos que ocurren durante el envejecimiento, y que afectan a todos los sistemas corporales, pueden predisponer a un mayor desarrollo de enfermedades y comorbilidad en la vejez. Además, los grandes avances de las ciencias biomédicas y de las ciencias de la salud en el tratamiento de enfermedades que antes eran mortales y ahora son crónicas, han provocado un aumento de la probabilidad de encontrarse en una situación de pérdida de la funcionalidad o, dicho de otro modo, de fragilidad, discapacidad y/o dependencia en los últimos años de la vida. El hecho de que el deterioro funcional sea una de las principales manifestaciones clínicas de muchas enfermedades edad-dependientes, hace que en la actualidad se indispensable poner el foco en el mantenimiento de la capacidad funcional (entendida por el conjunto de la capacidad intrínseca de la

persona, las características del entorno y las interacciones entre la persona y esas características) por encima de la enfermedad.

En este sentido, casi todos los países están desarrollando iniciativas para promover el envejecimiento activo y saludable de su población. En cuanto al concepto de envejecimiento activo es importante reconocer que el término "activo" no hace referencia únicamente a la capacidad de permanecer físicamente activo, sino también a otros aspectos como la continua implicación social, económica, cultural y cívica (OMS, 2012). Es, además, un proceso continuo que se refiere a todo el ciclo vital desde un enfoque biopsicosocial, y no tanto al resultado final. Para la promoción de un envejecimiento saludable es, por tanto, fundamental una perspectiva de curso de vida, con promoción de estilos de vida saludable durante cada una de las etapas de la vida.

El principal reto de este tipo de iniciativas es la identificación de estrategias eficaces que permitan conseguir mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas a cualquier edad, tratando de intervenir directamente sobre los factores que sean modificables, tales como la promoción de entornos y hábitos saludables para las personas mayores y promoviendo un envejecimiento activo. Desde un punto de vista neurobiológico, los programas de promoción de la salud y envejecimiento activo son eficaces debido a una característica del funcionamiento biofísico humano que es la modificabilidad o plasticidad (latente a lo largo de toda la vida) que lleva a una capacidad de reserva y/o compensación frente a los daños debidos a la edad.

2. IMPORTANCIA DE LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO

La investigación científica ha demostrado que el proceso de envejecimiento no depende de la suerte o el azar, dado que en cierta medida el comportamiento del individuo influye en la prevención de la enfermedad. En este sentido, en las sociedades modernas se considera el estilo de vida como uno de los mayores condicionantes del estado de salud de las personas, entendido como el conjunto recurrente de comportamientos, actitudes, tendencias, y valores que caracterizan el modo de vida de las personas. Se ha constatado que desarrollar unos hábitos de vida saludables (una alimentación equilibrada y rica en nutrientes, la adopción de estilos de vida más activos, una adecuada gestión del estrés, el abandono del tabaco o del consumo abusivo de alcohol y otras sustancias tóxicas) es fundamental para la mejora de la calidad de vida, para evitar el declive físico y psíquico asociado al avance de la edad, y para mantener una buena salud y funcionalidad en edades avanzadas.

Entre las actividades de promoción y prevención de la salud destacan la prevención y el tratamiento adecuado de los principales síndromes geriátricos, como la fragilidad física o el deterioro cognitivo, que favorecen la aparición de situaciones de discapacidad y dependencia (Fried et al., 2001). La fragilidad y la discapacidad se pueden incorporar dentro de un continuum funcional que va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. La fragilidad sería, por tanto, entendida como un estado de pre-discapacidad, que se relaciona con el deterioro acumulativo en diferentes sistemas fisiológicos (debido a factores intrínsecos y extrínsecos) (Rockwood & Mitnitski, 2007). Existe evidencia científica que señala que la implementación temprana de estrategias de prevención y manejo de la fragilidad puede evitar resultados negativos en salud y complicaciones mayores tales como la dependencia funcional. A nivel nacional destaca la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS (2022), con el objetivo de

ganar salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad. Esta estrategia, alineada con otras estrategias internacionales, se centra en el diseño de intervenciones individualizadas en personas con elevado riesgo de fragilidad, incluyendo indicación de ejercicio físico multicomponente, recomendaciones nutricionales, revisión y adecuación de la medicación y promoción de estilos de vida saludable.

Por otro lado, las enfermedades neurológicas y mentales representan una proporción considerable de la carga mundial de la enfermedad, y a menudo coexisten con problemas funcionales o fragilidad física. Dado que el tratamiento farmacológico del deterioro cognitivo y de las demencias tiene solo resultados moderadamente eficaces y puede presentar efectos secundarios indeseables, se ha sugerido que el ejercicio físico puede ser una estrategia terapéutica adecuada en materia cognitiva. Puede considerarse como un medio seguro y poco costoso de prevención del deterioro funcional (físico y cognitivo) lo que reducirá los costes sociosanitarios. Está demostrado que el ejercicio multicomponente (que combina entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio, marcha) previene la fragilidad al mejorar la capacidad funcional (Sadjapong et al., 2020) incluso en personas mayores muy mayores, institucionalizadas y con restricciones de movilidad, y podría beneficiar de forma indirecta a la función cognitiva, disminuyendo el riesgo de deterioro cognitivo y demencia.

3. EL PAPEL DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Existe extensa evidencia científica que demuestra que el deterioro funcional (que eleva el riesgo de caídas y fracturas, fragilidad, discapacidad y dependencia) y el riesgo de padecer enfermedades crónicas asociadas al avance de la edad pueden reducirse de forma significativa con la realización de actividad física moderada de forma regular (Colcombe et al., 2003; Larson et al., 2006), tanto en personas sanas como en aquellas que sufren alguna enfermedad.

A nivel cognitivo, existen evidencias de que la práctica regular de actividad física puede enlentecer o retrasar el deterioro cognitivo asociado a la edad y la neurodegeneración que se observa en las demencias (Lytle et al., 2004; Laurin et al., 2001), mejorando las medidas de función ejecutiva, el control cognitivo el procesamiento de la información visoespacial y la velocidad de respuesta (Colcombe et al., 2003; Heyn et al., 2004). En estudios de resonancia magnética, se ha observado que el ejercicio físico aeróbico modera el deterioro asociado a la edad en la densidad de la sustancia blanca y gris del cerebro (Colcombe et al., 2003), de forma que las regiones cerebrales más afectadas por el envejecimiento son también las más beneficiadas por el ejercicio físico, y que los sujetos más entrenados muestran mayor activación cerebral en regiones del córtex prefrontal y parietal (Colcombe et al., 2004) fundamentales para la realización de las tareas de la vida diaria. En este sentido, las intervenciones que combinan ejercicios de tipo aeróbico con otro tipo de ejercicios multicomponente han demostrado ser más efectivas (Bai et al., 2022) y de mayor impacto en la plasticidad neural. Un análisis reciente de 14 estudios longitudinales ha puesto de manifiesto que la actividad física puede modular, además, las transiciones entre los diferentes niveles de deterioro cognitivo y la muerte, e incrementa la esperanza de vida independientemente del sexo y la edad (Yoneda et al., 2020). De modo que, la realización de al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada se asocia con un menor riesgo de deterioro de la función cognitiva y de muerte, y una mayor probabilidad de reversión hacia estados menos severos de deterioro cognitivo. Se ha demostrado, además, que la actividad física reduce en un 36% el riesgo de mortalidad asociado a la fragilidad cognitiva (coexistencia de fragilidad física y deterioro cognitivo, Facal et

al., 2019; Kelaiditi et al., 2013) (Esteban-Cornejo et al., 2019). Todos estos hallazgos sugieren que la actividad física puede contribuir a moderar los cambios indeseables en la cognición y en la función y estructura cerebral producidos por el proceso de envejecimiento. Las futuras investigaciones apuntan a determinar qué tipo de ejercicio físico es el que produce las mejores adaptaciones a nivel cerebral para aumentar el potencial cognitivo.

Es importante señalar que, aunque como hemos visto existen numerosas evidencias del beneficio cognitivo del ejercicio físico, resulta difícil establecer una relación causal por problemas de falta de potencia estadística o por la existencia de sesgos en la investigación (falta de grupos control o presencia de diferencias cognitivas en el momento basal entre los grupos que se comparan), por lo que son necesarios estudios longitudinales.

Los efectos positivos de la actividad física y el ejercicio físico también son evidentes sobre el bienestar psicológico y de satisfacción con la vida de las personas mayores. El ejercicio ayuda a liberar endorfinas, neurotransmisores que generan una sensación de bienestar, lo que puede reducir significativamente el estrés y la ansiedad. Además, se asocia con un aumento en la producción de serotonina, un neurotransmisor relacionado con la regulación del estado de ánimo, que ayudaría a reducir los síntomas de la depresión y la sensación de tristeza.

Aunque son necesarios más ensayos aleatorizados controlados para determinar los aspectos concretos del ejercicio físico a pautar (tipo, duración, frecuencia, intensidad, etc.), es recomendable que los profesionales de la salud promuevan y recomienden la actividad física a un nivel de intensidad adaptado a las capacidades físicas globales de cada persona como parte de un estilo de vida saludable, incluso en personas mayores con deterioro cognitivo. En este sentido, el personal sanitario tendrá que luchar por modificar las actitudes y comportamientos sociales relacionados con este ámbito, puesto que existe una falsa creencia de que a cierta edad el ejercicio físico puede estar contraindicado. La prescripción de ejercicio físico (incluso pasivo) ha mostrado ser útil y tener beneficios incluso durante la hospitalización. Sea cual sea el tipo de ejercicio que se vaya a prescribir, y con el objetivo de mantener la adherencia, es fundamental que resulte atractivo para la persona que lo va a realizar, y que encaje en sus posibilidades e intereses. Por último, señalar la importancia del mantenimiento regular del ejercicio para evitar que los beneficios físicos y cognitivos se disipen con el abandono de la actividad. En todo caso, es necesario recordar que cualquier nivel de ejercicio físico producirá más beneficios sobre la salud cognitiva y física que el mantenerse pasivos y sedentarios, y que nunca es tarde para empezar.

4. REPERCUSIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

La soledad no deseada puede definirse como un sentimiento subjetivo, de no tener la cantidad y/o calidad deseada de relaciones sociales, y se ha relacionado con la fragilidad y la vulnerabilidad en las últimas etapas de la vida. Es por tanto un tema de creciente preocupación desde el punto de vista sociosanitario. Los estudios longitudinales han mostrado de forma consistente y relevante la relación entre soledad y salud. De hecho, tiene un gran impacto para la salud en general desde el punto de vista biopsicosocial, y en definitiva repercute en la calidad de vida de la persona. En cuanto a la salud física, numerosos estudios indican que la soledad incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, empeora la nutrición, incentiva el aumento

de la obesidad y el abandono de la actividad física, aumenta las visitas al médico y las hospitalizaciones. La soledad provoca deficiencias en el sistema inmunológico, que hace que aumente el riesgo de contraer cualquier enfermedad contagiosa o infecciones, tanto bacterianas como víricas. Igualmente tiene un efecto negativo sobre la salud mental, aumentando el riesgo de depresión y ansiedad, alteraciones del sueño, e incrementando el riesgo de deterioro cognitivo y demencias. Se ha relacionado, además, con un aumento de la mortalidad y con un mayor uso de los servicios de salud y sociosanitarios.

Es importante señalar que la soledad no deseada se asocia a la adopción de estilos de vida inadecuados (alimentarse peor, seguir dietas más monótonas o poco equilibradas, aumentar el sedentarismo, fumar más...), que incrementa el riesgo de envejecimiento patológico. El sentimiento de soledad afecta especialmente a la percepción de salud de las personas mayores. En esta población, la presencia de sentimientos de soledad incrementa el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo y demencia, fatiga e inactividad física, componentes de tipo psicosocial y comportamental de la fragilidad física, que pueden derivar en una dependencia.

5. EL EJERCICIO FÍSICO COMO HERRAMIENTA EFICAZ PARA LUCHAR CONTRA LA SOLEDAD NO DESEADA

El ejercicio físico realizado en grupo puede ser una herramienta eficaz para luchar contra la soledad no deseada, ya que puede mejorar el bienestar mental y emocional al tiempo que fomenta la interacción social y el establecimiento de vínculos. Sin embargo, la soledad no deseada puede hacer que sea más difícil encontrar la motivación y el apoyo necesario para mantener una rutina de ejercicio regular, por lo que es importante buscar compañeros/as de ejercicio que compartan los propios intereses y con los/as que establecer conexiones. Este tipo de actividad grupal ayuda a compartir experiencias y desarrollar amistades, mejorando el bienestar físico y emocional. Es por tanto de resaltar la importancia de los beneficios sociales que trae la práctica de ejercicio físico, pues el hecho de forjar vínculos, conectar con los demás, participar en actividades grupales, proporcionan lo que en psicología se denomina un sentimiento de pertenencia al grupo, que ayuda a combatir el sentimiento de soledad.

6. CONCLUSIONES

Existe evidencia científica robusta en cuanto a los efectos beneficiosos del ejercicio y la actividad física sobre los aspectos físicos y funcionales relacionados con la salud. Sin embargo, en cuanto a su efecto real sobre la cognición, aunque existen numerosas evidencias de su beneficio, resulta difícil establecer una relación causal por problemas de falta de potencia estadística o por la existencia de sesgos en la investigación. Aun así, los beneficios que demuestra el ejercicio físico sobre el bienestar humano general, especialmente en lo que respecta a la salud física, pero también a la salud psicológica y social, resultarían suficientes para justificar las políticas de salud pública dirigidas a promover y fomentar su práctica regular a todas las edades, pudiendo considerarse una herramienta eficaz en la lucha contra la soledad no deseada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bai, X., Soh, K. G., Omar Dev, R. D., Talib, O., Xiao, W., Soh, K. L., Ong, S. L., Zhao, C., Galeru, O., & Casaru, C. (2022). Aerobic Exercise Combination Intervention to Improve Physical Performance Among the Elderly: A Systematic Review. *Frontiers in Physiology*, 12, 798068. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.798068>
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Raz, N., Webb, A. G., Cohen, N. J., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(2), 176–180. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.2.m176>
- Colcombe, S. J., Kramer, A. F., Erickson, K. I., Scalf, P., McAuley, E., Cohen, N. J., Webb, A., Jerome, G. J., Marquez, D. X., & Elavsky, S. (2004). Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(9), 3316–3321. <https://doi.org/10.1073/pnas.0400266101>
- Esteban-Cornejo, I., Cabanas-Sánchez, V., Higuera-Fresnillo, S., Ortega, F. B., Kramer, A. F., Rodríguez-Artalejo, F., & Martínez-Gómez, D. (2019). Cognitive Frailty and Mortality in a National Cohort of Older Adults: The Role of Physical Activity. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(7), 1180–1189. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.027>
- Facal, D., Maseda, A., Pereiro, A. X., Gandoy-Crego, M., Lorenzo-López, L., Yanguas, J., & Millán-Calenti, J. C. (2019). Cognitive frailty: A conceptual systematic review and an operational proposal for future research. *Maturitas*, 121, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.006>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Heyn, P., Abreu, B. C., & Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(10), 1694–1704. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.03.019>
- Kelaiditi, E., Cesari, M., Canevelli, M., van Kan, G. A., Ousset, P. J., Gillette-Guyonnet, S., Ritz, P., Dubeau, F., Soto, M. E., Provencher, V., Nourhashemi, F., Salvà, A., Robert, P., Andrieu, S., Rolland, Y., Touchon, J., Fitten, J. L., Vellas, B., & IANA/IAGG (2013). Cognitive frailty: Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(9), 726–734. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0367-2>
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144(2), 73–81. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-2-200601170-00004>
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., & Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498–504. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.3.498>

Lytle, M. E., Vander Bilt, J., Pandav, R. S., Dodge, H. H., & Ganguli, M. (2004). Exercise level and cognitive decline: The MoVIES project. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18(2), 57–64. <https://doi.org/10.1097/01.wad.0000126614.87955.79>

Ministerio de Sanidad (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*. Madrid

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722–727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>

Sadjapong, U., Yodkeeree, S., Sungkarat, S., & Siviroj, P. (2020). Multicomponent Exercise Program Reduces Frailty and Inflammatory Biomarkers and Improves Physical Performance in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113760>

World Health Organization. (2012). *Global health and aging*. https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/global_health_aging.pdf

Yoneda, T., Lewis, N. A., Knight, J. E., Rush, J., Vendittelli, R., Kleineidam, L., Hyun, J., Piccinin, A. M., Hofer, S. M., Hoogendijk, E. O., Derby, C. A., Scherer, M., Riedel-Heller, S., Wagner, M., van den Hout, A., Wang, W., Bennett, D. A., & Muniz-Terrera, G. (2021). The Importance of Engaging in Physical Activity in Older Adulthood for Transitions Between Cognitive Status Categories and Death: A Coordinated Analysis of 14 Longitudinal Studies. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 76(9), 1661–1667. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa268>

Capítulo 11. Calidad de vida en adultos mayores: bienestar personal, integración social, salud y economía: envejecimiento saludable.

Antonio Pose Reino.

Complejo Hospitalario universitario de Santiago de Compostela. Director de la Cátedra de Cronicidad de la Universidad de Santiago de Compostela.

Palabras clave: envejecimiento poblacional, cronicidad, soledad, envejecimiento activo, calidad de vida.

1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN GALICIA Y EN NUESTRA ÁREA SANITARIA.

La esperanza de vida ha cambiado de forma espectacular en el último siglo; en 1910 era de 40,6 a. para varones y de 42,6 a. para las mujeres y en el 2010 de 84,8 a. para las mujeres y de 78,3 a. para los varones. Esto ha hecho que la forma de la pirámide poblacional cambie y que cada vez haya más personas en la cúspide de la pirámide. Sin duda, ello supone un gran logro para nuestra Sociedad, pero también un reto que tenemos que afrontar, ya que tenemos que preparar a la Sociedad para poder atender de forma adecuada a todas estas personas mayores.

En concreto, la población española lleva décadas envejeciendo, pero en especial algunas comunidades, especialmente las del norte. El índice de envejecimiento de una población se mide no solo por el número de personas mayores de 65 años sino por la relación con el de menores de 26 años; esto es el cociente del número de personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años y en España es de 118.4; Galicia y Asturias son las comunidades más envejecidas con un índice de 192.6 en Galicia y 210 en Asturias, en cifras del INE del 2019, cifras de antes de la Pandemia.

Galicia tiene una población aproximada de 2.600.000 habitantes, de los cuales el 26% tiene más de 65 años y el 8,9% más de 80 años. Para su atención sanitaria se ha dividido a la Comunidad en 7 áreas sanitarias (Santiago-Barbanza, Coruña-Cee, Ferrol, Pontevedra- El Salnés, Vigo, Lugo- A Mariña-Monforte y Ourense-Verín-O Barco de Valdeorras. De las provincias gallegas Ourense y Lugo son las más envejecidas y Pontevedra la menos. Ourense es la más envejecida del territorio español con un índice de envejecimiento del 296,1% y Lugo la tercera después de Zamora. En concreto, en nuestra área sanitaria (Santiago-Barbanza), tenemos una población de 446.768, con un 24% de mayores de 65 años y un 8.5% de mayores de 80 años y no somos el área más envejecida de Galicia.

Por tanto, Galicia supone una de las áreas geográficas con mayor proporción de mayores y por tanto con la necesidad de pilotar los cambios necesarios para atender a esta Sociedad envejecida.

La cronicidad está muy relacionada con la edad avanzada, si bien no es exclusiva de los mayores, supone una dificultad para el manejo de este grupo de población. Hace 5 años el Presidente de nuestra Comunidad

autónoma se reunió con Robelo de Sousa Presidente de la República portuguesa para abordar la posibilidad de un frente común para que el envejecimiento poblacional fuera una prioridad en todo el ámbito europeo.

2. ENVEJECIMIENTO Y FRAGILIDAD.

El proceso de envejecimiento depende de varios condicionantes (Baztán et al. Med Clin.2000); en primer lugar, de factores genéticos (biológicos y fisiológicos), en segundo lugar, del estilo de vida y muy especialmente de la actividad física, de la nutrición y del abuso de tóxicos. Los procesos crónicos contribuyen a mermar la reserva fisiológica, así como las enfermedades concurrentes, el soporte social y la falta de cuidados sanitarios. Llega un momento que la persona se vuelve frágil y esto es realmente lo que les hace viejos ya que a partir de este momento se va produciendo el deterioro funcional. Hablamos de fragilidad cuando se pierde el 70% de la reserva fisiológica y a partir de ese momento no se puede llevar una vida normal. Desde un punto de vista práctico hablamos de la regla de los 30: El declinar de la reserva fisiológica comienza entre los 30 y 40 años, el umbral de fragilidad se cruza al sobrepasar el 30% de la reserva funcional y el porcentaje de pacientes frágiles en la comunidad y hospitales estaría en torno al 30% de los mayores de 65 años.

3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Desde el siglo pasado la OMS propone e impulsa el envejecimiento activo, como forma de optimizar las oportunidades de salud. Se conoce como tal al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen e incluye la participación continua de los adultos mayores de forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos.

Por tanto, el término anciano viene definido por la edad y la funcionalidad y la fragilidad es la que condiciona este deterioro funcional. El ejercicio físico es una medida clave para retrasar el proceso de envejecimiento, pero, ¿es siempre beneficioso?

Un estudio realizado en el 2014 y publicado en la revista Heart (Monts U et al. Heart 2014), mostró que, en pacientes con cardiopatía isquémica, aquellos que hacían más de 20 horas de ejercicio intenso a la semana tenían un riesgo similar a los que apenas hacían ejercicio. En los demás el beneficio del ejercicio era consistente. En ambos extremos de ejercicio escaso y ejercicio extremo aumentaba la mortalidad cardiovascular y la mortalidad general en los 10 años de seguimiento que duró el estudio. También la dieta restrictiva es una medida clave para enlentecer el proceso de envejecimiento, como lo demuestra algún estudio en primates, como el clásico del 2009 publicado por Colman en Science (Colman RJ et al. Science 2009.) Así, mantener una dieta restrictiva y equilibrada, con ejercicio moderado y adaptado a la edad y capacidad de cada individuo, son factores íntimamente relacionados con un óptimo proceso de envejecimiento.

4. LA CRONICIDAD TRAS LA PANDEMIA.

Tras la Pandemia provocada por el COVID-19, se ha detectado un aumento notable de la cronicidad que viene condicionado fundamentalmente por cuatro factores: primero por los pacientes con secuelas por el COVID (post-COVID), que puede llegar a suponer un 10% de los pacientes infectados, especialmente de los más graves. En

segundo lugar, los pacientes que ya eran crónicos y que tras el COVID se han deteriorado, haciéndose crónicos complejos. En tercer lugar, los pacientes crónicos desatendidos durante la pandemia que han empeorado y en cuarto lugar las personas sanas que, tras el confinamiento y las situaciones vividas durante estos años de Pandemia, han desarrollado enfermedades crónicas como secuelas físicas o psíquicas. Sin duda la Pandemia ha contribuido a acelerar una serie de cambios sociosanitarios como son en primer lugar lo que comentamos previamente referido a los crónicos seguidos de forma continuada que han perdido el seguimiento y esto se reflejará en su estado actual. También hemos podido observar que los crónicos ingresados han disminuido durante la pandemia. La figura del médico internista ha cobrado especial relevancia durante este período, en los hospitales, al igual que lo ha hecho la figura del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Comunidad. La consulta telemática y telefónica se han desarrollado de forma espectacularmente acelerada, especialmente en Primaria.

En noviembre del 2018 se presentó la estrategia gallega de atención a la cronicidad de la Xunta de Galicia. La clave de esta estrategia es la continuidad asistencial, con una serie de figuras claves: la enfermera o enfermero que cita al paciente crónico y permite su identificación a través del sistema de la historia electrónica, el profesional de referencia que casi siempre será de Primaria, el equipo multidisciplinar que elaborará un plan individualizado tras la valoración integral, el profesional de referencia en el hospital cuando sea preciso el ingreso del paciente y el equipo multidisciplinar hospitalario, cuando sea precisa una reevaluación del plan individualizado; pero sin duda el auténtico protagonista de esta estrategia es el paciente crónico, que es la persona a la que le hay que resolver el problema.

5. LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO.

En el 2014 se presentó un trabajo de tesis doctoral en la Universidad de Santiago (F. Formigo tesis doctoral USC 2014), que estudiaba las características de las personas mayores de 80 años que residían en el casco histórico de Santiago y que acudían a su Centro de Salud, se encontró que el 18.5% de esas personas vivían solas, a pesar de que el 43,21% de ellas tenían algún tipo de limitación funcional. Estos resultados son similares a los hallados en otros estudios realizados en otras áreas, como el País vasco o Aragón y superiores a otros como alguno realizado en ciudades grandes como Madrid.

En este trabajo de tesis previamente comentado, se encontró una relación entre los recursos sociales deficientes y la depresión, si bien en la mayoría de los pacientes los recursos sociales eran excelentes o buenos,

El aislamiento no deseado, es un problema importante de nuestra Sociedad que afecta a nuestros mayores; según cifras manejadas recientemente por la Xunta de Galicia, 126.000 personas viven solas, existiendo más de un 20% de hogares unipersonales. En este sentido el Gobierno autónomo gallego fue pionero a nivel nacional en presentar una estrategia gallega de atención a la soledad no deseada en abril del 2021, aunque parece que desde entonces apenas se ha desarrollado. Esta estrategia incluía varias líneas de actuación como la de prevención, la de detección, la de intervención, la de conocimiento y sensibilización y la de cooperación. Esperamos que tras la Pandemia esta estrategia se llegue a desarrollar, al igual que el plan de atención al crónico complejo, en beneficio de nuestra Sociedad presente y futura.

6. NUEVAS FORMAS DE RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS

Hace casi 10 años que el Servicio Galego de Saúde promovió un grupo para establecer un Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia, y en él se definió el término de paciente sociosanitario como aquél que tiene problemas médicos, funcionales y sociales, en concreto o bien una enfermedad crónica compleja con limitación funcional y un problema social o bien una limitación funcional severa, que se acompaña de problemas médicos y sociales.

En los últimos años se discute cuál debe ser el modelo de Residencia adecuado para nuestros mayores con problemas sociosanitarios: las macroresidencias, las microresidencias, si deben convivir las residencias públicas, privadas y concertadas o si realmente debemos adaptar las residencias a las necesidades de cada individuo y tratar de acomodar su vivienda de la mejor forma posible para poder ser atendido en ella el máximo de tiempo.

Galicia es la tercera Comunidad con más déficits de plazas residenciales tras Andalucía y la Comunidad valenciana, según la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. En concreto, el área sanitaria de Santiago es un área deficiente en número de plazas residenciales públicas, concertadas y privadas, teniendo en cuenta la ratio recomendado por la OMS de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. Para rematar, podemos decir que hemos tardado mucho tiempo en darnos cuenta que precisamos un cambio importante en el modelo de nuestro sistema sociosanitario, el centro de este modelo debe ser el paciente y la mejor residencia es la vivienda de cada uno en su ámbito familiar y social, siempre que sea posible adaptarlo a sus necesidades.

Concluimos diciendo que:

- La población gallega lleva años envejeciendo.
- El envejecimiento se asocia a fragilidad y cronicidad.
- Es necesario promover el envejecimiento activo.
- La cronicidad aumentará tras el COVID.
- El aislamiento es un factor agravante del envejecimiento y de la cronicidad.
- La dieta y el ejercicio son pilares fundamentales para envejecer de forma saludable.
- Son necesarias nuevas formas proactivas de manejar a los mayores con problemas de cronicidad y sociosanitarios y esto exige un cambio del modelo sociosanitario actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baztán, J.J, Gonzalez-Montalvo, J.I, Solano, J.J, & Hornillos, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: De la teoría a la evidencia científica. *Med Clin.*, 115, 704-717.

Colman, R.J, Anderson, R.M, Johnson, S.C, Kastman, E.K, Kosmatka, K.J, Beasley, T.M, et al. (2009). Caloric Restriction Delays Disease Onset and Mortality in Rhesus Monkeys. *Science*, (325), 5937, 201-204. DOI: 10.1126/science.1173635

Formigo Couceiro, F.J. (2014). *Estudio de las necesidades de la población de edad avanzada en el área sanitaria de Santiago de Compostela: Intervención gerontológica para el fomento del envejecimiento activo* [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Mons, U, Hahmann, H, & Brenner, H. (2014). A reverse J-shaped association of leisuretime physical activity with prognosis in patients with stable coronary heart disease: evidence from a large cohort with repeated measurements. *Heart*, 100, 1043–1049. doi:10.1136/heartjnl-2013-305242

Capítulo 12. Valoración enfermera del nivel de complejidad en pacientes hospitalizados en un centro de atención intermedia.

Ana Gil Méndez¹, Ingrid Bullich Marín¹, Ester Risco Vilarasau¹.

¹ Hospital Universitario Parc Taulí. Centro Sociosanitario Albada. Sabadell, Barcelona.

Palabras clave: enfermería, paciente complejo, hospital.

RESUMEN

El HexCom® es una herramienta innovadora que permite valorar y cuantificar la complejidad en la práctica clínica de acuerdo a la globalidad bio-psico-social-espiritual de la persona con la finalidad de adecuar y asignar recursos e intervenciones. El objetivo principal de este trabajo es valorar el nivel de complejidad de los pacientes de unidades de geriatría de agudos (UGA) y unidades de cuidados paliativos (UCP) utilizando la herramienta HexCom.

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional, y de corte transversal transversal realizado en un centro de atención intermedia (CAI) durante un mes del 2023. La población de estudio son pacientes ingresados en UGA y UCP. Se recogieron variables socio-demográficas, clínico-asistenciales y el nivel de complejidad utilizando la herramienta HexCom-Red®. Se realizó el análisis descriptivo e inferencial.

Resultados: n=70 (30% de ingresos). 31,4% hombres; Me edad=87,5 años; Me Barthel=40; Me Pfeiffer= 4 errores; 82,9% UGA.; 64,3% tienen cuidador; 35,7% sin reconocimiento de dependencia; 80% diagnóstico no oncológico; 48,6% identificado PCC (paciente crónico complejo) o MACA (enfermedad de crónica avanzada). Complejidad baja (CB):24,3%; Complejidad media (CM):54,3%; Complejidad alta (CA):21,4%. Dimensión con mayor complejidad (CA+CM): psicoemocional (50%); dimensión con menor complejidad: sociofamiliar (28,5%). Se detecta mayor CA en UCP en dimensión clínica y espiritual ($p \leq 0.005$).

Conclusión: 3 de cada 4 pacientes presentan algún grado de complejidad destacable.

1. INTRODUCCIÓN

En España el índice de envejecimiento (población de 65 años o más por cada 100 habitantes de 15 o menos años) es del 132,7%, siendo el porcentaje de personas de 65 años o más años del 20,09% y el índice de sobre-envejecimiento (población de 85 años o más por cada 100 habitantes de 65 o menos años) del 16,97%. En Cataluña este índice demográfico es del 123,3%, 19,57% y 17,12% respectivamente. Tanto a nivel autonómico como estatal, las proyecciones de población apuntan a un mayor índice de envejecimiento de la población. (INE, 2022)

El envejecimiento de la población se asocia a un aumento de enfermedades crónicas, tanto en número de personas afectadas como en número de comorbilidades así como lo menciona Barnett et al. (2012). A su vez, la presencia de multimorbilidad y múltiples patologías, se asocia con el riesgo de tener fragilidad, mayor riesgo de mortalidad y se relacionan con el concepto de complejidad en la atención a la salud tal y como menciona Limon et al (2017).

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya definió complejidad, como aquella situación que refleja la dificultad en la gestión de la atención de una persona y la necesidad de aplicarle un plan individual específico a causa de la presencia o concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios y recursos o de las características de su entorno.

El establecimiento de la identificación de los criterios de complejidad asistencial y sus diferentes grados, puede facilitar la organización de diferentes niveles de atención, las estrategias de derivación, así como determinar qué recursos pueden ser los más adecuados en cada caso.

Consecuentemente, son varias las herramientas que se han desarrollado para la categorización de las personas atendidas en base al nivel de complejidad según las características definidas.

En el ámbito sociosanitario catalán, el cual está evolucionando hacia la atención intermedia, se han realizado diferentes estudios entre ellos los que reliazo Bullich-Marín et al. (2017) con la voluntad de medir la complejidad de los pacientes atendidos. Salvà et al (2014) , analizaron la evolución de la complejidad clínica de los pacientes en las unidades sociosanitarias de larga estancia entre el 2003 y el 2009 en términos de agrupaciones diagnósticas, comorbilidades y procedimientos médicos, estado funcional y cognitivo, categorías de uso de recursos del Resource Utilization Groups III (RUG-III), cobertura e intensidad de las terapias rehabilitadoras.

Posteriormente, el grupo de trabajo XARESS (2018) estudió la complejidad y la prevalencia de síndromes geriátricos en unidades de convalecencia y larga estancia sociosanitarias de Cataluña, analizando las prevalencias y las asociaciones entre síndromes geriátricos y categoría RUG al ingreso, estancia media y destino al alta.

El objetivo principal de este trabajo es Medir el nivel de complejidad de las personas hospitalizadas en las unidades de UGA y UCP del CCSPT utilizando la herramienta del HexCom-Red®.

Los objetivos específicos de este trabajo son:

- Describir las principales características sociodemográficas y asistenciales de las personas atendidas en las unidades estudiadas
- Analizar la proporción de personas categorizadas con nivel de complejidad bajo, medio y alto según el instrumento HexCom-Red®.
- Comparar los niveles de complejidad de las personas atendidas entre las diferentes unidades a estudio.
- Describir la proporción de complejidad de las personas atendidas en las diferentes esferas del HexCom-Red® en cada unidad.
- Analizar diferencias en la complejidad detectada en las esferas del HexCom-Red® entre las diferentes unidades estudiadas.

2. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es un estudio descriptivo, observacional y transversal, con enfoque prospectivo y unicéntrico.

2.1. PARTICIPANTES

Pacientes ingresados en las diferentes plantas de hospitalización del Edificio Albada del CSPT en el primer trimestre del año 2023. Población total 234 pacientes, de la que se estrajo una muestra por conveniencia de 70 pacientes.

2.2. INSTRUMENTOS

La herramienta que se utilizará para la recogida de datos será el Hexágono de Complejidad (HexCom) Esta herramienta se desarrolla a partir de iniciativas y modelos de atención a la complejidad destinados a facilitar la detección y gestión de casos complejos. El modelo de HexCom, incluye seis áreas de necesidades: clínicas, psicológicas, espirituales, sociales/familiares, éticas y relacionadas con la muerte) y 18 subáreas.

Las dimensiones evaluadas son:

- CLINICA. En ella se incluye tanto el control de síntomas, presencia de UGP, así como la adherencia terapéutica.
- PSICOEMOCIONAL. En ella se valora el grado de adaptación de la persona ante el ingreso hospitalario, la presencia de una patología mental así como la presencia de emociones intensas que interfieren tanto en las relaciones sociales como en las terapéuticas.
- ESPIRITUAL: Valorando el grado de malestar profundo ante la enfermedad como la vida, miedo por lo que viene, por lo desconocido, por la separación de seres queridos.
- SOCIOFAMILIAR: Valora el malestar relacional entre cuidador-paciente, cuidado insuficiente, falta de recursos tanto económicos como sociales o la no presencia de cuidador.
- ÉTICA. Valora el malestar de la posesión y manejo de la información clínica, en la toma de decisiones, así como en todo lo relacionado con la limitación del esfuerzo terapéutico o incluso en la decisión de adelantar la muerte.
- MUERTE: Valora el malestar por la ubicación del desarrollo de SUD, una negación des adaptativa ante el proceso de muerte, así como presencia de un SUD de difícil abordaje y factores de riesgo de duelo complicado.

Cada área y subárea puede clasificarse en tres niveles de complejidad: alta, mediana y baja, habiendo una opción de no valorable.

Después de utilizar el HexCom-Red y realizar la valoración, se obtuvo un nivel de complejidad de cada subárea. Luego se obtuvo un nivel de complejidad en cada área que sería el nivel más alto alcanzado en cualquiera de sus subáreas. El nivel de complejidad general se determinó por el nivel más alto alcanzado en cualquiera de las áreas.

Se Establece un marco de intervención para los equipos implicados según complejidad:

- Baja complejidad (B) sería tributario de los equipos de atención primaria, así como la intervención puntual del equipo de PADES (soporte específico)

- Media complejidad (M). Sería una atención compartida de ambos equipos
- Alta complejidad (A): Intervención específica y exclusiva del equipo de PADES.

A diferencia de otras herramientas, el HEXCOM, nos permite darle la relevancia que tienen los recursos y fortalezas, en cada paciente y nos permite tener una visión holística.

2.3. PROCEDIMIENTO

Se realizó el trabajo de campo durante un mes en el primer trimestre de 2023.

Las variables que se han incluido son las necesarias y proporcionadas para conseguir los objetivos de investigación del estudio. Estas variables son el nivel de complejidad y datos sociodemográficos de los pacientes y se han obtenido de las entrevistas con los mismos participantes y revisión de su historia clínica informatizada (HCIS).

La valoración de los pacientes incluidos en el estudio lo realizará el equipo enfermero en las primeras 48h en base a la hoja de recogida de datos (HRD).

En caso de que quede alguna variable sin valorar, se realizarán diferentes visitas para su complementación, reduciendo al mínimo posible la pérdida de datos.

Los datos recogidos se anotarán inicialmente en la hoja de recogida de datos y posteriormente serán reintroducidos en una base de datos (programa Excel) y posteriormente serán exportados al programa SPSS para el análisis final de resultados.

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

Para describir las características de los pacientes se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables. Para las variables cualitativas se proporciona el número y porcentajes relativos. Para las variables cuantitativas se proporcionan medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico).

El uso de pruebas no paramétricas se debe a la distribución asimétrica de las variables. Se considerarán estadísticamente significativos los resultados de los test con un valor de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se han realizado mediante el software estadístico SPSS o PSPP.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se ha realizado la valoración a 70 pacientes, siendo éste el tamaño muestral del estudio desarrollado.

En la DIMENSIÓN CLÍNICA, el 55,7% tiene un bajo nivel de complejidad mientras que el 38,6 % se identifica como medio, siendo el restante de un alto grado de complejidad.

En las UGA, el nivel que prima es el bajo (B) con un 60,3 % mientras que el grado predominante en UCP es el medio (M) alcanzando el 42 %. El nivel alto de complejidad (A) entre las dos unidades alcanza un 26,7 %. Se muestran diferencias significativas ($p < 0,05$).

En la DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL, el 48,6 % de las personas valoradas obtienen un grado medio de complejidad mientras solo un 1,4 % alcanza el grado alto siendo el 2,9 % declarado como no valorable. En las UGA, el nivel de complejidad que prima en esta dimensión es el B, con un 50 % siendo la mitad de la muestra evaluada y en la UCP obtienen un grado M de complejidad, un 58,3 %. En esta dimensión no se encuentran diferencias significativas.

En la DIMENSIÓN ESPIRITUAL, el 42,9 % obtiene un grado de complejidad bajo mientras que el número de personas no valorables (19) es de un 27,1 % de la muestra. Sólo un 6% de la muestra desarrolla un malestar tan profundo con respecto a la dimensión espiritual obteniendo un alto grado de complejidad en este tema. Tanto en UGA como en la unidad de UCP, el 50 % de la población obtiene un nivel bajo de complejidad en esta dimensión. Se obtienen diferencias estadísticas significativas con un $p < 0,05$.

En la DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR, 49 personas valoradas, han obtenido un nivel bajo de complejidad, siendo este el 70 % alcanzado. Este nivel de complejidad bajo se encuentra repartido de una forma similar en cuanto a la unidad de hospitalización. En UGA este porcentaje es de 72,4 % mientras que el 58,7 % de las personas ingresadas en UCP obtienen este grado de complejidad. Solo 1 persona no facilita la valoración de su situación sociofamiliar.

En la DIMENSIÓN ETICA, el 18,6 % de la muestra se identifica como NV. El nivel de complejidad B, es de un 44,3 % mientras que de M es de un 28,6 % siendo el restante A. En unidades de paliativos, todos los niveles de complejidad se mantienen entre B-M ya que hay un 0% en cuanto a nivel alto de complejidad. Sin embargo, este porcentaje de A en la UGA aumenta a un 10,3 % mientras que el grado que predomina en esta unidad en cuanto a esta dimensión es el B, con un 50 %.

En la DIMENSIÓN DE MUERTE, el 30 % de la población estudiada se identifica como NV, siendo el nivel más alto de NV en esta dimensión con respecto a las anteriores comentadas.

El nivel de complejidad que predomina es el B con un 21,3 % aunque en este caso a diferencia de otras dimensiones el nivel de complejidad A, aumenta hasta un 16 %.

En UGA el nivel que se mantiene al alza es el B aunque hay que destacar que el 25,9 % se mantiene NV, siendo esto que 15 personas no contestan. En UCP solo 6 personas se abstienen a contestar, aunque la muestra en esta unidad es de 12. La suma de los valores de nivel A-M es el resultado de los niveles de B.

4. CONCLUSIONES

En cuanto al análisis por esferas la esfera que alcanza mayor nivel de complejidad es la psicoemocional mientras que la que menor nivel de complejidad resulta en la esfera sociofamiliar.

Del 100% de las personas hospitalizados valorados, el nivel de complejidad que alcanza la mitad de porcentaje es de complejidad media, y por lo tanto la atención sanitaria tendría que ser compartida entre atención primaria y los equipos de soporte a domicilio.

Finalmente se puede concluir que 3 de cada 4 pacientes valorados presentan algún grado de complejidad destacable.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a la Sociedad Galega de Xeriatria e Xerontoloxia por su interés para la publicación de este capítulo así como por la iniciativa de crear el espacio para poder llevarlo a cabo.

En segundo lugar y no menos importante a todos los profesionales que colaboraron para que este trabajo se llevara a término y finalmente a toda la gente que me apoya desde el primer día para conseguir ser la enfermera que quiero ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60240-2)

Bullich-Marín, I., Sánchez-Ferrín, P., Cabanes-Duran, C., & Salvà-Casanovas, A. (2017). Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.002>

Complejidad y prevalencia de síndromes geriátricos de los pacientes atendidos en unidades sociosanitarias en Catalunya. Estudio multicéntrico del proyecto XARESS. (2018). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18306838>

Instituto Nacional Estadística.(2022). INEbase: Demografía y población. Madrid: Instituto Nacional Estadística. 2022.

Limón E, Blay C, Burdoy E. (2017). A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. *But At Prim Cat*. 2017 (35:32) Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_8552_ART_742.pdf

Terminologia de la cronicitat | TERMCAT. (s. f.-b). <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/160>

Salvà, A., Figuls, M. R. I., Vallès, E., Bustins, M., Rodó, M., & Sanchez, P. (2014). Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 49(2), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.006>

Capítulo 13. Suicidio en España año 2019 y 2020 ¿Cambios en el primer año de pandemia?

Nerea Cacabelos Viéitez¹, Patricia Moreiras Arias², Javier Pérez Martín³,
María Elena Mosquera Losada³.

¹Hospital Montecelo, Pontevedra, España.

²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

³Escuela Enfermería Povisa, Universidad de Vigo, España.

Palabras clave: pandemia, suicidio, confinamiento.

RESUMEN

El suicidio es un acto en el que la persona se autoagrede de forma voluntaria buscando un resultado letal (Castañeda y Piñerez, 2016). Se trata de un tema relevante y pertinente, ya que es un problema que azota especialmente a la sociedad actual donde se ha producido un aumento de casos. En este sentido, la OMS (2019) indica que “cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo”. Los objetivos principales de este trabajo son conocer y comparar la incidencia de suicidios en España en 2019 y 2020 y determinar si ha aumentado la incidencia de suicidios en ancianos. Para la consecución de dichos objetivos se lleva a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, y de corte longitudinal y retrospectivo. La población seleccionada fue toda aquella persona fallecida en España en los años 2019 y 2020 con causa de exitus suicidio, excluyendo a los fallecidos por otras causas. N=7612 casos; 2019=3671; 2020=3941. La tasa de suicidios en 2019 por 100.000 habitantes es 7,75 y en 2020 8,31. Hombres=5701(74,9%). Mujeres=1911(25,1%). La incidencia de suicidios en el primer año de pandemia (2020), aumentó 0,6 puntos por cada 100.000 habitantes con respecto al año previo.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio un término que ha sido descrito por numerosos autores y entidades, como la que nos proporciona la OMS desde un enfoque clínico o las aportadas por el campo sociológico, destacando el trabajo de Durkheim (Neira, 2018). Por lo que teniendo en cuenta ambos enfoques, se puede entender el suicidio como un acto en el que la víctima se autoagrede de forma voluntaria buscando que se produzca un resultado letal.

Como todos sabemos durante la situación de pandemia se han incorporado diversas medidas para frenar la propagación del virus, como fue el confinamiento domiciliario. Esta situación provocó que la vida social se haya visto reducida al máximo, aumentando la soledad, la ansiedad, la angustia y la depresión. La exposición a estos factores de riesgo puede tener repercusión en la salud mental, siendo este hecho afirmado por la

OMS en 2022: “La pandemia de COVID-19 ha repercutido gravemente en la salud mental y el bienestar de las personas en todo el mundo” y un incremento en los casos de suicidio.

La pertinencia de este trabajo se puede justificar por diferentes motivos, pero es clave el aumento de suicidios en el mundo, con especial incidencia en los países desarrollados y si nos centramos en España se observa, que en los últimos 40 años se ha duplicado. Además, según la OMS (2019), “cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo”, por lo que se está convirtiendo en un problema que azota con especial relevancia a la sociedad actual.

Por otra parte, también es importante resaltar la importancia de los trabajos sobre el suicidio debido al desconocimiento que se tiene sobre él en la sociedad, constituyéndose en muchos casos como una realidad silenciada, lo cual dificulta la prevención del suicidio. Por tanto, investigaciones como esta, contribuyen al conocimiento de esta problemática, lo que ayuda a evitar los comportamientos suicidas, tal y como indica la OMS. Además, el suicidio tiene una notable repercusión para la sociedad, ya que no sólo afecta a la persona que realiza el acto, sino también a su familia y a otras personas ajenas a su entorno.

Los objetivos principales de este trabajo son conocer y comparar la incidencia de suicidios en España en 2019 y 2020 y determinar si ha aumentado la incidencia de suicidios en ancianos. Los objetivos secundarios son identificar si los factores sociodemográficos (edad, sexo y estado civil) se relacionan con la presencia de suicidio y con el aumento o disminución de la tasa de suicidios entre el año 2019/2020, establecer el perfil del acto suicida en 2020 y conocer sus diferencias con respecto al año previa e identificar el perfil de la persona que se suicida en España en los años 2019/2020.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional, y de corte longitudinal y retrospectivo.

2.1. PARTICIPANTES

Todos los fallecimientos sucedidos por causa suicidio en España en los años 2019 y 2020. Tamaño muestral: 100% de la población 7612 suicidios entre 2019 y 2020

2.2. INSTRUMENTOS

Variable principal: año de fallecimiento 2019-2020, es decir el año previo a la pandemia y durante el primer año de pandemia.

Secundarias: sociodemográficas, es decir edad (años), sexo (mujer/hombre), estado civil, nivel educativo, nacionalidad y comunidad autónoma de residencia o relacionadas con el acto autolítico, tales como método de suicidio, mes en el que se produce, trimestre y lugar de defunción.

2.3. PROCEDIMIENTO

Los datos se extraen de los certificados de defunción médicos que el INE recoge y almacena. El acceso a estos datos se realizó mediante una solicitud previa por tratarse de datos sensibles y que no pueden ser accesibles a todos los públicos para asegurar un buen uso de esta información.

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

Se usaron los programas SPSS y Excel. Las variables se describieron y analizaron en función de su naturaleza y distribución:

- Variables Cualitativas: Se describieron a través de su frecuencia absoluta y relativa. Se empleó la prueba chi2 para correlacionar estas variables.
- Variable Cuantitativa: La única variable cuantitativa que se estudia es la edad la cual se determinó que su distribución era no normal (prueba Kolmogórov-Smirnov). Al tratarse de una variable con una distribución no normal se usó para la descripción la mediana (Md) y el rango intercuartílico (RIQ), aunque también se calculó media (\bar{x}) y desviación típica. (σ). Finalmente, para correlacionar esta variable, con la variable dependiente se usó la prueba de Mann Whitney para muestras independientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo respeta la legislación vigente en cuanto a la confidencialidad y la seguridad de los datos tanto por parte del INE como de los investigadores involucrados. De hecho, para la obtención de los datos aportados por el INE, en los que se basa el presente estudio, se realizó una solicitud que incluía un compromiso a no divulgar por parte de los investigadores los datos, es decir no proporcionarlos a ningún tercero. En dicha solicitud se especifica que interesan todas las variables recogidas en los certificados de defunción excepto datos que podrían permitir la identificación de cualquier persona integrante en la población estudiada, se solicitan datos anonimizados.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS GENERALES Y POR GRUPOS DE EDAD

Tabla 1. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en Europa

	2019	2020	Diferencia
Alemania	10,94	11,16	+0,2
Chequia	11,21	11,67	+0,5
Islandia	10,82	12,74	+1,9
Lituania	23,41	21,89	-1,5
Países Bajos	10,52	10,93	+0,4
Polonia	12,16	12,11	-0,05
Serbia	13,56	13,02	-0,5
España	7,71	8,31	+0,6

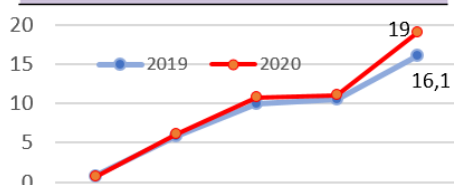


Figura 1. Tasa de suicidios según grupos de edad en España años 2019-2020

En primer lugar, es relevante el aumento de la tasa de suicidios que se observa en la tabla 1, incrementándose 0,6 puntos en 2020 con respecto al año anterior, siendo esto más llamativo si lo comparamos con un estudio que comparaba una década (2007-2017) en España y en el cual el aumento de la tasa era menor que en tan sólo un año (Moreiras et al, 2020). Además, si tenemos en cuenta la situación de España dentro de Europa, aunque se trata del país con menor tasa de suicidios, se observa que es el segundo país que más ha aumentado su tasa.

Por otra parte, también es importante ver que la tasa de suicidio ha aumentado en todos los grupos de edad (excepto en los menores de 20 años) siendo más llamativo en los mayores de 80 años, como se observa en la figura 1. Es importante destacar que se ha

invertido la tendencia de años anteriores. De hecho, comparando este trabajo con el de Moreiras et al (2020), que comparaba los años 2007 y 2017 la tasa en este grupo de edad disminuía más de 2 puntos, en 2019 se

mantenía esta tendencia, pero en 2020 se observa un gran aumento. De lo cual se deduce que la pandemia ha tenido un impacto importante en este grupo de edad en relación a la prevalencia de suicidios.

Tabla 2.

N=7612		Año de defunción					
		2019		2020		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Varón	2771	75,5%	2930	74,3%	5701	74,9%
Edad	Md (RIQ)	54 (28)		55(27)		55(27)	
Estado civil	Soltero/a	1178	32,1%	693	17,6%	1871	24,6%
	Casado/a	1456	39,7%	1557	39,5%	3013	39,6%
	Viudo/a	533	14,5%	1463	37,1%	1996	26,2%
Nivel estudios	Analfabetos	255	7,4%	312	8,7%	567	8,1%
	Primaria	578	16,8%	588	16,4%	1166	16,6%
	Secundaria	2131	61,9%	2124	59,4%	4255	60,6%
	Universitarios	478	13,9%	551	15,4%	1029	14,7%

3.2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RELACIONADAS CON EL ACTO AUTOLÍTICO

Los datos de las variables sociodemográficas en relación con el año en el que se produce el suicidio se pueden observar en la tabla 2. El sexo más predominante en ambos años es el masculino, situación que se da en la mayor parte de países desde hace años tal y como afirma una guía elaborada por el servicio euskera de salud (2019) sobre la prevención del suicidio. En relación con el estado civil lo más destacable es que en el grupo de viudos la tasa aumenta drásticamente, ya que su número absoluto se ha triplicado en 2020 con respecto al año anterior, alcanzando una tasa muy preocupante de 51/100.000 hab. Esto se hace todavía más relevante si tenemos en cuenta que en 2017 según el trabajo de Moreiras y et al. (2020). el número de suicidas viudos era mayor que en 2019, por lo que veníamos de una tendencia a la baja que se revirtió en el año de pandemia.

En lo referente a la distribución de suicidio por CC AA como se puede ver en las figuras 2 y 3 las comunidades con mayor número de suicidios son Asturias, Galicia y Castilla y León, esto puede deberse a que son comunidades rurales y por lo tanto con una gran tasa de envejecimiento y como se expuso anteriormente a mayor edad más incidencia de suicidios. Sin embargo, es relevante destacar el cambio que se produce en Andalucía, Castilla-La Mancha o Extremadura que han aumentado mucho en 2020 con respecto al año previo. De estas CCAA debiéramos destacar su ruralidad como posible causa del aumento de suicidios.

Tasa de Suicidios 2019



Figura 2

Tasa de Suicidios 2020



Figura 3

Los datos sobre dónde y cómo se produce el suicidio en relación con el año en el que se produce el mismo se pueden observar en la tabla 3. El método de suicidio más empleado en España no sólo en los años que se estudian aquí, sino también en años previos es el ahorcamiento y lo que corrobora la OMS (2021) que lo destaca como uno de los métodos más empleados a nivel mundial. En lo referente al lugar de defunción se puede observar que en 2020 con respecto a 2019 aumentaron los casos en el domicilio y disminuyeron en el lugar de trabajo, esto es coherente ya que durante el año 2020 hubo varios periodos de confinamiento donde no se podía acudir al trabajo.

Tabla 3. Variables relacionadas con el acto autolítico 2019-2020

N=7612		Año de defunción					
		2019		2020		Total	
		n	%	n	%	n	%
Método suicida	Envenenamiento	475	12,9%	566	14,4%	1041	13,7%
	Ahorcamiento	1657	45,1%	1766	44,8%	3423	45,0%
	Saltar desde un lugar alto	946	25,8%	1062	26,9%	2008	26,4%
Lugar defunción	Domicilio	1865	51,1%	2378	63,6%	4243	57,4%
	Hospital	23	,6%	23	,6%	46	,6%
	Residencia socio-sanitaria	92	2,5%	87	2,3%	179	2,4%
	Trabajo u otros	1670	45,8%	1252	33,5%	2922	39,5%

En la distribución de suicidios por meses, que se recoge en la figura 4, se detecta que en el 2020 con respecto al año anterior la tasa de suicidios baja los meses de confinamiento (marzo, abril, octubre y noviembre) y cuando se produce el desconfinamiento se observa una subida y habiendo un pico máximo en agosto. Por lo que se puede extraer que el confinamiento parece ser un factor protector y por el contrario la época posterior al confinamiento un factor de riesgo.

4. CONCLUSIONES

- La incidencia de suicidios en el 1º año de pandemia (2020), fue de 8,3/100.000 habitantes, lo que supuso un aumento de 0,6 puntos con respecto al año previo.
- El perfil sociodemográfico de la persona que se suicida en España basándose en la moda de cada variable es un hombre de 55 años, casado y con formación secundaria. Sin embargo, si nos centramos en la característica con mayor prevalencia de suicidios de cada variable el perfil sería, un hombre, mayor de 80 años y viudo.
- Tanto el sexo masculino, tener más edad y el estado civil se correlacionan con la presencia de suicidio.
- En relación con la evolución en el año 2020 y 2019, ha habido cambios significativos en la edad (ha aumentado) y en el estado civil (con gran aumento en las personas viudas).
- El acto suicida mayoritariamente tanto en 2019 como en 2020 se produce por ahorcamiento o precipitación (saltar desde un lugar elevado) y se realiza en el domicilio.

AGRADECIMIENTOS

Se quiere agradecer al Instituto Nacional de Estadística su trabajo, ya que sin ellos esta investigación no hubiera sido posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artiles, F. J. A., & Rodríguez-Caro, C. J. R. (s. f.). María Rosario Cejas. Méndez. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100303
- Castañeda KL., Piñerez SN.; Análisis de literatura sobre la prevalencia de conducta e ideación suicida con relación al género en Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia. 2016. <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/324/1/Analisis%20de%20literatura%20Conducta%20e%20ideacion%20suicida%20asociada%20al%20genero%20en%20Colombia.pdf>
- Departamento De Salud, G. (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenicion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenicion_suicidio_cast.pdf
- Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B., & Martínez, J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. JJ, 35(125), 123-134. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/original08.pdf>
- Ley Orgánica 3 de 2018. Protección de Datos Personales Y Garantía de Los Derechos Digitales. Boletín oficial del Estado núm. Boletín oficial del Estado núm. 294, de 6 diciembre 2018.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (s/f). INE. <https://www.ine.es/>.
- Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta de Moebio*. 140-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140>
- Moreiras, P., Mosquera Losada, M. E., Dir, & Perez Martín, J. Dir (2007). *El suicidio en España*. Escuela Universitaria Povisa.
- Villamizar, C., & Piñerez Cruz, K. L. (2016). Análisis de literatura sobre la prevalencia de conducta e ideación suicida con relación al género en Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/324/1/Analisis%20de%20literatura%20Conducta%20e%20ideacion%20suicida%20asociada%20al%20genero%20en%20Colombia.pdf>
- World Health Organization: WHO. (2019). Cada 40 segundos se suicida una persona. [who.int. https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds10](https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds10). World health organization (WHO). (2021). [Who.int](https://www.who.int).
- World Health Organization: WHO. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Mental Health and Substance Use. (2022). Mental Health and COVID-19: Early Evidence of the Pandemic's Impact: Scientific Brief, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.

Capítulo 14. Enfermería geriátrica: Lo que fuimos, lo que somos.

Natalia Sánchez Noya, Juan Polo Moreno.

Hospital Universitario Lucus Augusti.

1. INTRODUCCIÓN

Para entender en qué punto estamos es necesario conocer nuestro pasado. El arte de cuidar y el inicio de la humanidad comparten fecha de nacimiento, ya que la necesidad intrínseca al ser humano de prestar cuidados se ha observado, aunque con diferentes matices, a lo largo de toda nuestra existencia (Azua Blanco et al., 1993).

Para Platón, el envejecimiento era el sumatorio de las experiencias vividas; para Aristóteles, la senectud era sinónimo de enfermedad natural. En la misma línea, Séneca expresaba la vejez como una patología incurable, aunque “abunda en dulzuras si se sabe sacar partido de ella”. Sin embargo, debemos a Galeno de Pérgamo la aprobación de hacernos viejos, aunque no libres de achaques (Azua Blanco et al., 1993; Silva Maurtua, s.f.).

A principios de la Edad Antigua se aprecia un cambio de perspectiva, ya que además de las primeras preocupaciones escritas sobre el cuidado de los ancianos, aparecen los Gerontokomios, secciones dentro de los Chenodocheios, sus hospitales, dedicadas exclusivamente a ellos (Azua Blanco et al., 1993).

Los ancianos también sufrieron las luces y sombras del medievo, de tal forma que el siguiente salto nos traslada a la Edad Moderna, cuando la sociedad vuelve a tomar conciencia de la problemática asociada a este grupo etario y Zerdi menciona tratamientos higiénico-dietético-preventivos para algunas enfermedades de la vejez (Azua Blanco et al., 1993; Silva Maurtua, s.f.).

En 1903, Metchnikoff, microbiólogo y premio Nobel, propone el término de Gerontología, definiéndolo como la ciencia que estudia el envejecimiento y sus aspectos biológicos, médicos y psicosociales. En 1909, Nascher, médico internista que defendía una subespecialización de su especialidad centrada en la persona mayor, acuña por primera vez el término de Geriátrica en su obra “Geriátrica, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento” (Azua Blanco et al., 1993).

Es de la mano de una enfermera británica, de nombre Marjory Warren, cuando la enfermería geriátrica entra en juego. En 1940 se percató de que brindando unas prestaciones específicas los ancianos mejoraban su estado de salud y disfrutaban de una mayor calidad de vida. Así, en 1947 cofundó la Sociedad Médica para el Cuidado de los Mayores, que con el tiempo se convertiría en la Sociedad Británica de Geriátrica. De manera coetánea, en España se funda la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, en 1946 se crea el primer servicio de Geriátrica en el Hospital La Esperanza en Barcelona y en 1977 se comienza a impartir de forma obligatoria la asignatura de Enfermería Geriátrica ((Azua Blanco et al., 1993; Azua Blanco et al., 1993).

Será en 1987, con el Real Decreto 992/1987, cuando se llegue a ver un esbozo de lo que será la Enfermería Geriátrica y otras especialidades, aunque sin mayor confección. De hecho, algunas de las especialidades

propuestas, como la de Cuidados Especiales o Gerencia y Administración nunca llegaron siquiera a ver la luz. En este mismo año, con gran celeridad, se forma la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), la cual desde el primer momento se implicó en promover la especialidad a través de congresos y divulgación de literatura científica, principalmente a través de la revista Gerokomos (1990), producto de la SEEGG y del GNEAUPP (Urbistondo Lasa, 2019; Jimenez Nascués, 2015).

En el año 2002 tiene lugar la Segunda Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, en la que se ponen sobre la mesa temas como la doble carga de la enfermedad, la discapacidad, la feminización del envejecimiento y la creación de programas y políticas que amparen y garanticen los derechos de los mayores (Jimenez Nascués, 2015; Naciones Unidas s.f).

No será hasta 2009 con la Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica, donde definen a la enfermera especialista en Enfermería Geriátrica como el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario (Azua Blanco et al., 1993).

En 2013, para el primer examen EIR donde se pudo optar a la especialidad de Enfermería Geriátrica, se pusieron en juego un total de 11 plazas. A día de hoy, en la última convocatoria esta cifra evolucionó a 81 plazas distribuidas por toda España, salvo en las Comunidades Autónomas de Cantabria y Andalucía. Es súper positivo que en 2 años se haya producido tal incremento en las plazas EIR ofertadas y que esta sea la tendencia anual, sin embargo, y más aún observando las características de la población española, con una pirámide poblacional invertida, llama la atención las pocas plazas destinadas para la geriatría (Azua Blanco et al., 1993; SEEGG, 2022).

2. JUSTIFICACIÓN

Un sencillo análisis demográfico nos sugiere los siguientes datos. Por sexo, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida de 87 años, frente a los 81,8 años de los hombres, según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE). Sin embargo, se estima que para 2050 se supere la esperanza de vida media de 87 años para ambos sexos.

Si hablamos de nuestro territorio, Galicia es la tercera CCAA más envejecida, detrás de Asturias y Castilla y León. Según el INE del año 2021, se cuenta con una población total de 2.691.557 personas, de las cuales un 25.79% supera los 65 años. Si nos centramos en la provincia de Lugo, que cuenta con 326.013 personas, aquellas que superan los 65 años de edad se sitúan en un 29.8% de la población.

Actualmente Lugo es la única ciudad gallega sobre la que recae la responsabilidad de la formación EIR en Enfermería Geriátrica. Paradójicamente, ni antes del inicio del proceso ni durante ha planteado la idea de generar bolsas de empleo específicas ni categoría profesional de enfermera especialista en geriatría.

En cuanto a la contratación de especialistas, en Galicia aún es una asignatura pendiente, pero la tónica general es que, aunque no todas las comunidades cuenten con bolsa específica, si se está priorizando la especialidad a la hora de asignar contratos en servicios y dispositivos por los que el residente se ha formado.

En el BOE consta la siguiente propuesta de programa formativo para los 2 años de residencia, aunque bien es cierto que cada hospital debe adaptarse en función de las prestaciones que pueda ofrecer. Se contemplan 4 pilares fundamentales: atención especializada, atención primaria, atención hospitalaria y otros recursos, cuyos tiempos si son respetados.

- Atención especializada: unidad de agudos de geriatría, unidad de media estancia (UME), paliativos, hospital de día de geriatría, hospitalización a domicilio (HADO) y consultas externas de vascular y heridas complejas.
- Atención primaria: enfermería de cupo y enfermera gestora de casos.
- Atención sociosanitaria en residencias.
- Otros: calidad, farmacia.
- Propuestas de rotaciones de nueva incorporación: centro de día, consulta de ostomías y nutrición.

ROTACIONES

Unidad de Hospitalización Planta de Geriatría

Abordaje holístico del paciente geriátrico, ahondando en las diferentes esferas que lo conforman. Además de actuar sobre procesos de enfermedad agudos y su detección, resulta primordial conocer los diferentes síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, disfagia, polimedicación, aislamiento...), los cuales hacen del paciente geriátrico un destinatario de cuidados complejos y específicos. Asimismo, la enfermera especialista en geriatría tiene la capacidad de planificar, ejecutar y promover la continuidad de cuidados para dotar al paciente y a sus familias con las herramientas necesarias para alcanzar, siempre que sea posible, un nivel de autonomía y calidad de vida satisfactorios.

Unidad de media estancia (UME)

Rehabilitación y empoderamiento del paciente, una fase intermedia entre el ingreso y el alta hospitalaria una vez el paciente ha mejorado su estado inicial. Además de potenciar la autonomía y capacidades residuales del paciente mediante una cooperación interdisciplinar donde el fisioterapeuta juega un papel fundamental, se entrena al anciano en el conocimiento y participación en su autocuidado.

Unidad de paliativos

Planificación y ejecución de cuidados paliativos en personas ancianas, tanto en procesos oncológicos como no oncológicos, atendiendo a sus características personales con el fin de individualizar la actuación en función a sus necesidades y las de su familia.

Hospital de día de geriatría

Una de las puertas a la atención hospitalaria y que el adulto mayor tiene a su disposición. Es en este servicio donde se realizan, además de un seguimiento del paciente geriátrico complejo, una gran parte de las valoraciones geriátricas integrales, donde se evalúa a la persona de forma holística desde el área funcional a otras esferas como la cognitiva y social. La enfermera gestora, especialista en geriatría, participa en la realización de la valoración geriátrica integral y se encarga del seguimiento activo del paciente geriátrico, institucionalizado o no, funcionando como figura en enlace o vía rápida para un manejo precoz del paciente.

En Lugo, en el 2018, se inicia un plan bautizado como Proyecto Artai. Se proponen como objetivos de este programa:

- Aplicar escalas de fragilidad y establecer modelos de estratificación que permita dar a los pacientes institucionalizados la mejor atención en el nivel asistencial más adecuado a su situación basal.
- Mejorar la continuidad asistencial de los pacientes institucionalizados
- Reducir su estancia media en la planta de hospitalización de agudos.
- Potenciar el manejo ambulatorio de estos pacientes por medio del Hospital de día de Geriátría (Proyecto Artai).

Centros sociosanitarios (residencias)

Las funciones de la enfermera especialista en geriatría en los centros sociosanitarios continúa siendo una labor bastante invisibilizada. En las residencias se promueven actividades propiamente enfermeras, entre ellas:

- Fomentar la autonomía de los usuarios y cubrir sus necesidades cuando no logran alcanzar el autocuidado.
- Educación para la salud.
- Seguimiento de pacientes crónicos.
- Acercar la atención sanitaria especializada, funcionando como enlace.

Atención Primaria

Actualmente nuestra función en la atención comunitaria es aún una meta por lograr. Sin embargo, podemos tomar de ejemplo cómo están abordando este tema en otras Comunidades Autónomas. En el caso de Extremadura, se da opción al profesional especialista en geriatría a decantarse por atención hospitalaria o por atención primaria. De esta manera, se contempla y se defiende la figura de la enfermera especialista en geriatría en este nivel asistencial, siendo la referente en cuidados de esta parte de la población.

La figura de la enfermería geriátrica en atención primaria permitiría un seguimiento del paciente anciano sano y crónico: manejo de todas las esferas del adulto mayor, prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos, enlace con otros profesionales, conocimientos de los recursos sociosanitarios de apoyo disponibles, etc.

Hospitalización a domicilio (HADO)

Definida como la asistencia sanitaria de complejidad hospitalaria prestada en el domicilio del paciente por un profesional/unidad sanitaria de atención hospitalaria en régimen de internamiento/ingreso domiciliario (Plan Galego de Hospitalización a Domicilio). Este servicio intenta abordar ese manejo complejo que requiere además un apoyo por parte de un cuidador. En esta parte, la enfermera especialista en geriatría adquiere un rol de referente de cuidados durante este ingreso hospitalario.

Otros servicios contemplados en la formación son:

- Consultas externas de vascular y heridas complejas (lesiones muy prevalentes en nuestro grupo etario de interés, por lo que resulta fundamental una formación exhaustiva en este campo).

- Calidad (servicio a cargo de una enfermera con gran experiencia y formación en el lenguaje NANDA, aportando una visión puramente enfermera para centrar los planes de cuidados individualizados a partir de diagnósticos enfermeros de problemas de salud).
- Farmacia (rotación imprescindible en el servicio de farmacia hospitalaria: farmacocinética y farmacodinamia en el adulto mayor, polimedicación, interacciones medicamentosas, preparación de citostáticos...).

Además, se debe contemplar al enfermero especialista como un referente con capacidad para generar y difundir el conocimiento científico y proveer cuidados basados en la mayor evidencia disponible. Para dar visibilidad a la educación sanitaria comunitaria, desde la unidad docente de enfermería geriátrica de Lugo se han realizado intervenciones dirigidas al paciente y a su familia, apoyándonos en la creación y distribución de material complementario (dípticos, trípticos, presentaciones). También se han impartido talleres en el servicio de geriatría, destinados a familia, cuidadores y profesionales (movilización y cambios posturales en paciente inmovilizado, manejo de la disfagia, actualización en contenciones, tratamiento de lesiones asociadas a la dependencia).

Asimismo, la especialización es en sí misma una puerta a la investigación y una vía de acceso al doctorado. Son de verdadero interés las siguientes sociedades españolas, que además de fomentar la participación en grupos de investigación y ofrecer formación a través de cursos, se han convertido en una fuente de conocimiento de calidad.

- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Sociedade Galega de Xeriatría e Xerontoloxía (SGXX).
- Imsero Portal de Mayores.

3. DISCUSIÓN

A colación de los siguientes dos artículos se puede llegar a varias conclusiones.

En *A day in the life of a geriatric nurse* se contempla el trabajo de una enfermera gestora de casos en residencias. En dicha publicación se refleja la realidad de la geriatría, una especialidad de la que muchas enfermeras reniegan porque sienten que perderán destreza y habilidades, cuando lo cierto es que pacientes tan crónicos y complejos como los que tratamos son todo un reto (9).

Por otro lado, en el artículo *Geriatric emergency department innovations* destacan la importancia de formar a enfermeras de urgencias y cuidados paliativos especializadas en el adulto mayor, ya que estudios posteriores han revelado un mejor manejo del paciente geriátrico.

Esta recopilación nos permite esbozar un mapa de la problemática actual:

1. Existe una gran escasez de profesionales con formación específica en geriatría.
2. Existe también escasez de docentes con experiencia en enfermería geriátrica.
3. El nivel de investigación enfermera en esta área es insuficiente.
4. Se requiere una atención multidisciplinar.
5. Debemos de implementar el uso e integración de la tecnología para un mejor cuidado y mantenimiento de la autonomía.
6. Pocas enfermeras eligen la geriatría como especialidad (Cating, 2019).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldeen, A. Z., Courtney, D. M., Lindquist, L. A., Dresden, S. M., & Gravenor, S. J. (2014). Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(9), 1781–1785. <https://doi.org/10.1111/jgs.12979>
- Azua Blanco M. D., Lample Lasaca A. M., Blasco Solana M. y Belloso Alcay A. (1993). Evolución histórica de la enfermería geriátrica. *Gerokomos*, 9 (9), 109-111. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/04-9-1993-109.pdf>
- Cating, T. (2019). A Day in the Life of a Geriatric Nurse Practitioner. *Home Healthcare Now* 37(1), 57. https://journals.lww.com/homehealthcareonline/citation/2019/01000/a_day_in_the_life_of_a_geriatric_nurse.12.aspx
- Jiménez Navascués M. L. (2015). *Institucionalización de la enfermería geriátrica en España: 1977-2010* [Tesis de Doctorado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional - Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/30674/files/TESIS-2015-031.pdf>
- Naciones Unidas. (s.f.). *Afrontando los desafíos del siglo XXI*. Recuperado el 10 de abril, 2023 de: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002#:~:text=Veinte%20a%C3%B1os%20despu%C3%A9s%20de%20la,%20sociedad%20lo%20mejor%20que>
- Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio. Servizo Galego de Saúde. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1123/HADO%205%20FINAL%20CAS%20digital%20v3.pdf>
- Proyecto ARTAI. Servizo Galego de Saúde: Estructura organizativa integrada del Hospital de Lugo, Cervo y Monforte de Lemos. <https://lugomarinamonforte.sergas.gal/DServizos/120/PROYECTO%20ARTAI%20con%20resultados%20-%20copia.pdf>
- Silva Maurtua, C. (s.f.). *La geriatría, especialidad médica*. Recuperado el 10 de abril, 2023 de: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/Geronto/v5n25/a4.pdf>
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. (2022). *Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos*. (Nº 1). SEEGG. <https://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/COMPETENCIAS.pdf>
- Urbistondo Lasa, G. (2019). Enfermería geriátrica, de los orígenes a la situación actual. *Cuadernos gerontológicos*, (25), 5-11. https://sngg.es/uploads/files/revista_25.pdf

Capítulo 15. Estratificación de la Insuficiencia Cardíaca: Escalas de calidad de Vida.

Rocío del Carmen Gómez Fernández¹, María Martínez Villaverde¹, Arlen Perez Aguilar², Ángel López Pérez^{3,4}.

¹*Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), SERGAS, Ourense, España.*

²*Medicina Familiar y Comunitaria, Área Sanitaria de Ourense, SERGAS, Ourense, España.*

³*Grupo de Investigación en Anestesia y Cuidados Críticos, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia SUR (ISS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Vigo, Pontevedra, España.*

⁴*Servicio de Anestesia y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), SERGAS, Ourense, España.*

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, test SF12, Test de Minesotta, calidad de vida y gravedad.

RESUMEN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología prevalente, originando un impacto negativo en la calidad de vida, una pérdida progresiva de autonomía y un aumento del número de ingresos. Nos proponemos analizar el impacto de la IC en la calidad de vida según las escalas SF-12 y Minnesota, así como los factores de riesgo más importantes en su evolución.

Nuestra muestra consta de 252 pacientes, con una edad media de 84 ± 9 años, una NYHA media de $3,12 \pm 0,62$, y una permanencia de días de ingreso de $4,72 \pm 5,03$. No apreciamos diferencias estadísticamente significativas en SF-12 cuando analizamos cada uno de los grupos de gravedad de IC, mientras que el test de Minnesota sí que los detecta y estratifica, siendo por tanto más sensible para dicha patología y correlacionándose con la gravedad de la misma.

1. INTRODUCCIÓN

Cerca del 1% de la población mayor de 40 años presenta Insuficiencia Cardíaca (IC), y dicha prevalencia se dobla con cada década y se sitúa alrededor del 10% en los pacientes mayores de 65 años. Se produce un impacto negativo en la calidad de vida, tanto en el plano físico como en las relaciones sociales, con pérdida progresiva de autonomía y aumento del número de ingresos hospitalarios[1].

Así pues, nos proponemos analizar el impacto de la IC y su optimización en la calidad de vida. Entre los objetivos presentes, nos propusimos evaluar las escalas de calidad de vida SF-12[2] y Minnesota[3], tanto en el tiempo como en isogravedad. En este aspecto, el presente trabajo nos centramos en la isogravedad de la IC para poder determinar qué escala se ajusta mejor en función de la gravedad de los pacientes, así como las características de los factores de riesgo más relevantes en función de su gravedad clínica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio longitudinal, observacional, prospectivo para medir la calidad de vida en los pacientes con IC. Se presentó el protocolo de investigación al Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense con el código 2023/059, siendo aprobado por el mismo y aceptado para su realización en el citado centro.

Se incluyeron los pacientes ingresados por IC y aquellos en seguimiento en consultas de medicina interna y cardiología con diagnóstico de IC. Se excluyeron a los pacientes con trasplante renal o cardiaco, o que rechazan participar en el estudio.

Los objetos de medida fueron las escalas de calidad de vida SF12 y Minnesota, así como las siguientes variables: presencia de daño renal (definido según KDIGO[4]), diabetes mellitus (DM), fracción de eyección (FE), fracción de eyección baja (FE < 35%), escala NHYA (gravedad de IC), hipertensión arterial (HTA), días de ingreso, edad, mortalidad y sexo. Las variables disponibles en la historia clínica se obtuvieron directamente, y para las escalas se les suministró el cuestionario a los pacientes.

Se realizaron los análisis descriptivos, y para valorar la evolución de las escalas de calidad de vida, se realizó un ANOVA. Para variables dicotómicas, se realizaron análisis Chi-Cuadrado.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Nuestra muestra consta de 252 pacientes, con una edad media de 84 ± 9 años, una NHYA media de $3,12 \pm 0,62$, y una permanencia de días de ingreso de $4,72 \pm 5,03$. El 37% tiene DM, el 90% HTA y la FE media es de $47,87 \pm 12,42$. De ellos 12 pacientes presentaron daño renal, con cifras de creatinina superior a 2.0 mg/dl. Las características descriptivas de cada uno de los grupos de NHYA se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

	NHYA II	NHYA III	NHYA IV	
DM	0,333 \pm 0,4924	0,327 \pm 0,4737	0,522 \pm 0,5108	
FE	54,417 \pm 10,8917	47,577 \pm 12,7531	45,13 \pm 11,6553	
FE baja	0,0833 \pm 0,2887	0,212 \pm 0,4124	0,304 \pm 0,4705	
NHYA	2 \pm 0	3 \pm 0	4 \pm 0	
TA	0,917 \pm 0,2887	0,904 \pm 0,2977	0,913 \pm 0,2881	
Días ingreso	3,333 \pm 2,2293	5,558 \pm 6,1338	4,696 \pm 4,9123	
Edad	82,833 \pm 8,111	83,192 \pm 10,2231	83,435 \pm 8,7012	
Minnesota puntos	68,182 \pm 26,9586	82,392 \pm 18,9379	87,304 \pm 11,2954	P = 0,021 ANOV
Mortalidad_si_no	0,0833 \pm 0,2887	0,0577 \pm 0,2354	0,174 \pm 0,3876	
Sexo	0,583 \pm 0,5149	0,404 \pm 0,4955	0,435 \pm 0,5069	
SF12puntos	18,273 \pm 4,5186	19,286 \pm 3,3973	19,348 \pm 4,0295	

De las diferentes variables, sólo hemos podido encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de NYHA en el test de Minnesota. Dichas diferencias se muestran de forma gráfica en el gráfico 1.

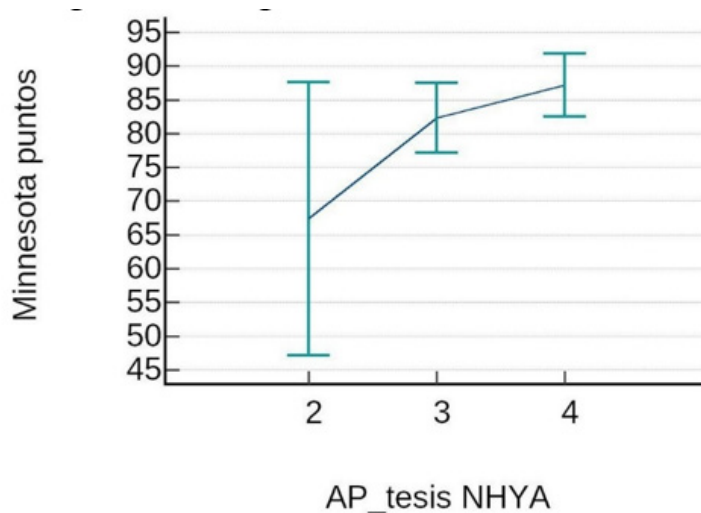


Gráfico 1

Tanto el test SF12 como el test de Minnesota son tests de calidad de vida, y testados en población con afectación cardíaca[5]. Sin embargo, solo éste último diferencia el grado de afectación clínica.

Discusión:

Se han utilizado numerosos test de calidad de vida para la valoración de la IC[6][6]. Sobre todo, lo más interesante de los estudios de calidad de vida en dicha patología es poder establecer una línea base desde la que actuar y dirigir el tratamiento[7].

La presencia de daño renal es muy interesante[8] [9], pero los pocos pacientes que presentaron daño renal, nos obligan a posponer los análisis de grupos para más adelante.

Como podemos observar en la muestra, prácticamente no hay diferencias en el test SF12 para los grupos de NYHA descritos, mientras que el test de Minnesota es más sensible en dicha patología y en el estado de salud de los pacientes con IC, apreciándose diferencias según el estado clínico de cada paciente. Los cambios observados en el test de Minnesota según la gravedad de la IC medida en la escala NYHA, se corresponde con lo descrito por otros autores, ya que el test de Minnesota evalúa bien la disnea y la fatiga[10].

Nuestra idea es continuar con el estudio prospectivo, de forma que podamos identificar los pacientes que son susceptibles de mejora, ya sea por optimización o por el ajuste terapéutico realizado[11].

4. CONCLUSIONES

Aunque los pacientes puedan tener afectada su calidad de vida por la insuficiencia cardíaca, sólo el test de Minnesota se relaciona con la gravedad clínica de la misma. Por tanto, si queremos tener un test que nos ayude a estratificar la gravedad de la insuficiencia cardíaca, deberíamos seleccionar el test de Minnesota. En el resto de factores de riesgo estudiados no hemos encontrado diferencias entre los grupos estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ponikowski, P.; Voors, A. A.; Anker, S. D.; Bueno, H.; Cleland, J. G. F.; Coats, A. J. S.; Falk, V.; González-Juanatey, J. R.; Harjola, V.-P.; Jankowska, E. A.; Jessup, M.; Linde, C.; Nihoyannopoulos, P.; Parissis, J. T.; Pieske, B.; Riley, J. P.; Rosano, G. M. C.; Ruilope, L. M.; Ruschitzka, F.; Rutten, F. H. and van der Meer, P. (2016). *2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure.*, Revista española de cardiología (English ed.) 69 : 1167.

Schmidt, S.; Vilagut, G.; Garin, O.; Cunillera, O.; Tresserras, R.; Brugulat, P.; Mompart, A.; Medina, A.; Ferrer, M. and Alonso, J. (2012). *[Reference guidelines for the 12-Item Short- Form Health Survey version 2 based on the Catalan general population]*., Medicina clinica 139 : 613-625.

Guyatt, G. H. (1993). *Measurement of health-related quality of life in heart failure.*, Journal of the American College of Cardiology 22 : 185A-191A.

Khwaja, A. (2012). *KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury.*, Nephron. Clinical practice 120 : c179-c184.

Failde, I.; Medina, P.; Ramirez, C. and Arana, R. (2010). *Construct and criterion validity of the SF-12 health questionnaire in patients with acute myocardial infarction and unstable angina.*, Journal of evaluation in clinical practice 16 : 569-573.

Moradi, M.; Daneshi, F.; Behzadmehr, R.; Rafiemanesh, H.; Bouya, S. and Raeisi, M. (2020). *Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis.*, Heart failure reviews 25 : 993-1006.

Xu, J.; Sun, Y.; Gong, D. and Fan, Y. (2023). *Association Between Disease-specific Health-related Quality of Life and All-cause Mortality in Patients with Heart Failure: A Meta-analysis.*, Current problems in cardiology 48 : 101592.

Rector, T. S. and Cohn, J. N. (1992). *Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group.*, American heart journal 124 : 1017-1025.

Yang, H.-R.; Xu, X.-d.; Shaikh, A. S. and Zhou, B.-T. (2023). *Efficacy and Safety of Sacubitril/Valsartan Compared With ACEI/ARB on Health-Related Quality of Life in Heart Failure Patients: A Meta-Analysis.*, The Annals of pharmacotherapy 57 : 907-917.

Capítulo 16. Edadismo: un problema real.

Marieta Pazos González.

Universidad de Vigo, Ourense, España.

Palabras clave: edadismo, personas mayores, educación

RESUMEN

El siguiente proyecto se trata de un programa de actividades dirigido al profesorado y alumnado de la Facultad de Educación y Trabajo Social de Ourense. El edadismo es la discriminación, los prejuicios y estereotipos que sufre una persona por motivo de edad; en este caso nos centraremos en las personas mayores dado que son las más afectadas por dicha problemática. Con este proyecto se pretende disminuir el edadismo de los/as participantes del programa y establecer relaciones intergeneracionales. Para ello se ha optado por un enfoque metodológico activo-participativo. La evaluación se llevará a cabo mediante el CENVE y el CASV.

1. INTRODUCCIÓN

La sociedad actual está envejeciendo, de forma particular en los países desarrollados. España y más concretamente Galicia no es ajena a este fenómeno, siendo uno de los contextos más envejecidos a nivel mundial.

Este proceso de envejecimiento que debe ser considerado una conquista de la sociedad actual, no es ajeno a estereotipos asociados a la edad, al igual que otras categorías como el género o la raza. El edadismo se manifiesta independientemente del nivel cultural de la sociedad referida, por ello, es considerado el tercer “-ismo” más habitual, junto con el sexismo y el racismo.

Para empezar, partiremos de lo “qué es un estereotipo”. Un estereotipo se podría definir como el conjunto de creencias establecidas en relación con una serie de características asignadas a un grupo social (Hidalgo Sacristán, 2022), que nos lleva a caracterizar a otros grupos a los que no pertenecemos más negativamente que al propio grupo.

En referencia a este término Allport, en 1985, afirma que son los que favorecen la sistematización y simplificación del mundo, categorizando y defendiendo los valores sociales.

Por “envejecimiento”, según La Enciclopedia Británica entendemos el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, un órgano o en la totalidad del organismo durante el período vital completo como adulto de cualquier ser vivo”.

La vejez, por tanto, sería, según Lansing, el proceso progresivo y desfavorable de cambio que va ligado al tiempo y que concluye con la muerte (Juárez Córdoba et al, 2021).

Es el término edadismo en el que se conjugan los elementos mencionados, "estereotipo" y vejez, entendiendo que la edad, también, es una forma de categorizar a la sociedad identificando así los subgrupos a los que cada un/a pertenece. Pero esta clasificación nos deja una discriminación, unos prejuicios y estereotipos vinculados a la edad, que hacen referencia al concepto de edadismo. Es decir, estamos ante una discriminación por edad.

El edadismo desde la literatura anglosajona llamado ageism alude a los "estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas por el simple hecho de ser mayores evitando la cercanía y el contacto físico" (Ausín & Barranquero, 2019; pag 41). Siguiendo a los mismos autores las características que lo identifican son las siguientes:

- Generar una visión exagerada de ciertas características
- Ser inventados, pero, al mismo tiempo, ser considerados reales y relacionarlo con ciertos comportamientos de las personas
- Desvalorar las características positivas centrándose en las negativas
- Estos no muestran las características positivas de las personas
- No proporcionan información sobre las casusas de ciertas tendencias de estas personas
- No facilitan el cambio
- No tienen en cuenta la variabilidad de la persona

Butler, en 1969, afirma que el edadismo es una descripción de la experiencia subjetiva implícita en la noción popular de la brecha generacional, reflejando un gran malestar en la sociedad manifestado en la repulsión y disgusto personal por la vejez, una enfermedad, la discapacidad, la muerte y la inutilidad (Cisternas Sandoval & Sarabia Toloza, 2018).

Aunque el edadismo puede darse a todas las edades, en la revisión de los estudios realizados a cerca de estos estereotipos se ha comprobado que se focaliza en los grupos de población más longevos.

El edadismo es un fenómeno que se da en todos los ámbitos, tanto si nos referimos geográficamente como si atendemos a los grupos según su profesión. Numerosas investigaciones han confirmado que no es un problema aislado, sino que, a pesar de que varíe esta discriminación según el país, sigue existiendo (Shpakou, et al, 2022; Jeannine, et al, 2021).

Polonia, uno de los Estados miembros de la Unión Europea lo sufre también. Polonia es uno de los países que más rápidamente envejece por ello Barbara Mikołajczyk propone introducir cuestiones relacionadas con las personas mayores en la agenda jurídica y en las diferentes estrategias sociales para así poder aumentar la inclusión social de estos en la sociedad.

En relación con esta temática, se ha realizado un programa llamado "Programa Acompaña-Té" (Brotons Rodes et al, 2020). Este es un curso voluntario teórico-práctico para universitarios. Este utilizó el CENVE como instrumento de medida en su evaluación inicial y final. Tras la realización de este curso teórico-práctico se observó que se habían reducido, de forma significativa, los estereotipos negativos de la vejez en las dimensiones de Salud y Carácter-personalidad un 40%.

Por otro lado, la Universidad de Málaga en 2021 (Antonio Salmerón et al, 2021) publicó una investigación en la cual analizaron los estereotipos negativos hacia la vejez de los/as alumnos/as del Grado de Educación Social

de esta Universidad. Utilizaron el CENVE como instrumento de medida y se concluyó que los estereotipos negativos hacia la vejez disminuían a medida que los/as alumnos/as ascendían de curso pero que aun así no se erradicaban del todo.

Ante esta situación es preciso plantear intervenciones, tanto de sensibilización como de prevención para erradicar el edadismo en la sociedad en general, y en particular en los profesionales que atienden a las personas mayores. En este contexto, se plantea una propuesta de intervención dirigida a estudiantes y profesorado de la Facultad de Educación y Trabajo Social de Ourense, titulada "Edadismo: un problema real".

2. PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Los/as Educadores Sociales y Trabajadores/as Sociales son el apoyo de estos docentes y de la sociedad para la lucha de esta problemática. Una lucha conjunta logra más que una lucha individualizada.

Por lo tanto, se ha decidido realizar una propuesta de programa de intervención que pretende disminuir el edadismo de la población destinataria. En este caso, la población destinataria sería el profesorado y alumnado de los cuatro grados que se imparten: Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Social y Trabajo Social en la Facultad de Educación y Trabajo Social de Ourense. También se contará con la participación de voluntarios/as de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Ourense mayores de 65 años.

Se ha elegido una metodología activa-participativa para la implementación de las actividades, que busca promover la colaboración e implicación de todos los/as destinatarios/as.

Las actividades de este programa se podrían dividir en 3 áreas: el área de actividades formativo-culturales, el área de actividades de dinámica ocupacional y el área de actividades sociales y de participación ciudadana. Se realizaría una actividad lúdica y de presentación del programa en la cual se llevaría a cabo la evaluación inicial mediante el CENVE y el CASV. También se realizarían talleres teórico-prácticos como la explicación de qué es el edadismo, sus consecuencias y qué podesos hacer para cambiar las cosas y posteriormente se pondría en práctica lo aprendido mediante reflexiones grupales.

Se llevarán a cabo encuentros intergeneracionales con los/as voluntarios/as de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Ourense, y conocer también algunos de sus testimonios ante las actitudes edadistas de la sociedad.

Para finalizar, se realizaría una actividad de ocio para terminar el programa en la que se reimplantaría el CENVE y CASV como evaluación final del mismo.

Este programa se implementaría durante 3 meses en semanas alteras. Las actividades tienen una duración de 1 hora y 30 minutos cada una y se llevarían a cabo en grupos de 60 personas.

3. CONCLUSIONES

Es importante resaltar la necesidad de comenzar a hacerle frente a esta gran problemática oculta de hoy en día como es el edadismo. Con este programa se pretende empezar a trabajar con la sociedad, dejando de lado la edad de las personas, desde el inicio. La reeducación hacia el respeto de los derechos que tienen las

personas mayores, pero no solo ellos sino, cualquier grupo social que sufra discriminación por los estereotipos y prejuicios creados a partir de la edad que se tenga.

Es importante reeducar a los/as docentes de las actuales y futuras generaciones y que también sean conscientes de esto y ayuden en su solución y la educación en sí misma.

Como siempre, el trabajo en equipo, la lucha conjunta consigue mucha más efectividad que las individuales. Cualquier cambio social importante comienza con la educación. Los/as docentes son un pilar imprescindible en este cambio y los/as educadores/as y trabajadores/as sociales somos unos/as buenos/as profesionales que pueden ayudar en esta lucha que tiene sus inicios décadas atrás.

Como bien dice un proverbio africano “Si crees que eres demasiado insignificante para marcar la diferencia es que nunca has pasado la noche encerrado con un mosquito”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausín, B. & Barranquero, R. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. *Revista de Psicogeriatría*, 9(1), 41–47.
- Brotons Rodes, P., Lorente Martínez, R. & Sitges Maciá, E. (2020). Efectos del Programa ACOMPAÑA-TÉ sobre los estereotipos hacia la vejez en universitarios. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1).
- Cisternas Sandoval, N. & Sarabia Toloza, L. (2018). El edadismo como un factor de riesgo para el envejecimiento activo. 51–66.
- Enciclopedia Británica. (s.f.). Aging. En *Enciclopedia Británica*. Recuperado en julio, 2023, en <https://www.britannica.com/search?query=aging>
- Hidalgo Sacristán, A. (2022). Estereotipos edadistas en muestra de adultos jóvenes [Trabajo de Fin de Máster Inédito, Universidad Europea de Madrid].
- Juárez Córdova, K.Y., Pérez de la Rosa, J. A., Pérez Ricárdez, J. Y., González Hernández, M. & Paz Medina, L. A. (2021). Edadismo, la discriminación invisible. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 8(1), 44–48.
- Mikołajczyk, B. (2023). Addressing ageism in Polish ageing policy – critical remarks. *Research on Ageing and Social Policy*, 11(1).
- Rowe, J.M., Kim, Y. Jang, E., & Ball, S. (2021). Further examination of knowledge and interactions in ageism among college students: Value for promoting university activities. *Gerontology & Geriatrics Education*, 42:3, 331-346.
- Salmerón, J.A., Martínez De Miguel, S. & Moreno, P. (2021). La percepción de la vejez en el alumnado de educación social. *European Journal of Health Research*. 7 (1), 1-14.
- Shpakou, A., Klimatchkaia, L., Skoblina, N., Baj-Korpak, J., Skarbaliene, A., Fedorciv, O., Loginovich, Y., Raskiliene, A., Piatrou, S., Kleszczewska, E., & Kuzniatsou, A. (2022). The prevalence of manifestations of gerontological ageism among university students in five European countries. *Family Medicine & Primary Care Review*; 24(4): 348–355. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2022.113016>

Capítulo 17: Pregunta: Abuelos y abuelas cuidadores de nietos/as ¿por decisión propia o por presión social?, un estudio con la población del rural en la zona Condado-Paradanta.

Delia Rodríguez Saborido¹, Águeda Gómez Suarez², Vera Mendonça³.

¹Univ. UNISF, España.

²UVIGO, España.

³Univ. UTAD, Portugal.

Palabras clave: Sociedad, familia, cuidado, nietos, presión.

RESUMEN

En esta tesis doctoral se pretende conocer si la alta prevalencia y frecuencia de las actividades de cuidados a menores (nieto y nietas) por parte de los abuelos y abuelas de nuestro país, se deriva de una decisión libre de estos abuelos y abuelas o se derivan de la presión social. Estos cuidados chocan con los deseos individuales de una ciudadanía que contempla su autorrealización individual como un objetivo vital. Un estudio llevado a cabo con la población del rural.

1. INTRODUCCIÓN

Según Martínón (2021) si bien, el “papel de las abuelas” ha sido un elemento analizado desde la arqueología física para explicar la aparición de la menopausia entre las poblaciones del paleolítico como un modo de supervivencia de la prole del grupo, y ayuda adicional a las madres y padres de esos tiempos, donde se ponía de manifiesto que las tribus que carecían de esa ayuda no sobrevivían tantos niños, lo que supone un dato importante en la supervivencia de las tribus.

¿Qué está ocurriendo en la actualidad?

¿asistimos a otra estrategia colectiva de supervivencia a través del masivo trabajo de cuidados de abuelas y abuelos? En un contexto de crisis del sistema de cuidados globales, del denominado conflicto capital-vida, de la existencia de una “brecha de cuidados” entre hombres y mujeres que se refleja en ellos desiguales “usos del tiempo” en las actividades de cuidado y mantenimiento y en un contexto propio del modelo del estado de bienestar del sur europeo, caracterizado por su modelo “familista”, en esta tesis doctoral se pretende conocer si la alta prevalencia y frecuencia de las actividades de cuidados a menores (nieto y nietas) por parte de los abuelos y abuelas de nuestro país, se deriva de una decisión libre de estos abuelos y abuelas o se derivan de la

presión social, más agravada en el caso de las abuelas debido al mandato de socialización recibido a lo largo de toda su vida como “seres para otros”, en un contexto complejo para las familias entre las exigencias laborales y las necesidades de conciliación familiar. Para ello, se va a optar con aterrizar este trabajo a una comarca gallega de carácter rural, un escenario ideal para identificar los conflictos y tensiones entre los mandatos tradicionales y “familistas” y los deseos individuales de una ciudadanía que contempla su autorrealización individual como un objetivo vital. Un estudio llevado a cabo con la población del rural.

Fijándonos en Europa, seleccionamos un objetivo de la agenda 2030 que es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos/as a todas las edades” esto es importante analizarlo en el contexto de abuelos y abuelas cuidadoras, ya que el estrés que generan los cuidados puede influir en la salud de los abuelos y abuelas cuidadores. Este objetivo trata de conseguir que algo tan importante como la sanidad sea algo accesible a toda la población, sobre todo la mayor, ya que el poder adquisitivo de los adultos mayores es menor que cuando formaban parte del mercado laboral.

Un punto importante es conseguir que la prevención sea el puntal en este objetivo, la forma de conseguirlo es trabajando con la comunidad para que las personas que dediquen tiempo más tiempo al ejercicio y a una planificación de la alimentación más sana.

El objetivo principal es Identificar las causas, por qué los abuelos y abuelas deciden utilizar gran parte de su tiempo, esfuerzo y energía en ser los cuidadores, a veces, principales- de sus nietas y nietos, analizando si es debido a decisiones personales libres o a condicionantes socioeconómicos y culturales externos (presión social). y dar respuesta a la pregunta: Abuelos y abuelas cuidadoras de nietos /as ¿por decisión propia o por presión social? un estudio con la población del rural en la zona Condado-Paradanta.

Como objetivos específicos:

1. Caracterizar el contexto sociohistórico actual, caracterizado por el conflicto capital- vida y la crisis global de los cuidados.
2. Estudiar el sistema de bienestar “familista” propio del sur europeo.
3. Definir la influencia de la educación recibida durante la etapa académica, así como la recibida en el seno de la familia, y si esto influye en la toma de decisiones en cuanto al cuidado de los nietos y nietas se refiere.
4. Investigar cómo se enfrentan las abuelas y abuelos a la decisión de no ser los y las cuidadoras, y las consecuencias que tiene esta negativa en la relación con los hijos.
5. Analizar el patrón de cuidados con perspectiva de género. Clasificar las tipologías de cuidado que suelen desarrollar los abuelos y abuelas (esporádico, diario, jornada partida, jornada total, día y noche, etc.)
6. Definir la calidad de vida de los adultos mayores que son cuidadores de los nietos y nietas.
7. Investigar si los abuelos cuidadores repetirían o se arrepienten de la decisión tomada.

2. MARCO TEÓRICO

La investigación que se va a realizar es para contestar a un tema que está muy presente en la sociedad, ya que con unos salarios bajos y los progenitores trabajando los dos, los adultos mayores se ven en la disyuntiva de aceptar el cuidado de los nietos o no, y así ayudar a los hijos, eso supone un cambio en sus vidas, ya que

cuando deberían pensar en sí mismos y realizar tareas pendientes, tienen que posponerlas para dar prioridad a la familia.

Preguntémonos hasta qué punto esta decisión es libre, es una manera colectiva de adaptación familiar derivado de las tensiones familia-trabajo, y el déficit de servicios públicos en este ámbito o hay una clara influencia de la educación, y de cómo la sociedad ya tiene definidos unos roles para cada uno de nosotros, aunque no seamos conscientes de ello. Se pretende comprender la doble moralidad de la sociedad que juzga y condena a una mujer por querer ser madre con 60 años, pero considera que es capaz de hacerse cargo del cuidado de los nietos. En esta disertación se quiere investigar los factores que influyen en una decisión que a priori parece fácil, pero esconde muchas indecisiones, presiones y sentimientos de culpa.

La investigación académica contribuirá a poner el punto de partida, para continuar con una investigación cuantitativa y cualitativa, que se realizará siguiendo la normativa académica. Con un objetivo principal y específicos, se realizará una investigación académica sobre diferentes temas como son:

- I. Ética en el tratamiento de las personas mayores.
- II. Educación y cómo influye en las decisiones que tomamos las personas a lo largo de la vida, en este caso la decisión de ser o no cuidador de los nietos.
- III. Patriarcado: cómo la mujer termina por ser la cuidadora primero de sus hijos, después de sus padres, hermanos o suegros y más tarde de los nietos.
- IV. Edadismo: la dificultad que tiene las mujeres de determinada edad para encontrar trabajo lo que se contrapone con los cuidados de la familia.
- V. Síndrome del cuidador y cómo afecta el estrés a las personas mayores en el cuidado de los nietos.

3. MÉTODO

Muestra población: Se llevará a cabo una selección de personas con un determinado perfil, que serán adultos mayores cuidadores, del rural, zona CondadoParadanta, se buscaran parejas que sean cuidadoras de los nietos/as la selección de personas se llevara a cabo entre conocidos, y si es necesario se cuenta con la ayuda de los servicios sociales, ya que algunas de estas personas son receptoras de ayudas.

1. PARTICIPANTES

Se buscarán en diferentes ayuntamientos y no será un grupo grande, la muestra será de un número aproximado de (10 y 20 parejas cuidadoras, de los diferentes ayuntamientos) Una segunda búsqueda se realiza entre parejas de adultos mayores que vivan en residencias y en su momento fueron cuidadores. Una vez realizada la selección de los participantes, se informará de una forma clara de los derechos y deberes que tienen como parte colaboradora en este trabajo.

2. INSTRUMENTOS

Parte cuantitativa: se procederá a la realización de escala de Zarit y otras para saber el grado de estrés en los cuidadores.

Parte cualitativa: Consta primero de entrevistas abiertas, cerradas además de historias de vida. Se formará un grupo de discusión donde participaran los abuelos cuidadores.

En lo que es la parte Ética, cada persona de forma individual es informada de cómo se va a llevar a cabo la investigación, cómo se recogerán los datos obtenidos y cómo van a ser utilizados, de cómo se tratarán los datos obtenidos, que pueden dejar la investigación cuando lo decidan. Se dará una copia por escrito a todos los participantes asegurando que entiendan todo el proceso de la investigación.

4. CONCLUSIONES

Según la revisión literaria realizada hasta el momento, se puede estimar que las abuelas y los abuelos realizan el cuidado de nietas y nietos de forma altruista y sin presión, pero la educación recibida y la influencia de la sociedad, son una parte muy importante en el momento de decidir, lo que en determinadas circunstancias las personas no cuestionamos las responsabilidades que adquirimos, aunque nos sobrepasen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gracia Guillén, D. (2021). Por una cultura de la vejez II. In *Anales de la Real Academia de ciencias morales y políticas* (pp. 431-442). Ministerio de Justicia.

Legarreta Iza, M. (2008). El tiempo donado el en ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 45-73.

Martinón, M. (13 de junio de 2021) *La teoría de la abuela y otros secretos del ser humano*. <https://mujeresconciencia.com/2021/06/13/la-teoria-de-la-abuela-y-otros-secretos-del-ser-humano/la-abuela>.

Ramos Cabada, Elvira y Castillo Martínez, Víctor Alberto (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y salud*, 27(1), 53-59. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2436> Capítulo 18. Perfil del usuario con deterioro cognitivo que vive en soledad AFAGA 2017/2022.

Capítulo 18. Perfil del usuario con deterioro cognitivo que vive en soledad AFAGA 2017/2022.

Miriam Fortes Posada¹, Cristina Esmerodes Iglesias¹, Laura Gómez de Rodríguez Alfaro¹, Elena Santiago Mosquera², María Elena Mosquera Losada³.

¹*Asociación Familiares Enfermos de Alzheimer y otras Demencias Galicia (AFAGA ALZHEIMER).*

²*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Extremadura, España.*

³*Escuela Enfermería Povisa, Universidad de Vigo, España.*

Palabras clave: Soledad, Alzheimer, centro de día, terapia cognitiva.

RESUMEN

La soledad es uno de los principales problemas sociales en la actualidad, sobre todo en el grupo de personas mayores de 65 años.

En este estudio se pretende conocer el perfil de los usuarios que ingresan en el centro de día de AFAGA-Vigo entre los años 2017-2012, en relación a si viven solos o no al ingreso. Las variables estudiadas fueron vivir o no solo (variable dependiente) y también variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y relacionadas con el tipo de intervención (variables independientes). Mediante el software Jaso se realizó el análisis descriptivo teniendo en cuenta las variables cuantitativas y cualitativas y, también el análisis correlacional, se analizaron mediante los test χ^2 y exacta de Fisher.

En cuanto a los resultados obtenidos, el 21,7 % de los usuarios vivían solos al ingreso, número que tiende a aumentar en los últimos años. De estos la mayoría eran personas mujeres viudas. En cuanto al deterioro cognitivo (medido con la escala MEC), este era similar tanto si la persona vivía sola como si no. Sin embargo, en cuanto a la funcionalidad sí que se observaron diferencias, puesto que las personas que vivían solas eran más funcionales que las que no (según la escala Lawton).

En conclusión, el perfil de un usuario que vive solo, es una mujer viuda de 78 años, con un MEC de 22,5 y un Lawton de 4,8. El perfil de un usuario que vive acompañado estaría casado, sería más joven (77 años) y presentaría un MEC de 24,5 así como un Lawton de 2 puntos. Además, dos de cada diez usuarios viven solos en el período de estudio, siendo la evolución al alza y en el último año el ratio aumenta a tres de cada diez.

Los resultados obtenidos en el estudio, facilitan la comprensión de las características y necesidades de los usuarios que ingresan en el centro que viven solos, lo que puede ser útil para diseñar, en el futuro, intervenciones y servicios adecuados a sus necesidades.

La soledad es uno de los principales problemas sociales en la actualidad, sobre todo en el grupo de personas mayores de 65 años. Esta situación está aumentando en los últimos años y es más relevante en el grupo de mayores de 85 años (INE, 2023).

En el caso de Galicia, es la tercera comunidad autónoma con mayor número de habitantes mayores de 65 años. Esta situación está aumentando con respecto a años anteriores lo que supone un incremento de los riesgos psicosociales. Además, como se puede observar en la tabla 1, también está aumentando el porcentaje de personas mayores que viven solas (INE, 2023).

Tabla 1. Tasa de ancianos que viven solos en Galicia (INE, 2023).

Año	2011	2015	2022
Mayores de 65 años	19.5 %	22.4 %	23.8 %
Mayores de 85 años	-	34.2 %	36.8 %

Por otro lado, las personas mayores presentan deterioro cognitivo con más frecuencia (Arriola et al, 2017). Si estas personas viven solas el riesgo aumenta (CDC, 2021; Machado, 2015), además es más difícil de detectar, aumentando la probabilidad de un diagnóstico más tardío, en fases más avanzadas, lo que implica una intervención más difícil y la necesidad de emplear mayor cantidad de recursos asistenciales.

Además, a medida que aumentamos en edad, el núcleo de amistades y personas de confianza, desciende. Se dejan de hacer actividades que se suelen hacer en compañía como salir a comer, ir al cine, dar un paseo... no debemos olvidarnos de que somos seres sociales y, la falta de socialización, aumenta nuestro estado de ansiedad y estrés. Esto pudo observarse tras la pandemia, con el aumento de enfermedades de salud mental a causa de la soledad percibida y el aislamiento. Nuestros mayores viven una situación similar por el mero hecho de envejecer y sumirte en un estado de aislamiento y falta de vínculo social (CDC, 2021; Pinazo 2020).

Como respuesta a esta situación y, dado la importancia de la atención a familias y personas con deterioro cognitivo, surgen las llamadas Entidades del Tercer Sector. Progresivamente, estas se han ido profesionalizando y ampliando su círculo de actuación con el fin de dar respuesta de forma más profesional y eficaz a los enfermos y su entorno. Además, estas entidades facilitan las investigaciones científicas. Un ejemplo es el de AFAGA Alzheimer, ámbito del presente estudio, que es una asociación que presta ayuda a personas con diagnóstico de deterioro cognitivo (tanto mayor como menor) asociado a Trastornos Neurocognitivos (TNC). Cabe señalar que, en la actualidad, esta entidad brinda apoyo e intervención a más de 2800 personas por año en la provincia de Pontevedra (Afaga, 2023).

El objetivo principal de este trabajo es conocer el perfil de los usuarios que ingresan en el centro de día de AFAGA-Vigo entre los años 2017-2012. Los objetivos secundarios son conocer las diferencias entre los perfiles de usuario que viven solos y los que no, así como determinar la prevalencia del usuario que vive solo y su evolución en el tiempo.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado empleando un diseño transversal, descriptivo y correlacional, con la finalidad de observar las diferencias en los perfiles de los usuarios que ingresan en el centro de día en AFAGA-Vigo función de si viven solos o no.

2.1. PARTICIPANTES

La población de estudio incluye a todos los usuarios que ingresaron en el centro de día de AFAGA-Vigo entre los años 2017 y 2022. El único criterio de inclusión fue ingresar en dicho centro en esos años. No se excluyó ningún participante que cumpliera los criterios de inclusión. Obteniéndose como resultado una población para el estudio formada por 286 personas.

2.2. PROCEDIMIENTO

Los datos se recopilaron a través del personal del centro, que elaboró una base de datos. Las variables estudiadas fueron, por un lado, como variable dependiente vivir o no solo. Por otro lado, como variables independientes, las sociodemográficas, clínicas, funcionales y las relacionadas con el tipo de intervención.

2.3. ANÁLISIS DE DATOS

Mediante el software Jasp se realizó el análisis descriptivo teniendo en cuenta las variables cuantitativas y cualitativas y, también el análisis correlacional, se analizaron mediante los test Chi² y exacta de Fisher.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. USUARIOS QUE VIVEN SOLOS

En cuanto a la variable de si el usuario vive o no solo, como podemos observar en la tabla 2 y en la figura 1, el 21,7 % del total de usuarios, vivían solos al ingreso. Además, el número de ingresos que viven solos, como podemos observar en la figura 2, ha ido en aumento en los últimos años. Este aumento no sorprende teniendo en cuenta que las personas mayores que viven solas están aumentando en los últimos años (INE, 2023, y que la soledad es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo (Machado, 2017)

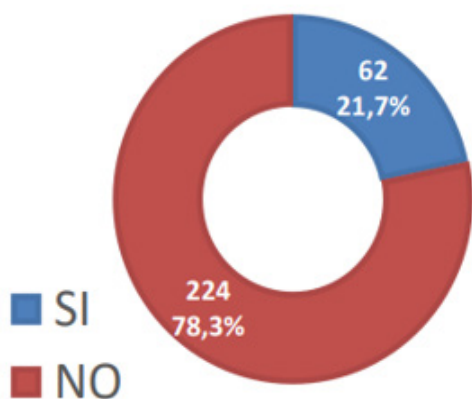


Figura 1 Vivir solo

Número de ingresos que viven solos		
	N	%
NO vive solo	224	78,3
SI vive solo	62	21,7
Total	286	100

Tabla 2 Número de ingresos que viven solos

3.2. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

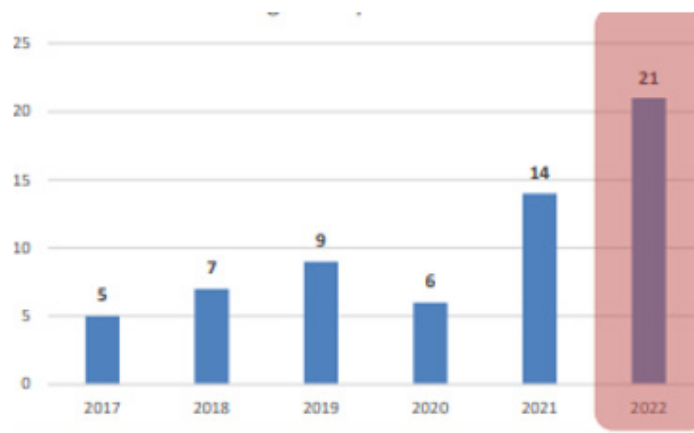


Figura 2: número de ingresos que viven solos por año

Los resultados obtenidos en relación con las variables sociodemográficas como sexo o estado civil, se recogen en las figuras 3 y 4, así como en la tabla 3. En estas, destaca que la viudedad está relacionada con vivir solo, puesto que, de los dos grupos más numerosos, el de las personas viudas y el de las personas casadas, el 52,2% de las personas viudas viven solas frente al 2,8% de los que viven casados. Por otro lado, también se puede observar que viven solas un mayor porcentaje de mujeres que de hombres. Todos estos datos concuerdan con el hecho de que son las mujeres las que mayor esperanza de vida tienen (INE 2023), lo que conlleva a que tengan más riesgo de enviudar y de presentar deterioro cognitivo.

Tabla 3 Variables sociodemográficas. Sexo, estado civil.

		Vive solo				TOTAL		Correlación
		SI		No		n	%	
Sexo	Mujer	54	30	126	70	180	100	p < 0,001
	Hombre	8	7,5	98	92,5	106	100	
Estado civil	Divorciado/a	7	60	4	40	10	100	p < 0,001
	Viudo/a	47	52,2	43	47,8	90	100	
	Soltero/a	4	50	4	50	8	100	
	Casado/a	5	2,8	173	97,2	178	100	

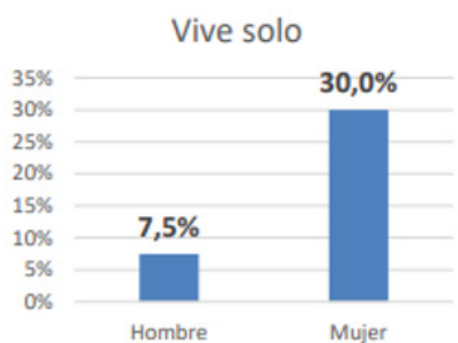


Figura 3: Relación entre el sexo y vivir solo.

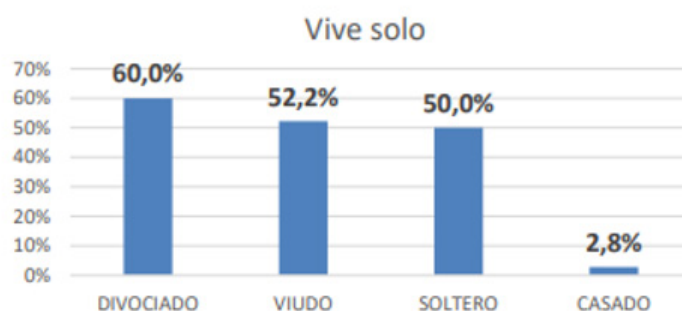


Figura 4: Relación entre el estado civil y vivir solo.

En cuanto a la edad, en la tabla 4 y en la figura 5, se pueden observar ligeras diferencias tanto en la media como en el rango de edad en función de si la persona vive o no sola, pero no son significativas estadísticamente.

Tabla 4. Variables sociodemográficas. Edad.

		Edad					
		X	DT	Rango	Med	RI	P. normalidad
Vive solo	SI	78,2	6,4	24 (68-92)	78	10	0,2
	NO	76,4	7,3	46 (48-94)	77	10	0,0028
	Total	76,7	7,2	48 (46-94)	77	10	0,0028

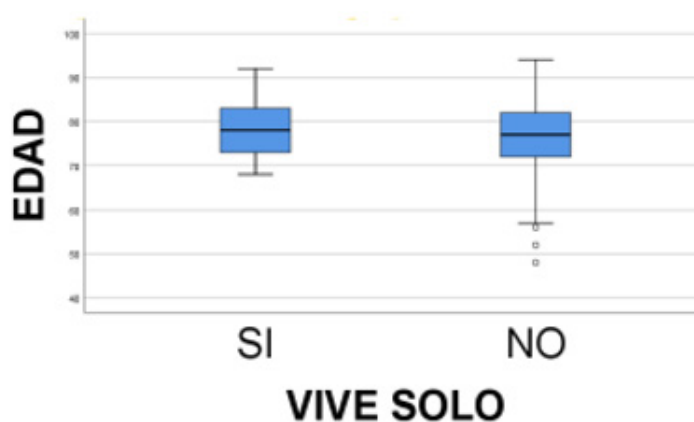


Figura 5: Relación entre vivir solo y la edad.

3.3. VARIABLES COGNITIVAS

Si nos centramos en la variable cognitiva, medida a través de la escala MEC en el momento del ingreso, podemos observar, tanto en la figura 6 como en la tabla 5, que no existe una gran diferencia a nivel cognitivo en función de si se vive o no solo.

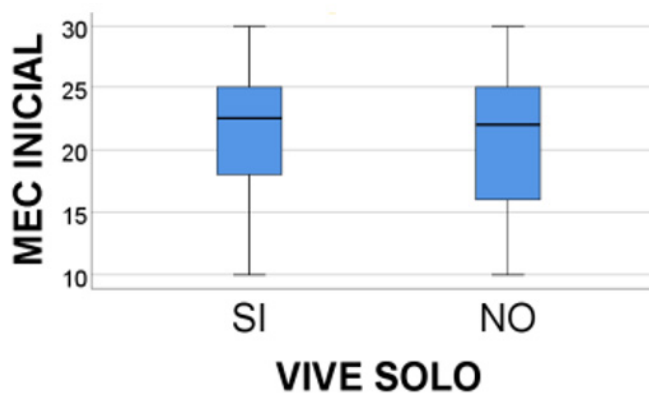


Figura 6: Relación entre vivir solo y el MEC inicial

Tabla 5. Variable cognitiva.

		MEC					
		X	DT	Rango	Med	RI	P. normalidad
Vive solo	SI	21,5	4,09	20 (10-30)	22,5	7	0,2
	NO	20,4	5,3	20 (10-30)	24,1	9	0,002
	Total	20,7	5,2	20 (10-30)	22	9	< 0,001

3.4. VARIABLES FUNCIONAL

A diferencia de lo visto en el apartado anterior, en cuanto a la funcionalidad, como se puede observar en la figura 7 y en la tabla 6, sí que se observan diferencias entre vivir solo y la funcionalidad, de tal manera que, al vivir solo, la persona presenta una mayor funcionalidad. Esto puede deberse a que para vivir solo necesitas cierta funcionalidad en las actividades de la vida diaria, y en el caso de las personas que viven solas están “obligadas” a realizarlas y en el caso que no puede estar habiendo una sobrepotenciación de las personas que viven con ellas, haciendoles tareas que podrían hacer ellos solos.

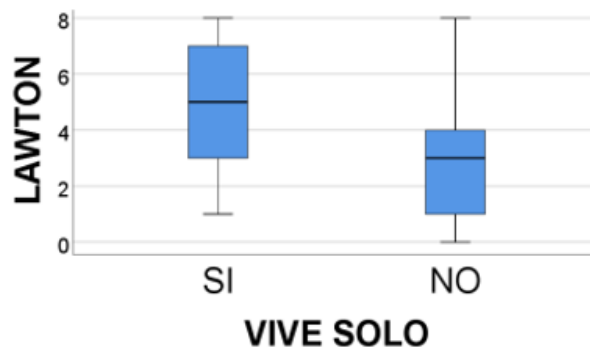


Figura 7: Relación entre vivir solo y el Lawton

Tabla 6. Variable funcional.

		Lawton						
		X	DT	Rango	Med	Q3	Q1	P. normalidad
Vive solo	SI	4,73	2,3	7	5	7	3	0,006
	NO	2,87	1,9	8	3	4	1	< 0,001
	Total	3,23	2,1	8	3	5	2	< 0,001

4. CONCLUSIONES

- El perfil de un usuario que vive solo es una mujer viuda de 78 años, con un MEC de 22,5 y un Lawton de 4,8.
- El perfil de usuario que vive acompañado difiere en que está casado, no viudo, más joven un año (77 años), con un MEC de 2,3 puntos superior (24,5) y menos de la mitad de puntuación Lawton (2).

- de cada 10 usuarios viven solos en el período de estudio, teniendo una evolución al alza, donde en el último año 3 del 10 vivía solo.

En definitiva, dentro del considerable porcentaje de usuarios que vivían solos al ingresar en el centro, se puede concluir que esta situación se relaciona con la viudedad, ser mujer y una mayor funcionalidad. Por el contrario, no se relaciona con un mejor o peor rendimiento cognitivo. Estos resultados nos facilitan la comprensión de las características y necesidades de los usuarios que ingresan en el centro que viven solos, lo que puede ser útil para diseñar intervenciones y servicios adecuados a sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afaga (2023) ¿Quiénes somos?. Afaga.com. disponible: <https://afaga.com/es/quienes-somos/>

Arriola, E., Canero, C., Freire, A., López, R., López, J.A., Manzano, S. & Olazaran J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor documento de consenso. SEGG. IMC. Disponible: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

CDC(2021) Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves. cdc.gov/. Disponible: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>.

INE (2023). Estadística del Padrón continuo. Últimos datos. Ine.es. Disponible: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990

Machado, M (2015) La soledad es un factor de riesgo para la depresión, el deterioro cognitivo y la mortalidad de las personas mayores. SEGG. Disponible: <https://www.segg.es/institucional/2015/06/04/la-soledad-es-un-factor-de-riesgo-para-la-depresion-el-deterioro-cognitivo-y-la-mortalidad-de-las-personas-mayores>.

Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Vol. 55. Núm. 5. páginas 249-252. (Septiembre - octubre 2020). DOI: 10.1016/j.regg.2020.05.006.

Capítulo 19. “Teño un amigo en AFAGA”. Programa intergeneracional.

Miriam Fortes Posada¹, Cristina Esmerode Iglesias¹, Eugenia Fernandez².

¹*Asociación Familiares Enfermos de Alzheimer y otras Demencias Galicia (AFAGA ALZHEIMER).*

²*Instituto de Educación Secundaria Valadares (IES VALADARES).*

Palabras clave: Edadismo, AFAGA, Alumnos, Alzheimer

RESUMEN

Con esta investigación se pretende visibilizar el proyecto intergeneracional entre personas usuarias de AFAGA Alzheimer y alumnos del IES Valadares mediante los encuentros llevados a cabo desde el curso 2020-2021 hasta la actualidad y concienciar sobre la importancia de combatir el edadismo en todas sus facetas.

Su objetivo es generar espacios de encuentro intergeneracional entre Alumnos de la ESO del IES Valadares y personas usuarias de los Programas de Estimulación Cognitiva de AFAGA Alzheimer.

El estudio es de naturaleza cualitativa y de tipo descriptivo. La población participante en los cursos 20-21, 21-22 y 22-23 son 19 personas usuarias de AFAGA Alzheimer y 258 alumnos del IES Valadares.

Como resultado se ha dado una Interacción provechosa tanto en el formato online el primer curso 20-21 y presencialidad en los cursos 21-22 y 22-23 con gran interacción entre personas usuarias de AFAGA y Alumnos del IES. Por lo que se concluye que se ha logrado generar los espacios de encuentro adecuados entre los jóvenes del IES y personas usuarias de AFAGA.

1. INTRODUCCION

Actualmente comienza a darse a conocer el término “Edadismo”, haciendo referencia a una forma de discriminación por razón de edad, especialmente en relación a las personas mayores (Real Academia Galega, [RAG], 2022). Entorno a este concepto, existen muchos estereotipos, actitudes y conductas de rechazo cara un determinado grupo de edad. En este sentido, las nuevas formas de discriminación de los mayores que se manifiestan en la sociedad actual se convierten en un objetivo más a trabajar (Cátedra AFAGA-ATENDO Sobre Edadismo, 2022).

Según el Centro Internacional para el Envejecimiento (2022), la visión intergeneracional, motivo de este estudio, nos da la clave en su prefijo “INTER” que es el que otorga el sentido de contacto entre generaciones. Se trata de la importancia de desarrollar entre todos un lenguaje que trascienda las costumbres de cada generación y que se vincule al diálogo y las relaciones interpersonales. Esta interacción busca la solidaridad en la comunidad. Pensemos en cuantas generaciones pueden convivir al mismo tiempo, ser una persona centenaria dejará de

ser una rareza para convertirse en una realidad. Por tanto, al amplio ciclo vital, hay que sumarle la conectividad intergeneracional como una gran oportunidad para crear lazos de experiencia, apoyo y aprendizaje mutuo, siendo uno de sus grandes objetivos luchar contra la discriminación por edad.

Este proyecto surge dentro de un marco indispensable en la atención a personas mayores con discapacidad, las entidades del tercer sector, que surgen con el fin de brindar soporte y atención a las familias y personas con diagnósticos discapacitantes. Ejemplo de ello es la Asociación de Familiares de Alzheimer y otras Demencias de Galicia (AFAGA Alzheimer), donde en 2022 se atendieron a más de 2800 personas en diferentes poblaciones urbanas y rurales de la Provincia de Pontevedra, muchas de ellas con diagnóstico de deterioro cognitivo asociado a Trastornos Neurocognitivos (TNC), tanto mayor como menor. Es este centro el que pone en marcha este proyecto en base a la creencia de que el intercambio de experiencias realizado en este proyecto ayuda al conocimiento sobre el envejecimiento, en concreto sobre la demencia en los adolescentes participantes. Uno de los principales beneficios para la sociedad es el reconocimiento de los jóvenes sobre el papel que juegan las personas mayores como transmisoras de valores y conocimientos esenciales para las nuevas generaciones. Contribuyendo al acercamiento, respeto y dignificación de las diferentes etapas de la vida.

El objetivo principal de este proyecto es generar espacios de encuentro intergeneracional entre Alumnos de la ESO del IES Valadares y personas usuarias de los Programas de Estimulación Cognitiva de AFAGA Alzheimer y como secundario se busca fomentar la integración de las personas con demencia en el ámbito educativo con actividades que promueven el bienestar y la autoestima de ambas, aproximando las dos realidades, personas con demencia y estudiantes.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de naturaleza cualitativa y de tipo “acción participante”

2.1. PARTICIPANTES:

La población participante en los cursos 20-21, 21-22 y 22-23 son 19 personas usuarias de AFAGA Alzheimer y 258 alumnos del IES Valadares.

2.2. PROCEDIMIENTO:

El inicio de la interacción comienza en el año 2020 dándole el nombre de “TEÑO UN AMIGO EN AFAGA”.

Antes de formalizar los encuentros entre alumnado y personas usuarias de AFAGA Alzheimer, terapeuta ocupacional, psicóloga y trabajadora social, hemos realizado reuniones en las que diseñamos y realizamos cronograma de todas las actividades que llevaremos a cabo a lo largo de la interacción. El contacto es semanal y ambas organizaciones, IES y asociación, trabajan en paralelo para que las actividades conjuntas funcionen de la mejor forma.

El desarrollo de las actividades propuestas busca la coparticipación en el mismo espacio de alumnos de la ESO y BACHILLERATO del IES Valadares con un grupo de personas usuarias con diagnóstico de demencia que acuden a los Programas de estimulación cognitivo-funcional en la sede AFAGA Martínez Garrido, Vigo.

La primera interacción se da en el curso 20-21 en formato online. Las actividades realizadas fueron en torno a fechas concretas y significativas y a lo largo del curso escolar, celebrando el Carnaval, el Día de la Mujer o el día del Trabajador con diferentes actividades online en las cuales los alumnos por un día hacían el papel de técnico y impartían una sesión preparada de antemano y orientada por terapeuta y profesorado para conseguir una buena interacción con las personas usuarias. Todas las semanas se recibía también el parte meteorológico, trabajado en una asignatura por los alumnos del IES y utilizado en el aula con las personas usuarias dentro de la estimulación cognitiva con el técnico de referencia. Las personas participantes en este periodo fueron 10 personas usuarias de AFAGA Alzheimer junto con el Terapeuta Ocupacional Jesús Andrea y 90 alumnos del IES Valadares de varios grupos de 2º ESO (unos 60 alumnas), un grupo de 4º ESO (25 alumnos) y un grupo de alumnado con necesidades educativas especiales (5 alumnos).

Una vez se pudo iniciar las sesiones presenciales, en el curso 21-22, comenzamos a diseñar las actividades a llevar a cabo entre alumnos y personas mayores. En esta ocasión personas usuarias de AFAGA compartieron sus historias de vida y sabiduría vital con los jóvenes. Los mismos en una de sus asignaturas elaboraron a partir de esta información obras de microteatro que posteriormente representaron para las personas usuarias en el I Congreso de Salud y Tercera edad celebrado en el instituto a finales del curso 21-22 con charlas y talleres paralelos para familiares de los alumnos y personas usuarias de AFAGA Alzheimer.

En dichos talleres paralelos se han llevado a cabo tareas relacionadas con Showcooking, ciencia y microscopio, scalextric, dibujo manga, huerta, etc. Siendo organizados por 10 alumnos de cada clase y en diferentes espacios y aulas por todo el centro educativo.

En el congreso, como invitado del ámbito científico, participó el Investigador Senior del Grupo de Neurociencia Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur; Carlos Spuch. Las personas participantes a lo largo del proyecto en este curso 21-22 fueron 10 personas usuarias de AFAGA Alzheimer junto con su Terapeuta Ocupacional Cristina Esmerode y 58 alumnos del IES Valadares, cursos 2º ESO C y 2º ESO D.

En el curso 22-23, dándolo por concluido en junio de este mismo año, se realizaron entrevistas a 9 mujeres usuarias de AFAGA Alzheimer con el fin de realizar por los alumnos unos cuentos kamishibais (cuentos de tradición oral japonesa) sobre su historia y anécdotas de vida. Las personas participantes a lo largo del proyecto en este curso fueron 9 personas usuarias de AFAGA Alzheimer, participantes del año anterior en el mismo proyecto, junto con la Terapeuta Ocupacional Cristina Esmerode y 110 alumnos del IES Valadares de todos sus cursos de 2º ESO.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al inicio de la interacción en el curso 20-21 nos hemos encontrado dificultades en la comunicación ya que la falta de contacto presencial por el peligro de contagio de la Covid-19 nos llevó a iniciar el proyecto mediante visitas online en las cuales se presentaban uno por uno personas usuarias de AFAGA Alzheimer y alumnos del IES Valadares.

Esta situación ocasionó un menor acercamiento del esperado, en comparación con los años posteriores, entre alumnos y personas usuarias de AFAGA al verse en pantallas y no de forma presencial.

En el curso 21-22 hemos podido llevar a cabo la primera interacción presencial en la cual el contacto in situ y las conversaciones entre personas usuarias y alumnos fluyeron de forma natural, pudiendo apreciar los profesionales el entusiasmo y buen trato de ambos en la interacción.

Consideramos que en esa primera interacción se ha conseguido el vínculo entre los alumnos y las personas usuarias, mediante el fomento de los recuerdos y historias asociadas a la experiencia vivida de las personas usuarias y recuerdo de los nombres, historias de vida y sabiduría de las personas mayores por parte del alumnado.

Las personas usuarias de AFAGA se han sentido integradas en el ámbito educativo desde el inicio, recordando en algunos casos sus épocas de profesora en colegio y IES y han mostrado sentimientos de alegría y entusiasmo en cada interacción. Los alumnos han tenido un trato amable y afable en toda la interacción demostrando un gran respeto en todo momento.

La organización del I Congreso de Salud y Tercera Edad a iniciativa del IES Valadares tras la satisfactoria interacción entre alumnos y personas usuarias ha resultado un verdadero éxito. El mismo es un punto de partida a la difusión de la importancia de la investigación científica entorno a las demencias en la Educación Secundaria Obligatoria en el IES Valadares. La implicación por parte del Centro educativo no ha dejado de lado detalle alguno. Con recibimiento en la zona de aparcamiento, acompañamiento a la entrada del Centro, degustación en la zona de showcooking y ubicarnos en los asientos en primera fila del acto para las obras de microteatro de sus propias vidas representada por los alumnos.

Desde el IES también han creado una página web donde encontrar las obras y información del trabajo realizado, por ejemplo: Microteatro contra el olvido - Alicia y los niños (google.com)

En la actualidad, en este curso 22-23, la implicación de nuevos alumnos continua a ser satisfactoria, manteniendo en todo momento el respeto hacia las personas usuarias y siendo acompañados por las profesoras del centro.

Las personas usuarias de AFAGA recuerdan la actividad en dicho IES con alegría y cariño, verbalizando en cada ocasión que se habla sobre el proyecto sus ganas de volver al IES Valadares.

Este proyecto desde un inicio ha dejado un indudable impacto en los participantes, prueba de ello son algunas de las dedicatorias escritas por el alumnado en el curso 21-22 de las obras de microteatro:

“Para Alicia: Alicia es la persona más energética y simpática que hemos conocido. Sabe mucho sobre la vida y muchas de las cosas que nos contó las tendremos en cuenta en nuestro día a día.”

“Agradecemos a Manuel José que nos abriese el corazón y nos contase aspectos importantes de su vida. Sabemos que no es nada fácil hacerlo. Sus cálidas palabras han hecho que nuestra imaginación brotara, trayendo como consecuencia esta obra de teatro. Nuestro más sincero deseo es que Manuel pueda ver su vida reflejada en nuestra representación, y esperamos que vuelva a experimentar todos esos sentimientos como los sintió por primera vez.”

Esta obra de teatro es un homenaje a la profe Esther. Allá por donde va en su vida deja entre los que la rodean un rastro de alegría y de empatía. Esther es, sin duda, un símbolo de comprensión. Siempre ha estado ahí para ayudar a quienes lo necesitaban

“Para Maruxa. Esta obra va dedicada a todas las personas mayores de la asociación Afaga que compartieron con nosotros sus historias y recuerdos, pero en especial va dedicada a Maruxa. Ella fue nuestra inspiración para la creación de este trabajo. Gracias a los recuerdos, momentos especiales, infancia, matrimonio, vida... que nos ha narrado, hemos conseguido llegar hasta aquí. Un abrazo para todas las familias y personas mayores de esta asociación y uno mucho más especial para Maruxa y toda su familia. Esperamos que disfrute y le guste nuestra obra de teatro basada en su vida.”

En definitiva, el intercambio de experiencias ha aumentado el conocimiento sobre el envejecimiento, y en concreto sobre las demencias, en los adolescentes participantes.

Uno de los beneficios principales para la sociedad es el reconocimiento de los jóvenes sobre el papel que juegan las personas mayores como transmisoras de valores y conocimientos esenciales para las nuevas generaciones. Contribuyendo al acercamiento, respeto y dignificación de las diferentes etapas de vida.

4. CONCLUSIONES

Se ha logrado generar los espacios de encuentro adecuados entre los jóvenes del IES y personas usuarias de AFAGA, siendo muy productiva y beneficiosa para ambas partes. Los jóvenes aprendieron a relacionarse con personas mayores con problemas cognitivos, y las personas usuarias se mostraron motivadas y orgullosas por ser escuchadas por otra generación.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer la colaboración incansable de Eugenia como propulsora de la iniciativa y proyecto “Teño un amigo en AFAGA”, sin ella no sería posible. También agradecer a todas las profesionales implicadas de AFAGA Alzheimer por su energía y buen hacer y sin duda a Cristina Esmerode, Terapeuta Ocupacional de la entidad, por la gestión, coordinación y aprecio con las personas usuarias y con el proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cátedra AFAGA-ATENDO (2022). Sobre Idadismo, Afaga- Alzheimer.

Centro internacional para el envejecimiento (CENIE, 2022) "Guia para la intergeneracionalidad" Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) https://cenie.eu/sites/default/files/Guia_para_la_intergeneracionalidad.pdf

Real Academia Galega (RAG, 2022). Idadismo. Diccionario de la RAG. <https://academia.gal/diccionario/-/termo/busca/idadismo>

Capítulo 20. Uso de contención mecánica en pacientes de edad avanzada con síndrome confusional agudo hospitalizados en el Hospital Ribera Povisa de Vigo.

Cristina Serra Martínez, Ane Amil Morla, Lorena Rodríguez Campos, M. Cruz Rodríguez Fernández, M. Josefa Soriano Ruiz, Sara Díaz Ferreiros, M^a Elena Mosquera Losada.

¹*Hospital Ribera Povisa, Vigo, España.*

²*Escuela Enfermería Povisa, Vigo, España.*

Palabras clave: Contención mecánica, enfermería, acompañamiento, envejecimiento, síndrome confusional agudo

RESUMEN

El síndrome confusional agudo es el trastorno del estado mental más frecuente en personas de edad avanzada ingresadas en el Hospital. Generalmente se trata de un cuadro reversible y de corta duración, se asocia una morbi mortalidad importante (10 – 26 %). Durante el manejo del SCA como último recurso se procede al uso de la contención mecánica, lo que supone la utilización de un dispositivo físico y/o mecánico para limitar la movilidad física. El objetivo principal del estudio es determinar el perfil de pacientes ≥ 65 años hospitalizados en nuestro centro con síndrome confusional agudo que precisaron uso de contención mecánica. Como objetivos secundarios se establece describir el tipo de contención empleada y el acompañamiento que presentaron.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el Hospital Ribera Povisa de Vigo durante el primer trimestre del 2023. La población de estudio fueron todos los pacientes de edad ≥ 65 años a los que se les diagnosticó SCA durante su ingreso. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. En cuanto a las contenciones estudiadas fueron el cinturón y muñequeras. Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel para posterior análisis de los datos.

Se obtuvo una muestra de 117 pacientes (54% hombres y 46% mujeres). La edad media fue 85,31 años. El 84%, estaban a cargo de medicina interna y el 9% a cargo de Traumatología. Las muñequeras fueron el tipo de contención más empleada (56,41%); al 26,5% se les colocó el cinturón. La duración media de colocación de la contención fue de 7,72 días. En cuanto al acompañamiento, el 25,6% de los pacientes permanecieron las 24 horas acompañados, el 54,7% sólo estuvieron acompañados durante las comidas principales y el 19,7% permanecieron solos durante su estancia hospitalaria. Aquellos que nunca estuvieron acompañados estuvieron un promedio de 10,58 días contenidos; los acompañados durante las comidas 7,52 días, y los que estuvieron siempre acompañados 6,45 días.

Este trabajo va a tener impacto en la práctica clínica, ya que se ha revisado el protocolo de contención mecánica vigente y se han introducido nuevas medidas para reducir la incidencia del delirium. Por otro lado, también destaca la inclusión de terapia ocupacional y la puesta en marcha de un programa de voluntariado “ningún paciente sólo” para proporcionar acompañamiento

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente el abordaje del envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida suponen un reto para la transformación del sistema sanitario y de todas las instituciones sanitarias que tienen que adaptarse a los nuevos requerimientos de la población. España y concretamente, Galicia, representan una de las regiones con mayores tasas de envejecimiento y de esperanza de vida de Europa. Según el INE, en el año 2022, en España el 20,08% de la población era mayor de 65 años; el 26,09% en Galicia. Las últimas previsiones del INE apuntan que en el año 2050 en España el 31,4% de la población será mayor de 65 años. En cuanto a la esperanza de vida, en España en el año 2021 la esperanza de vida de las mujeres era de 85,83 años y 80,27 de años en los hombres.

Se entiende por envejecimiento al conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que suponen una disminución de la capacidad de adaptación a nivel de cada uno de los órganos, aparatos y sistemas. Durante el envejecimiento se producen numerosos cambios fisiológicos que aumentan el riesgo de aparición de patología y la prevalencia de enfermedades crónicas. Todo ello implica que actualmente nos encontremos ante una situación en la que hay un aumento en la demanda de servicios sanitarios y de cuidados profesionales. Tanto es así que se estima que el 60% de los ingresos hospitalarios se corresponden con enfermos crónicos, que en la mayoría de los casos son pacientes longevos. Así mismo, las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad. Según el informe, envejecimiento en red, más de la mitad de todas las estancias en hospitales españoles en 2020 fueron de población envejecida (58,2%); porcentaje que sigue aumentando año tras año; además presentan estancias más largas que el resto de la población. Las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria de personas mayores son las enfermedades circulatorias (19,2%), respiratorias (16%), digestivas (11,3%) y neoplasias (11%). Le siguen las enfermedades genitourinarias y las infecciosas y parasitarias.

A todo lo anteriormente expuesto, se añade otra realidad del siglo en el que vivimos y es la soledad del anciano que se ha vuelto uno de los grandes enemigos de la sociedad actual. La soledad se define como “la carencia de compañía”. Las personas mayores son el colectivo que experimenta mayor soledad. Se estima que en España en 22% de las personas mayores de 65 años viven solas. Esta situación puede provocar consecuencias negativas sobre la salud física y mental de la persona, como debilitar el sistema inmunológico, aumentar el uso de medicación y de asistencia sanitaria. Actualmente en los hospitales nos encontramos con personas mayores que permanecen sin acompañamiento familiar la mayor parte del ingreso hospitalario o que sólo permanecen acompañados parte del día.

La soledad, el aislamiento y la propia hospitalización en sí, son unos de los factores de riesgo más importantes en la aparición de un cuadro denominado síndrome confusional agudo o delirium en pacientes geriátricos. El síndrome confusional agudo se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia y trastornos cognitivos que se instauran en un periodo breve y que tienden a fluctuar a lo largo del día. Es un síndrome de etiología multifactorial y que incide muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Se estima que entre un

10-40% de los pacientes ancianos hospitalizados sufrirán de síndrome confusional agudo. El delirium está claramente asociado a un mal pronóstico al alta, con un aumento de la mortalidad y morbilidad, prolongación de la hospitalización, deterioro funcional y déficit cognitivo. Son factores precipitantes del síndrome confusional agudo el accidente vascular cerebral, enfermedad neurodegenerativa, anemia, hipoxia, insuficiencia cardíaca, infección respiratoria, fiebre, infección del tracto urinario, neoplasias, postoperatorios, etc. .

El tratamiento del síndrome confusional agudo debe instaurarse tan pronto como se diagnostique, aunque la prevención juega un papel fundamental en todo esto, por lo que es muy importante garantizar el acompañamiento de familiares.

El tratamiento farmacológico incluye principalmente neurolépticos típicos y atípicos; el tratamiento no farmacológico incluye medidas ambientales (buena iluminación, acompañamiento, proporcionarle información, etc.). Cuando todo lo anteriormente expuesto no es suficiente, se aplican medidas como la contención mecánica.

La contención, dentro del ámbito sanitario, es la utilización de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o de su totalidad para prevenir situaciones que pongan en riesgo de lesión al propio paciente, acompañantes o incluso personal sanitario. La contención mecánica es el último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica. Por tanto, en nuestro centro, la aplicación de contención mecánica se realiza siempre tras el fracaso de las tres medidas anteriores y siempre bajo prescripción médica, pudiéndose realizar la prescripción después de haber contenido al paciente en situaciones de urgencia que así lo requieran. El Hospital Ribera Poviya cuenta con tres tipos de contenciones mecánicas:

- Sujeción para miembros superiores (muñequeras)
- Cinturón abdominal con sistema magnético
- Sujeción para miembros inferiores

Solamente se emplean equipos homologados, correctamente almohadillados y sistemas magnéticos en fecha correcta; para garantizar que los dispositivos estén en perfectas condiciones, nuestro centro cuenta con una comisión de cuidados formada por un equipo multidisciplinar que verifica periódicamente el correcto funcionamiento del material para lo cual se dispone de registros internos.

Los dispositivos se sujetan siempre al bastidor de la cama y los profesionales comprueban periódicamente que el paciente no se lesiona con estructuras adyacentes (baldera de la cama, etc.), utilizando si es necesario material de almohadillado.

Previa a la implantación de cualquier dispositivo de contención mecánica, se informa y se educa al cuidador principal sobre la necesidad de aplicar esta medida (siendo siempre una alternativa de última elección), sobre sus cuidados y riesgos adyacentes al uso de la misma. Además de la información verbal, se entrega información por escrito y se registra en la Historia Clínica. La enfermera responsable del paciente verifica en cada turno la necesidad de mantener la contención, teniendo en cuenta que la cronicidad de estas medidas incrementa

la aparición de determinados riesgos, tales como la isquemia de estructuras por compresión, hematomas, contusiones, aumento de riesgo de úlceras por presión, empeoramiento cognitivo, malnutrición etc.

El objetivo principal de este estudio es determinar el perfil de los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) hospitalizados en nuestro centro sanitario con síndrome confusional agudo que precisaron uso de contención mecánica, teniendo en cuenta su edad, sexo y su diagnóstico clínico al alta.

Como objetivos secundarios se establecen los siguientes, describir el tipo de contención mecánica empleada en este tipo de pacientes durante su estancia y la permanencia de la misma y determinar el acompañamiento que presentaron estos pacientes durante su ingreso y analizar si aquellos pacientes que estuvieron acompañados, permanecieron más días contenidos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el Hospital Ribera Povisa de Vigo durante el primer trimestre del 2023.

2.1. PARTICIPANTES

La población de estudio fueron todos los pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) a los que se les diagnosticó síndrome confusional agudo durante su ingreso en unidades de hospitalización en el Hospital Ribera Povisa durante los meses de enero, febrero y marzo de 2023 a los que se les colocó cualquier tipo de contención mecánica durante al menos 24 horas.

Se excluyeron aquellos pacientes con datos incompletos en el registro de la historia clínica, aquellos a los que se les colocó la contención con una duración inferior a 24 horas y aquellos contenidos por un motivo distinto al síndrome confusional agudo.

2.2. PROCEDIMIENTO

Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes contenidos durante las fechas indicadas anteriormente y se diseñó una base de datos en Microsoft Excel.

Las variables del estudio fueron:

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico al alta según la Clasificación básica al alta: Enfermedad infecciosa o parasitaria, tumores, enfermedad cardiovascular, malformación congénita, accidentes y envenenamientos y otros
- Servicio a cargo en el momento del alta
- Tipo de contención mecánica colocada: Sujeción para miembros superiores, cinturón abdominal con sistema magnético, sujeción para miembros inferiores
- Número de días de colocación de la contención, teniendo en cuenta la fecha en que se pauta y se suspende
- Motivo de retirada: Alta hospitalaria, exitus, mejoría clínica, deterioro clínico
- Acompañamiento del paciente: Acompañado durante las 24 horas, acompañado en las comidas principales, nunca acompañado.

2.3. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó con Microsoft Excel. Para la descripción de los datos cualitativos se usa la frecuencia absoluta y la relativa y para los adtos cuantitativos se emplea la media, moda y mediana.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvo una población de 117 pacientes. Del total de la población n=63 pacientes (54%), fueron hombres y n=54, mujeres (46%). La edad media fue 85,31 (66,101) años; la moda 75 años, la mediana 85 años.

La mayor parte de los pacientes, el 84% (n=98) estaban al momento del alta a cargo del servicio de medicina interna y el 9% (n=11) a cargo de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En cuanto al diagnóstico al alta, el 38% de los pacientes (n=44), fue por enfermedad infecciosa o parasitaria; el 17% (n=20) por enfermedad cardiovascular, el 2% (n=2) por accidente o envenenamiento y el 43% restante (n=50) por otras causas. En un estudio realizado en Hospital Virgen de la Concha (Zamora) publicado en abril de 2023, se estimó la incidencia del uso de contenciones en pacientes hospitalizados en unidad COVID y en unidades convencionales (no COVID) durante la pandemia para compararla con una unidad de hospitalización convencional prepandemia. Concluyeron que durante la pandemia se emplearon más contenciones (se triplicó su uso) y no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes ingresados por COVID o por otras causas.

Las muñequeras han sido el tipo de contención mecánica más empleada, ya que se le aplicó a 66 pacientes (56,41%); a 31 pacientes (26,5%) se les colocó el cinturón magnético. A ningún paciente se le contuvo durante este periodo de tiempo de miembros inferiores exclusivamente. A 18 pacientes se les colocó cinturón magnético y muñequeras (15,38%) y a 2 pacientes (1,71%) se les colocaron muñequeras y contención de miembros inferiores. La duración media (en días) de colocación de la contención mecánica fue de 7,72 días.

En relación al nivel de acompañamiento, el 25,6% (n=30) de los pacientes permanecieron las 24 horas acompañados, el 54,7% (n=64) sólo permanecieron acompañados durante las comidas principales y el 19,7% de los pacientes (n=23) permanecieron solos durante su estancia hospitalaria. Los pacientes que nunca estuvieron acompañados estuvieron un promedio de 10,58 días contenidos; los acompañados durante las comidas principales 7,52 días, y los que estuvieron siempre acompañados 6,45 días.

Entre aquellos pacientes contenidos, los que no se encontraban siempre acompañados permanecieron contenidos un 42% de sus estancias en el hospital, frente al 11,2% en los pacientes que sí están acompañados durante las 24 horas.

En nuestro estudio llama especialmente la atención que el 74,4% de los pacientes no tuviesen acompañamiento continuo, por lo que queda en evidencia que hay que implementar algún tipo de medida para acompañar a estos pacientes y prevenir la aparición de síndrome confusional agudo entre otras complicaciones. Por ello, en los próximos meses se incluirá la terapia ocupacional y se pilotará en nuestro centro un programa de voluntariado. Se trata de proporcionarles acompañamiento a aquellos pacientes más vulnerables, que en la mayoría de los casos son ancianos, y que permanecen solos durante su estancia en nuestro centro y así prevenir la aparición de determinadas complicaciones.

4. CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de pacientes mayores que ingresan en nuestro hospital presentan un episodio de síndrome confusional agudo que requiere empleo de contención mecánica. El tipo de CMEC más empleada en nuestro centro han sido las muñequeras. La duración media (en días) de colocación de la contención mecánica fue de 7,72 días.

Además, algunos de los pacientes carecen de acompañamiento durante su estancia hospitalaria; por lo anteriormente descrito se revisa el protocolo vigente y se introducen nuevas medidas para reducir la incidencia del delirium, destacando entre ellas la inclusión de terapia ocupacional para mejorar la autonomía, el estado funcional y cognitivo del paciente, así como la puesta en marcha de un programa de voluntariado “ningún paciente sólo” para proporcionar acompañamiento a aquellos pacientes más vulnerables que se implantará durante el 2023.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23(4), 151-155. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>
- Amigo, Carolina, López, Maynés, Ormaechea, Gabriela, & Tamosiunas, Gustavo. (2016). Eficacia y seguridad de antipsicóticos en el síndrome confusional. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3), 34-43. Recuperado en 31 de octubre de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239367972016000300004&lng=es&tlng=es.
- Barrueco Fernández, A., Moralejo Gutiérrez, A.M., García Burgo, L., López Nieto, R., & Martín Gómez, C. (2023). Pandemia COVID-19 y uso de la contención mecánica. Estudio observacional. *Nure Investigación*, 20(123), 1-7. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2368/1051>
- Diéguez Poncela, M.P., Gualdrón Romero, M.A., & Gándara Diego, M. (2017). La contención mecánica en el ingreso hospitalario agudo. *Nuberos Científica*, 3(20), 43-47. <http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/2043.pdf>
- Font, R., Quintana, S., & Monistrol, O. (2021). Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(5), 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.04.005>
- Formiga, F., Marcos, E., Sole, A., Valencia, E., Lora-Tamayo, J., & Pujol, R. (2005). Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Revista Clínica Española*, 205(10), 484-488. <https://doi.org/10.1157/13079762>
- Hernández Falcón, N., Pierrez Martínez, M., Martínez González, B. M., Morejón Milera, A., Arencibia Márquez, F., & Álvarez Escobar, M.C. (2020). Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátrica. Hospital "Comandante Faustino Pérez". *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1781-1791. Epub 30 de junio de 2020. Recuperado en 23 de abril de 2023. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301781&lng=es&tlng=es.
- INE. Instituto Nacional de Estadística (2022). *Indicadores de Estructura de la Población. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Palomar Calvo, L., Palomar Rodríguez, S., Muñoz Alonso, J., Torres Ramos, V., Madrid Romero, C., Tuñón de Almeida, M., Mateos, A., & M. Chimeno Viñas M. Estudio descriptivo de los pacientes con sujeción mecánica en Medicina Interna en el Hospital Virgen de la Concha de Zamora. (2018) *Revista Clínica Española*, 218 Especial XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). <https://www.revclinesp.es/es-congresos-xxxix-congreso-nacional-sociedad-espanola-78-sesion-paciente-pluripatologico-edad-avanzada-4915-estudio-descriptivo-de-los-pacientes-57184-pdf>
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Diaz, C., Bueno López C., Ruiz- Santacruz, J.S., Fernández Morales, I., Castillo Belmonte A.B., de las Obras-Loscertales Samperiz, J., Villuendas Hija, J.

B. (2022). Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. (*Informes Envejecimiento en red*, nº 29). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>

Capítulo 21. Perfil de usuario de nuevo ingreso en residencia de mayores.

M.^a Cristina Losada Sánchez¹, Yolanda Rodríguez Castro¹, María Lameiras Fernández¹.

*¹Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Envejecimiento.
Universidade de Vigo.*

Palabras clave: Envejecimiento, atención residencial, perfil, usuario, ingreso

RESUMEN

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de dependencia que imposibilita el autocuidado, convierten a las residencias sociosanitarias en la primera opción para el mantenimiento del bienestar y calidad de vida de aquellas personas que necesitan atención continuada. A pesar de que la mayor parte de residentes se corresponde con el perfil más común ofrecido por la literatura revisada, se observa que, frecuentemente, ingresan personas menores de 65 años, con características sociosanitarias diferenciadas y cuya historia y experiencia vital no coincide con la del grupo de población envejecida.

Los objetivos de este estudio se centran en definir el perfil de las personas ingresadas en residencias de mayores y mostrar la tendencia actual del envejecimiento.

Para ello se ha realizado, en una residencia de 198 plazas, con un 30% de plazas concertadas, situada en la provincia de Ourense y perteneciente a una fundación benéfico asistencial, un estudio de carácter descriptivo que establecerá los diferentes perfiles de la población de nuevo ingreso en una residencia para adultos mayores. A partir de la comparación de las variables estudiadas en función de la edad, a través de la revisión de registros de los ingresos realizados entre el 01/06/2018 y el 30/06/2019 se obtienen los siguientes resultados: En cuanto al total de ingresos, el perfil sociodemográfico se corresponde con un 53.4% hombres, el 80% de la población supera los 65 años de edad, su estado Civil se corresponde con los siguientes porcentajes: Casada/o: 25.%, Viudo/a: 37.5%, Soltero/a 29.5%, Divorciada/o: 8.0%. Nivel de estudios: 37.5% no supera el nivel de estudios primarios. y la procedencia inmediata antes del ingreso es la siguiente: Hombres: 40% alta hospitalaria. Mujeres: 23% domicilio. Un 15% provienen de otras residencias. En cuanto al grupo de menores de 65 años, que supone el 20% de los ingresos totales, se obtienen los siguientes resultados: Estado Civil: Soltero/a: 63.3%, Divorciado/a: 27.3%. Sexo: 86.4% Hombres, 13.6% Mujeres. Estudios: Leer y escribir: 40.9%, estudios primarios: 45.5%. Procedencia inmediata antes del ingreso: Alta hospitalaria: 68.2%. Hábitos tóxicos: 60%. Enfermedades psiquiátricas: 59.1%. Tipo de plaza al ingreso: 87.5%, plaza pública. Incapacidad legal: 50%. Ingreso no voluntario: 58.34%. Conclusiones: El aumento de la esperanza de vida se refleja en el sobrevejecimiento de los mayores, y las necesidades de cuidados asistenciales; existe además un colectivo de población, menor de 65 años, que precisa de atención socio-sanitaria continuada, cuya tendencia va en aumento.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la sociedad mundial se enfrenta al reto del envejecimiento de la población, nuestro país es uno de los mayores ejemplos de este fenómeno, ya que la edad promedio de la pirámide de población española continúa aumentando su edad promedio, tal como afirman Pérez Díaz, J. et al. (2022), los datos recogidos por el (INE) (2023) confirman esta tendencia, que en la actualidad un 20.8% de la población es mayor de 65 años. Asimismo, se las proyecciones de población para el año 2.050 en nuestro país vaticinan que el número de personas que necesitarán asistencia continuada y de larga duración, se multiplicará por cuatro.

Con respecto a las necesidades de cuidados y atención a personas dependientes, la ONU (2002) afirma que el proceso de envejecimiento es un fenómeno secuencial de carácter irreversible a partir del cual el organismo sufre un deterioro continuo y acumulativo que finalizará con la imposibilidad de afrontar determinadas situaciones de manera autónoma. Este deterioro comenzaría a partir de los 60 años, edad a partir de la cual, se empezarían a incrementar el número de enfermedades crónicas y degenerativas.

Es en este momento cuando los cuidados asistenciales se hacen imprescindibles, bien a nivel domiciliario o a través de la asistencia proporcionada en centros como las residencias para personas mayores.

No obstante, existen diferentes tipos de perfiles de usuarios y usuarias que residen en estos centros, ya que, cada vez más habitualmente, ingresan personas menores de 65 años con patologías y condiciones sociodemográficas, económicas y sanitarias bien diferenciadas del perfil clásico de población mayor institucionalizada.

Es evidente el cambio social al que nos enfrentamos, generándose en la actualidad, la necesidad de adecuación de los centros destinados a los cuidados de una sociedad cada vez más envejecida y dependiente, en centros que puedan asumir el ingreso de población con características heterogéneas, ya que, es a partir de este momento, cuando empieza a materializarse la necesidad de cuidados y atención de los nuevos dependientes, personas, que a pesar de no haber alcanzado la edad de 65 años, sufren cierto tipo de patologías, o consecuencias derivadas de éstas, que hacen imprescindible su atención en centros residenciales.

Para este estudio, se han tenido en cuenta las variables obtenidas del total de los ingresos de una residencia perteneciente a una fundación sin ánimo de lucro con un número significativo de plazas públicas, a partir de los cuales se ha elaborado el perfil actual de la población de nuevo ingreso en el centro, analizando, en este caso, las características diferenciadoras del grupo de personas menores de 65 años, en el momento del ingreso.

Perfil más común de las personas que ingresan en residencias:

A partir de los diversos estudios consultados, se observa, que, según los datos recogidos en la actualidad, la mayoría de personas ingresadas en centros residenciales se corresponden con pacientes con varias patologías y polimedicación.

Según lo publicado por Abellán García, et al. (2020). Se considera probado que la población institucionalizada está sobre envejecida, ya que los autores refieren que hasta el 79% del total de residentes en este tipo de centros superan los 80 años.

A pesar de que hasta el momento, este sea el perfil más habitual de personas ingresadas en residencias, hay que observar un nuevo tipo de población que atiende a cuestiones de índole social, y para ello, se atenderá a

la definición de Arricivita Amo, (2018), de emergencia social, que definida como aquella situación de carácter imprevisto que compromete la autonomía de las personas afectadas, desborda su capacidad de respuesta y genera situaciones de vulnerabilidad a la vez que cambia su situación social. Esta situación, requiere, por tanto, de la intervención de los Servicios Sociales, que, en numerosos casos, optarán por proveer a las personas afectadas de una plaza de carácter público en un centro o institución donde puedan garantizarse sus derechos fundamentales. En este momento es en el que las residencias para personas mayores se posicionan como una de las opciones para dar acogida a personas que por los diversos motivos mencionados requieren de vivienda, cuidados o atenciones sociosanitarias.

CONTEXTO ACTUAL:

La residencia objeto de estudio se sitúa en la provincia de Ourense, dispone actualmente de 198 plazas para personas válidas y asistidas, con patologías que afectan al sistema cognitivo y merma de capacidades como demencia senil o Alzheimer; su sistema de gestión se certifica al amparo de la norma de calidad ISO 9001. Sus instalaciones están destinadas a cubrir las necesidades sociosanitarias de sus residentes de manera integral. Actualmente las edades de las/los usuarias/os, comprenden desde los 48 a los 103 años. Existe un predominio de mujeres.

La mayoría de residentes son personas asistidas, dependientes para las ABVD, al completo o en algunos de los aspectos y residentes que presentan deterioro cognitivo en todos sus grados. El tercer tipo predominante de residentes aquellos que necesitan supervisión de tercera persona.

A pesar de que pueda hablarse de "mayoría de usuarios", ha de tenerse en consideración, un nuevo grupo de residentes, personas menores de 65 años, con enfermedades psiquiátricas en algún caso, que presentan antecedentes de algún tipo de adicción, y en muchos casos, enfermedades derivadas de las mencionadas adicciones.

OBJETIVOS:

A partir del análisis de la población de nuevo ingreso, podrán definirse y describir los perfiles de usuarios y usuarias, para poder mostrar así una realidad social ajustada a la realidad actual. En este sentido, y para tratar de hacer una proyección que se ajuste a la realidad actual, se ha procedido a analizar los datos de los ingresos llevados a cabo en una residencia situada en la provincia de Ourense durante un período de doce meses, comprendidos entre 01/06/2018 y 30/06/2019.

- Obtener datos específicos sobre las variables que definen las características de las personas ingresadas en la residencia objeto de estudio de este artículo.
- Definir la tendencia en el perfil de las personas usuarias de centros residenciales
- Establecer los diferentes tipos de envejecimiento y niveles de dependencia actuales

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio será de carácter descriptivo, en el que se establecerán las diferentes características, y perfiles de personas, grupos y comunidades, atendiendo a la definición aportada por Hernández et al. (2007). En este

caso, la población estudiada será aquella institucionalizada en un centro de atención residencial para personas mayores.

La recopilación se llevará a cabo a través de la recogida de datos de diferentes bases de datos, por lo que el carácter de la investigación permitirá que éste pueda ser replicado para confirmar o refutar la tendencia obtenida. (Unrau, Grinnell y Williams, 2005).

Para la elaboración del proyecto de investigación, del que forma parte esta primera aproximación, se llevará a cabo un estudio longitudinal retrospectivo, abarcando el período comprendido entre los años 2.017 – 2.023.

2.1. PARTICIPANTES

La muestra considerada para este estudio constará finalmente de un número representativo del total de población institucionalizada en un centro de estas características, cuyo único criterio de inclusión será el ingreso entre las fechas (2017/2023). Este artículo recoge los datos relativos al período 2018/2019 en una de las residencias en la que se desarrollará el proyecto. Tanto para el análisis de esta primera aproximación, como para la elaboración del estudio final, se tendrán en cuenta las variables obtenidas del total de ingresos, a partir del cual se elaborará el perfil actual de la población de nuevo ingreso y, por consiguiente, la tendencia de éste; se recogerán y analizarán, además, de manera diferenciada ciertas variables relativas a las personas menores de 65 años que ingresen durante el período mencionado anteriormente.

2.2. INSTRUMENTOS

La técnica empleada en este caso es la revisión de registros. A partir del acceso a las bases informáticas donde se registran las variables de las personas que ingresan en cada centro se elabora una recopilación sistemática de los datos relativos a las variables seleccionadas en este estudio para su posterior análisis.

2.3. PROCEDIMIENTO

Tanto para el análisis de esta primera aproximación, como para la elaboración del estudio final, se tendrán en cuenta las variables obtenidas del total de ingresos, a partir del cual se elaborará el perfil actual de la población de nuevo ingreso y, por consiguiente, la tendencia de éste; se recogerán y analizarán, además, de manera diferenciada ciertas variables relativas a las personas menores de 65 años que ingresen durante el período mencionado anteriormente, entre las que se incluyen las siguientes:

- Variables socio demográficas.
- Variables de salud.
- Variables relativas al ingreso.

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recogidos, se realiza el análisis de los datos obtenidos con la herramienta de análisis estadístico SPSS, se comprueban y comparan los porcentajes entre sexos y por grupos de edad, teniendo en cuenta porcentajes totales, medias y porcentajes por grupos; a partir de estos datos se establecen las principales características que definen el perfil de la población residente actual y de los nuevos ingresos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos estadísticos se han obtenido a partir de la consulta de los datos recogidos en el programa informático del centro, mediante el cual se gestionan los expedientes y planes de cuidados de usuarios.

RESULTADOS DEL TOTAL DE INGRESOS:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: Un 53.4% de los ingresos son de sexo masculino, por lo que han de tenerse en cuenta el resto de variables analizadas para explicar por qué se rompe, en este caso, la tendencia a la feminización de la vejez. En el caso del presente estudio, y teniendo en cuenta las tendencias actuales de reducción en la diferencia de la esperanza de vida entre hombres y mujeres, esta similitud de porcentajes se establece teniendo en cuenta el número de hombres perteneciente al grupo de edad de menores de 65 años ingresados en el centro.
2. Edad: Se evidencian dos grupos diferenciados, por una parte, se observa que el 80% de la población supera los 65 años de edad, y, por otra parte, observamos cómo el grupo de menores de 65 años, asciende al 20% de los ingresos totales; estableciéndose una correlación a su vez entre edad y feminización, resultando una mayor presencia de mujeres cuanto mayor es la edad observada.
3. Estado Civil: Casada/o: 25.%, Viudo/a: 37.5%, Soltero/a 29.5%, Divorciada/o: 8.0%. .
4. Nivel de estudios: En este caso, se observa que el nivel de estudios alcanzado por la mayoría de los ingresos recientes (37.5%), no supera el nivel de estudios primarios, siendo residual en mujeres los estudios superiores (0,8%) e inexistentes los estudios medios. Dada posibilidad de consultar con las usuarias los datos obtenidos, se concluye que este dato corresponde a que las mujeres que cursaron estudios, lo hicieron en su amplia mayoría en la carrera de magisterio, por lo que aquellas que no cursaron la mencionada carrera, abandonaron los estudios en la enseñanza primaria.

VARIABLES RELATIVAS A ASPECTOS NORMATIVOS DEL INGRESO

Los resultados mostrados a continuación, aportan información sobre el tipo de ingreso de los usuarios, así como de su procedencia inmediata antes del mismo y el tipo de plaza a la que acceden. Se evidencia, el 24% de los hombres, provienen de un alta hospitalaria, mientras que el 23% de las mujeres, proceden de su domicilio.

Los residentes procedentes de hospitales se deben, en su mayoría a accidentes propios de este grupo de edad, que merman sus capacidades físicas y de independencia para poder continuar haciendo vida normal en sus domicilios. Por otra parte, los residentes menores de 65 años que provienen de una estancia hospitalaria presentan otro tipo de enfermedades y sus consecuencias en el deterioro de su capacidad funcional que no estaría vinculada con características de edad, sino de estilos de vida poco saludables o hábitos adquiridos con anterioridad.

Nos encontramos también un porcentaje de personas que provienen de otras residencias (15% del total de ingresos).

RESULTADOS DEL GRUPO DE MENORES DE 65 AÑOS

1. Estado Civil: El perfil observado en este grupo de edad cambia, pasando a ser, el mayoritario, el estado civil de soltero/a (63,6%), aumentando hasta un 27,3% la condición de divorciada/o y desapareciendo la

variable de la viudedad

2. Sexo: El colectivo de hombres supone el 86.4%, siendo el grupo de las mujeres tan sólo el 13,6% de la población. Por tanto, y teniendo en cuenta el resultado del análisis de esta variable, afirmaremos que la necesidad de cuidados, tutela y asistencia viene establecida, en este centro, por una mayoría de hombres.
3. Profesión: Con respecto a esta variable, y a pesar de la heterogeneidad en las respuestas, se concluye que casi la mitad de la muestra no ha tenido una estabilidad laboral a lo largo de su vida obteniendo un 22.7% la respuesta de “no conocida” y un 18.2% “varios”; este dato, puede indicar el tipo de carencias de formación, grado de responsabilidad y manejo y gestión de actividades que los residentes llevaban en su vida habitual hasta el ingreso en el centro. Es en esta variable en la que el apoyo para completar el proyecto vital de cada individuo se hace más necesario, ya que, el continuo cambio de trabajo, la falta del mismo, y las consecuencias derivadas de ello, han conformado, en la mayoría de los casos, y tras entrevistas informales con los usuarios, un estilo de vida desordenado, carente de metas a largo plazo y muy poco saludable en la mayor parte de los casos.
4. Estudios: Leer y escribir 40.9%; Estudios Primarios 45.5% Medios 4.5%; no coincidiendo con el nivel de estudios del grueso de la población en su misma franja de edad (49 – 65).
5. Procedencia inmediata antes del ingreso: Gran parte de la muestra procede de una alta hospitalaria (68.2%), dato que no se corresponde con las patologías propias de su edad, por lo que ha de suponerse que los ingresos hospitalarios tienen lugar por otras razones, después de la observación de los datos en el programa residencias y las conversaciones mantenidas con los usuarios, se concluye que los ingresos hospitalarios se deben a las condiciones de salubridad en las que vivían con anterioridad, así como consecuencias patológicas de estilos de vida poco saludables. Por este motivo se analizan las variables mostradas a continuación.
6. Hábitos tóxicos: El 60% de los menores de 65 años que ingresaron en la residencia durante la franja temporal definida, tienen algún tipo de antecedente de hábitos tóxicos, referidos éstos al consumo frecuente de algún tipo de sustancia. Casi la totalidad de residentes que muestran algún tipo de antecedentes de adicción a sustancias, se refiere al alcohol, ya que de 13 consumidores (60%) del total, 12 de ellos admiten el consumo frecuente de alcohol, y en las ocasiones restantes, se asocian esas adicciones con drogas como la cocaína y la heroína. A pesar de que no se haya incluido el hábito tabáquico dentro de este estudio, podemos afirmar que este tipo de consumo supera también el 60%.
7. Enfermedades psiquiátricas: En muchos casos, las enfermedades psiquiátricas se asocian con el consumo de sustancias. El porcentaje de personas afectadas por enfermedades de este tipo es de un 59.1%, siendo mayor la prevalencia de demencias provocadas mayoritariamente por el consumo de alcohol, esquizofrenias, desórdenes de la personalidad como trastorno disocial o trastorno esquizoafectivo.
8. Tipo de plaza al ingreso: El grupo de ingresos menores de 65 años, lo hacen, en este centro, con plaza concertada de la Xunta (87.5%), de donde se concluye que el grado de dependencia que sufre este tipo de colectivo, puede equipararse al de personas mayores, que, por su edad, deterioro físico y/o cognitivo, no mantienen capacidades funcionales suficientes como para llevar una vida autónoma en su domicilio.
9. Incapacidad legal: El 50% de las personas de este colectivo, han sido incapacitadas legalmente antes del ingreso en el centro, ya sea por solicitud familiar, emergencia social o vía judicial. Considerando que el total de estas personas se encuentra en edad de pertenecer al mundo laboral, y muchas de ellas no sufren ningún tipo de discapacidad invalidante para acceder al mercado de trabajo, puede extraerse la conclusión de que la incapacidad viene dada por motivos de índole social, o bien, por consecuencias de

enfermedades físicas y/o mentales sufridas sin estar asociadas al envejecimiento.

10. Tipo de ingreso: La última variable analizada en este estudio hace referencia a la voluntariedad de los usuarios al ingreso en un centro de atención residencial, resultando que el 58,34% lo hace de manera no voluntaria. Estos ingresos se llevan a cabo principalmente, a través de trabajadores sociales, debido a emergencias sociales sobrevenidas por las condiciones de vida insalubres, condiciones de inhabilitación de la vivienda o grado de negligencia en el autocuidado; u obedeciendo a una orden judicial, dictada en base a las diferentes situaciones sociales y personales de cada usuario.

4. CONCLUSIONES

Respecto al total de ingresos:

En relación con los nuevos ingresos del centro, y teniendo en cuenta los resultados, se concluye que las principales características que definen el perfil de usuario de nuevo ingreso se resumen en las siguientes:

El aumento de la esperanza de vida en la actualidad se refleja en el sobreenvhecimento de los mayores, y también en este caso se aprecia una considerable franja de población que supera los 80 años de edad. Existe, además, un incremento en los ingresos de menores de 65 años, conformando este grupo el 20% de los ingresos totales.

El estado civil de los residentes de este centro se caracteriza por ser mayoría de personas viudas. En cuanto al nivel de estudios se concluye que la mayor parte de los usuarios tienen estudios inferiores a primaria. Este dato ha de valorarse teniendo en cuenta los procesos históricos en los que la mayoría de población estudiada ha pasado su edad escolar, así como la diferenciación de sexos para el acceso a la escuela.

Debido a los resultados, se procede a analizar las diferentes variables estudiadas en el grupo de menores de 65 años, cuyo perfil se corresponde con los nuevos usuarios que formarán parte de los residentes de este centro en un futuro próximo, considerando, a partir de los datos de los que disponemos que este grupo irá en aumento a partir de los próximos años.

Respecto al grupo de ingresos menores de 65 años:

El perfil tipo, resultante del análisis de las variables propuestas para este grupo de ingresos se resumiría en las siguientes características: Varón, soltero, menor de 65 años, con escaso o nulo apoyo familiar y carencia de redes de apoyo, con escasa formación académica y laboral, y cuyo estilo de vida, adolece de planificación a largo plazo.

Por otra parte, se trata de población que proviene de ingresos hospitalarios, con patologías psiquiátricas y alteraciones de conducta, que limitan las capacidades funcionales de los residentes y hacen necesario el ingreso de los mismos en centros residenciales donde pueda llevarse a cabo un adecuado estilo de vida saludable, así como de control y tratamiento de las enfermedades contraídas.

Como principal característica diferenciadora de este grupo de población de nuevo ingreso, deberá observarse el grado de urgencia y/o premura con el que ingresan en el centro, ya que, en su mayoría lo hacen como emergencia social o a través de orden judicial.

Es también significativo el número de incapacidades legales de los nuevos usuarios dada su edad y capacidades cognitivas, ya que, en muchos casos, no están alteradas, sino que la continuidad en su vida se hace imposible debido a su falta de responsabilidad en su propio autocuidado y gestión eficiente de sus recursos.

Existe una clara diferencia en cuanto al tipo de patologías y sus consecuencias, así como la creciente demanda de este tipo de colectivo de un centro adecuado a sus necesidades y adaptado a su franja de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán García, A., Aceituno Nieto, p., Fernández Morales, I., & Ramiro Fariñas, D (2020). Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. <http://hdl.handle.net/10261/240875>

Hernández, R. F. (2007). Fundamentos de metodología de la investigación. Madrid: McGRAWHILL/INTERAMERICANA, S.A.U.

INE (2022). <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>

ONU (2003). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Bueno López, C., Ruiz Santacruz, J., Fernández Morales, I., & Castillo Belmonte, A. (2022). "Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 29, 40p. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>

Unrau (Eds.), Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches (7a Ed.) (pp. 61-73). New York, NY, EE. UU.: Oxford University Press.

Capítulo 22. Deterioro cognitivo en ancianos de nuevo ingreso. Centro residencial sociosanitario CRAP 1 (2019-2022).

Paula María Gómez Arias¹, Javier Perez Martín^{2,3}, M^a Elena Mosquera Losada³.

¹*Residencia DomusVi Larouco, Ourense, España.*

²*Centro residencial de atención a personas dependientes Vigo, España.*

³*Escuela universitaria de Enfermería Povisa, Universidad de Vigo, España.*

Palabras clave: Anciano, Deterioro cognitivo, Centro residencial sociosanitario, COVID-19

RESUMEN

El deterioro cognitivo es uno de los grandes síndromes geriátricos, que presenta una alta prevalencia entre los ancianos, aunque esta difiere según en contexto en el que residan. Su tasa es de 15% entre los ancianos que viven en la comunidad, del 25-30% de los que están en hospitales y asciende hasta el 50-65% entre los ancianos que viven en centros residenciales (Mosquera et al,2023a). Por otro lado, la reciente pandemia a tenido un efecto muy negativo en los ancianos, de hecho, el 40% de todos los fallecimientos relacionados con el COVID 19 tenían que ver con este grupo poblacional (Statista,2023). Por todo lo expuesto se considera pertinente conocer si ha cambiado el perfil del anciano con deterioro cognitivo que ingresa en residencias, comparando el año previo a la misma con el posterior.

Los objetivos principales son conocer la prevalencia del DC en usuarios de nuevo ingreso antes y después de la pandemia y definir los perfiles del anciano con DC antes y después de la pandemia e identificar sus diferencias.

Este estudio es de naturaleza cuantitativa, corte transversal, de tipo observacional, descriptivo y correlacional. Población de estudio ancianos (>60 años) de nuevo ingreso en los años 2019 y 2022 en el centro residencial CRAPD-1, con DC (puntuación en el MEC <27 puntos). N=123. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. En cuanto a los resultados, en el año 2019 ingresaron con DC 57 personas suponiendo el 70,3% de la población de nuevo ingreso, en el año 2022 ingresaron 66 personas con DC lo que supuso el 74,1% de los nuevos ingresados.

En relación a las conclusiones, el perfil de los usuarios con DC que ingresaron en 2019 fue: mujer de 86 años, cuyo estado civil era viuda, procedía de otras residencias. Con un MEC de 14 puntos, incontinencia mixta, deambulante y con Barthel de 31 puntos con 10 diagnósticos. El perfil del usuario que ingresa en 2022 difiere en que es más joven (82 años), estaba casada, provenía del domicilio y tenía peor valoración MEC (12 puntos)

1. INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo en mayores se podría definir como una pérdida o reducción de las funciones cognitivas en personas que la conservaban intacta con anterioridad, depende no solo de factores fisiológicos sino también de factores ambientales y la variabilidad interindividual de cada persona, ligado así a patologías del paciente, soporte social, estado anímico y la presencia simultáneamente de síndromes geriátricos (Medina et al., 2023).

Este trabajo surge al observar el impacto de la pandemia en personas mayores, sobre todo en aquellos que padecían deterioro cognitivo y estaban ingresados en centros residenciales. Tenemos que recordar que en este entorno hay mucha casuística de DC. En este sentido Leiva-Saldaña et al (2014) observó que la prevalencia del DC en el caso de ancianos no institucionalizados era del 8% mientras que los que sí suponía un 47%. Por otro lado, también se observó que en dichos centros había un gran número de contagios por COVID 19. En un estudio realizado por Rodriguez et al en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada (2021) se observa que aproximadamente un 3% de los casos de COVID-19 pertenecen a residencias de ancianos, de los cuales, el 40% han fallecido por culpa de este virus.

Además, los estudios en este grupo poblacional (los ancianos), tienen mucho rendimiento ya que es una población grande y en aumento, sobre todo en el área de Galicia. Según los datos proporcionados por el INE en 2021 el índice de envejecido en Galicia supone un 207,3, mientras que en el resto de España las cifras se situaban en 129, El aumento de dicha población hace que aumenten el número de enfermedades relacionadas con la edad, y entre ellas la aparición de deterioro cognitivo. En un estudio realizado por Vega et al. en 2018 se observó que la prevalencia en España del DC es de un 18,5%. Esta enfermedad en concreto resalta sobre el resto ya que no solo afecta a nivel personal, sino que tiene un gran efecto social. Muchos de los cuidadores de personas con Alzheimer afirman sufrir un gran nivel de estrés debido a la dificultad de tratar con este tipo de enfermedad. Por tanto, hacer estudios como este es no solo necesario sino también importante.

Este trabajo de investigación se ha realizado para estudiar los cambios presentados en el perfil del residente con deterioro cognitivo que ingresa en un centro sociosanitario, concretamente el CRAPD (Complejo Residencial de Atención a Personas Dependientes) entre los años 2019 y 2022. Los objetivos principales son por un lado conocer la prevalencia del DC en pacientes de nuevo ingreso antes durante y después de la pandemia por Covid-19 y por otro definir los perfiles del anciano con DC ante, y después de la pandemia e identificar sus diferencias. En cuanto a los objetivos secundarios se han establecido por un lado identificar la causa más frecuente de deterioro cognitivo y por otro valorar si ha habido cambios en el estado funcional de los pacientes de nuevo ingreso con deterioro cognitivo antes y después de la pandemia.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. POBLACIÓN

La población a la que se ha dirigido son todas aquellas personas de nuevo ingreso en los años 2019 y 2022 en el centro residencial CRAPD-1. El tamaño muestral incluía el 100% de la población. A la hora de realizar el estudio se utilizaron criterios de inclusión (ser paciente de nuevo ingreso) y criterios de exclusión (ser menor de 60 años y tener una valoración > de 27 en el MEC).

2.2. TIPO DE ESTUDIO

El diseño de este de naturaleza cuantitativa, corte transversal, de tipo observaciones, descriptivo y correlacional.

2.3. RECOGIDA DE DATOS

Los datos de este estudio fueron proporcionados por el CRAPD-1 (Complejo residencial de atención a personas dependientes) (VIGO), institución que depende de la Xunta de Galicia. Los datos fueron recogidos por los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) en su quehacer diario en las historias clínicas digitalizadas.

Las variables que se han tenido en cuenta han sido las siguientes:

- Principal: Año de INGRESO (2019, 2022)
- Secundarias:
 - Variables Sociodemográficas: Sexo (hombre o mujer), edad (años cumplidos), estado civil (soltero, casado...) y procedencia (Domicilio, hospital, residencia)
 - Variables Clínicas: Causa asociada al deterioro cognitivo (Deterioro cognitivo leve, depresión, ansiedad...), valoración cognitiva MEC, valoración GDS, y drogodependencia / alcohol (si/no)
 - Variables Funcional, Estado funcional (Barthel) Movilidad e Incontinencia

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primer lugar, se puede observar como el DC aumenta un 4% desde el 2019 hasta el 2022, en este sentido también debemos indicar que la puntuación en la escala MEC al ingreso ha disminuido más de 1,5 puntos respecto al 2019. Por tanto, el DC además de ser más frecuente es más profundo. Todo esto se corrobora con el estudio de Sempere et al en 2021, el cual hablaba del incremento en el declive cognitivo, sin embargo, debemos tener especial cuidado ya que este estudio es intrasujeto y el nuestro intersujeto⁴. En el mismo sentido, en otro estudio longitudinal realizado por Fernández et al y publicado en 2023 se observa cómo tras 6 meses de aislamiento social las personas de 65 años presentaron una disminución en diferentes funciones cognitivas valoradas a través de la MMSE⁵

A la hora de analizar las variables sociodemográficas le hemos dado especial relevancia al género y a la edad de ingreso, observando que tanto en 2019 como en 2022 las mujeres son las que padecen mayor DC, esto no es sorprendente ya que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida frente a los hombres, por lo tanto mayor riesgo de padecer DC, de hecho, esto se confirma en un estudio realizado por Navarro et al (2014) donde se observó que ambos sexos tenían la misma plasticidad cognitiva en la vejez, pero debido a variables como la mayor esperanza de vida, el menor nivel de estudios y la peor calidad de vida, las mujeres presentaban mayor DC. En cuanto al año de ingreso podemos observar que es menor en 2022, es decir, ingresan más jóvenes, esto concuerda con el descenso de esperanza de vida provocada por un aumento de la mortalidad durante la pandemia, un estudio realizado en 2022 por Torres et al afirma que la pandemia afectó a la esperanza de vida, viendo reducida un año y medio en España.

En cuanto las variables clínicas se han estudiado las enfermedades mentales, viendo en ellas una prevalencia muy alta en ambos años, del tal forma que 3 de cada 4 usuarios poseían alguna enfermedad mental. En un estudio realizado por Villaverde et al (2000) en personas mayores de 65 años se observó que al menos el

45,8% de la población institucionalizada poseía algún trastorno mental, un 20% menos que en nuestro estudio, dicha diferencia probablemente radique en la diferencia de 20 años entre ambos estudios, y el aumento de la esperanza de vida.

En este sentido en un informe publicado por la OMS (2015) observa como el aumento de la esperanza de vida se relaciona con el aumento de las enfermedades mentales, destacando entre ellas la demencia y la depresión, esto verifica lo estudiado en este trabajo, ya que son las dos enfermedades mentales con mayor prevalencia en el centro.

Un dato a destacar es la diferencia en la prevalencia de enfermedades en 2019 y 2022, que se debe tener en cuenta que dichos diagnósticos son los únicos datos que se han obtenido longitudinalmente y los de 2019 han tenido 4 años para poder ser diagnosticados, mientras que los de 2022 no, y los nuevos residentes que entran en el centro lo hacen con un bajo número de diagnósticos y escasa filiación.

A la hora de analizar la depresión observamos que posee una prevalencia entre el 24% y 21,2 % datos que coinciden con el estudio de Trigo (2015) donde establece que la prevalencia de depresión en personas ancianas en centros residenciales se encuentra entre el 15-35%. Rango en el que se encuentran nuestros resultados.

En cuanto a las causas principales del DC podemos observar que el TNC-Mayor supone un mayor número de residentes que el TNC-Leve tanto en 2019 como en 2022. Esta diferencia a nivel residencial se observa también en otros estudios como el realizado Mosquera et al en 2023¹⁰.

Por último, un dato muy llamativo a estudiar en este trabajo es el aumento de residentes que padecen drogodependencia, duplicándose en número desde 2019 hasta 2022. Aunque hay poca casuística en general (solo hay 11 casos, de los cuales 10 son alcohólicos y 1 drogodependiente), es importante tener en cuenta este avance, para estudiarlo con mayor profundidad, ya que las drogodependencias se ven en aumento en nuestros mayores debido al cambio generacional.

4. CONCLUSIONES

- La prevalencia de DC es alta tanto en 2019 como 2022, superando en ambos casos el 70% de los nuevos ingresados. Ha habido un aumento de casi un 4% entre ambos años.
- El perfil de la persona con DC que ingresa en el centro en el año 2019, es una mujer de 84 años, viuda, que procede de una residencia, con 10 diagnósticos entre los que hay enfermedades mentales y cuya puntuación en el MEC es de 18.
- El perfil de la persona que ingresa en el centro con DC en 2022 difiere del 2019 en que es más joven (82 años), está casada, proviene de su domicilio y su puntuación en el MEC es de 14.
- La causa más frecuente de deterioro cognitivo es el TNC Mayor en ambos años.
- No ha habido cambios en relación al estado funcional, la puntuación fue la misma en la Índice de Barthel en ambos años (20 puntos).

AGRADECIMIENTOS

Se quiere agradecer y poner de manifiesto la gran labor que hacen los profesionales del CRAPD I Vigo diariamente, sin su esfuerzo y trabajo esta investigación no sería posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández EM, Zabala A, Aguilar AF. (2023). *Vista de calidad de vida de mayores institucionalizados tras el confinamiento por la COVID-19*. Innovacionumh.es (Internet). <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1660/1852>
- Leiva-Saldaña A, Sánchez-Ramos JL, León-Jariego JC, Palacios-Gómez L. (2016). Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enferm Clin*, 26(2):129–36. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001424>
- Medina J, Camarelles F, Serra J.A, Zapatero A, Fernández MF, Fuentes A et al (2023, 22 de mayo). Unidad de pacientes Pluripatológicos. Ministerio de Sanidad y Política Social.Gob.es.Madrid.https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
- Mosquera ME Cabanach RG, Gómez-Conesa A. (2023). *Deterioro cognitivo en ancianos*. Gerokomos.com (Internet). <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/10/34-3-2023-158.pdf>
- Mosquera ME, Perez J. /2023). Manual de Enfermería Geriátrica Escuela Universitaria de Enfermería Povisa.
- Navarro E, Calero M.D, Calero García M.J, (2014). *Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida*. Eur. J. investig. health psycho. educa Vol. 4, Nº 3, Universidad de Granada (Págs. 267-277).[DialnetDiferenciasEntreHombresYMujeresMayoresEnFuncionami4932606.pdf](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4932606)
- Rodríguez Odríguez, P., & Gonzalo Iménez, E. (2022). COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España [COVID-19 in nursing homes: structural factors and experiences that endorse a change of model in Spain]. *Gaceta sanitaria*, 36(3), 270–273. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.005>
- Sempere G, Méndez I, y Ruiz-Esteban C. (2023). *Vista de Calidad de vida de mayores institucionalizados tras el confinamiento por la COVID-19*. Revista Psicologica de la salud Vol. 11. Núm. 1. Artículo 5. (Internet). DOI: 10.21134/pssa.v11i1.310
- Statista (2023). Coronavirus-fallecidos en residencias de mayores por comunidad de España. Estadista (Internet). <https://es.statista.com/estadisticas/1201589/fallecidos-residencias-a-causa-de-covid-19-por-region-espana/>
- Trigo L, (2015). *La depresión en el paciente anciano*. Uned.es (Internet).<https://www.yumpu.com/es/document/view/33981030/depresion-en-el-paciente-anciano-ram-red-para-el->
- Torres-Cantero AM, Álvarez León EE, Morán-Sánchez I, San Lázaro Campillo I, Bernal Morell E, Hernández Pereña M. (2022). *Health impact of COVID pandemic*. SESPAS. Gac Sanit (Internet). Suppl 1:S4–12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911122000929>
- Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez Al.,... Gil Costa M. (2018). *Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias*. *Neurol (Engl Ed)* [Internet]. 2018; 33(8):4918. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-prevalencia-deterioro-cognitivo-espana-estudioS0213485316302171>.

Villaverde Ruiz ML, Fernández López L, Gracia Marco R, Morera Fumero A, Cejas Méndez R. (2023). *Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife*. Rev Esp Geriatr Gerontol (Internet). <https://www.elsevier.es/es-revista-revistaespanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-salud-mental-poblacioninstitucionalizada-mayor-10017929>

World Health Organization (WHO, 2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y salud*. (2015). Who.int.; <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Capítulo 23. Psicofármacos en ancianos usuarios de un centro residencial sociosanitario año 2019.

Marta Sebastián Silvoso¹, Javier Perez Martín^{2,3}, M^a Elena Mosquera Losada³.

¹*Hospital Alvaro Cunqueiro. Sergas Vigo, España.*

²*Centro residencial de atención a personas dependientes Vigo, España.*

³*Escuela universitaria de Enfermería Povisa, Universidad de Vigo, España.*

Palabras clave: Enfermedad mental, vejez, centros residenciales de atención sociosanitaria y psicofármacos

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es una realidad en todo el mundo, con especial incidencia en países desarrollados. Galicia es una de las regiones con mayores tasas de envejecimiento, en el año 2019 se situaba en el 25,2%, siendo la tercera CCAA con la tasa más alta de España y 4 puntos superior a lo que se espera para el resto del mundo en 2050. El aumento del número de ancianos se traduce en un aumento de la prevalencia e incidencia de las patologías y síndromes geriátricos, destacando de manera importante las enfermedades mentales. Este aumento de la morbilidad origina un mayor consumo y gasto de medicamentos. De hecho, en el año 2016 el 75% del gasto farmacéutico se destinaba a personas ancianas, es decir, los mayores de 65 años absorben siete de cada diez euros de este gasto. En España el consumo de psicofármacos es el más elevado de Europa, además, según datos del Ministerio de Sanidad, es el país del mundo con mayor tasa de consumo de benzodiazepinas, después del análisis de datos de 90 países. Tras España se encuentran Bélgica, Portugal, Israel, Montenegro y Hungría. En este sentido hay que destacar que su utilización se ha triplicado en los últimos 20 años. Por todo lo expuesto resulta pertinente realizar estudios de investigación sobre la prescripción y consumo de psicofármacos en personas mayores, para poder conocer cuál es la situación real actual.

Los objetivos principales son conocer el perfil del usuario con prescripción farmacológica psiquiátrica (antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas e hipnóticos) y su diferencia con aquellos que no los tiene prescritos.

Este estudio es de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo y correlacional y de corte transversal y retrospectivo. Se realiza el estudio en personas mayores que ingresan en el centro CRAPD 1 Vigo en año 2019 (N=77), recogiendo sus prescripciones de psicofármacos (Antipsicóticos, Antidepresivos, Benzodiazepinas e Hipnóticos), durante 3 años. También se estudian variables sociodemográficas, funcionales y clínicas.

En cuanto a los resultados, 58 (75%) de los usuarios que ingresaron en el año 2019 han tenido, al menos, una prescripción de psicofármacos en los tres primeros años de estancia en el centro, los psicofármacos más prescritos fueron los Antidepresivos (41 usuarios (53,2%).

Finalmente se concluye que existen algunas diferencias respecto del perfil de los usuarios que toman psicofármacos con los que no los consumen. El perfil del usuario que si los toma es: una mujer de 84 años, casada, que ingresa procedente de otra residencia, que padece incontinencia urinaria, una escala Barthel de 30 puntos, escala MEC de 21 puntos, con, al menos, una enfermedad mental diagnosticada y, en el período de 3 años, se le han prescrito 2 o más psicofármacos. El perfil de las personas que no toman psicofármacos, es el de mujer de 82 años, viuda, que ingresa procedente de un hospital, con incontinencia mixta, con escala Barthel de 40 puntos, escala MEC 24 puntos y, al menos, una enfermedad mental diagnosticada.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se centra en la prescripción farmacológica psiquiátrica en ancianos que viven en una institución sociosanitaria y que padecen alteraciones mentales. Para poder desarrollar adecuadamente esta investigación, se debe profundizar en una serie de puntos que son claves en la misma. Comenzado por el concepto de anciano, ya que es el grupo poblacional de interés en este estudio. Seguidamente se tratará la salud mental, ya que es clave en este trabajo, primero de forma general y luego se profundizará en las enfermedades mentales que son más frecuentes en el anciano como la demencia o trastorno neurocognitivo mayor (TNC-M), la depresión y la ansiedad. Relacionado con las patologías, hablaré de los fármacos psiquiátricos de uso más común en los ancianos para el tratamiento de las enfermedades mentales citadas anteriormente. Se abordarán también los antidepresivos, los ansiolíticos, y los antipsicóticos. Por lo tanto, un punto importante a tener en cuenta en la presencia de polifarmacia, que será definida, además de profundizar en su alta prevalencia en la población anciana. Finalmente, se hablará de la atención sociosanitaria en nuestro país, en concreto, sobre los centros residenciales, ya que este estudio estará contextualizado en los ancianos que residen en el centro residencial llamado Complejo Residencial de Atención a Personas Dependientes Vigo 1 (CRAP-D Vigo I).

Concepto de vejez: Vejez procede del latín vulgar *vetus*, que deriva de la raíz griega *etos* que significa años, añejo (Dechile,2001; Esquivel et al,2009). Como se ha visto, la vejez tiene que ver con el paso del tiempo, pero en algunas definiciones no aparece una edad exacta y en las que sí establecen una edad de inicio, no siguen un criterio común, por lo que cuando se quiere definir este concepto de vejez, se debe hablar de la ambigüedad. Dicha edad dependerá del contexto en el que se defina, es decir en función del lugar y la época. De hecho, actualmente, dentro del campo sociosanitario español, una persona es vieja o mayor a partir de los 65 años y según la OMS, una persona es vieja a partir de los 60 años (Estrada et al, 2020; Mosquera et al 2022). Se ha tenido en cuenta estos criterios en este trabajo, pero finalmente se ha decidido inclinarse por el criterio de la OMS (mayores de 60 años) para favorecer la discusión del estudio ya que a nivel internacional se sigue este criterio.

Salud mental: Según la OMS, la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1964) y la salud mental la define como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (OMS,2022). La psiquiatría y la psicología son las disciplinas que se encargan de diagnosticar y tratar las enfermedades mentales. Son ciencias relativamente nuevas en el ámbito científico y a día de hoy aún se encuentra en desarrollo. A lo largo de la historia, las enfermedades mentales han estado relacionadas con la magia y la religión, bien sea atribuyéndole un origen diabólico en las civilizaciones antiguas o un origen social en la reciente antipsiquiatría.

aunque también ha habido grandes avances dando un marco científico a los trastornos de la mente ejemplo de ello son la creación de las distintas clasificaciones de enfermedades mentales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) o la inclusión de un apartado de enfermedades mentales en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que son usados actualmente por psicólogos y psiquiatras (Iglesias et al 2022; Castro et al 2005).

Importancia de la salud mental en las personas mayores: La salud mental en las personas mayores tiene una gran relevancia debido sobre todo a su alta prevalencia, de hecho, Gálvez et al (2020), indica que, en todo el mundo, aproximadamente el 15% de los ancianos sufren algún tipo de trastorno mental (Gálvez et al, 2020). En relación a este dato, la OMS afirma que el 6,6% de los ancianos, tienen algún tipo de discapacidad de origen psiquiátrico (OMS, 2017).

Las patologías más frecuentes son, dentro del área cognitivo, la demencia, con alta prevalencia el 25% de las personas mayores de 85 años están diagnosticadas de demencia (FAE, 2015), el deterioro cognitivo leve y el delirium otra enfermedad con alta incidencia que afecta al 14% de los mayores de 85 años (SEGG, 2022). Las entidades citadas en el área cognitiva, demencia, DCL y delirium, se engloban en los Trastornos neurocognitivos de la reciente clasificación del DSM V. Correspondiendo el TNC mayor (TNC-M) a la demencia y el TNC menor (TNC-m) al DCL. Dentro del área afectiva destaca la depresión que afecta según la OMS al 7% de la población anciana y la ansiedad, otro trastorno mental muy frecuente en los ancianos y que representa el 3,8% (OMS, 2017).

Farmacoterapia: A día de hoy, los fármacos son la herramienta médica más usada en el mundo teniendo la capacidad de prevenir enfermedades y tratarlas, es decir, de salvar vidas. Pese a esto, su uso se ha vuelto habitual e indiscriminado convirtiéndose en un grave problema de salud público (Verdaguer et al 2021). En estos últimos 20 años, el consumo de fármacos psiquiátricos se ha triplicado en España, haciendo referencia a los antidepresivos, benzodiazepinas, hipnóticos y antipsicóticos. La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) afirma que España es uno de los países que más consume este tipo de fármacos, habiendo un notable crecimiento desde el año 2000. El consumo de antidepresivos ocupa el décimo puesto en mayores consumidores, posicionándose por encima de la media europea. En cuanto al consumo de ansiolíticos, nuestro país se posiciona en el tercer puesto, siendo superior al consumo europeo. En el uso de hipnóticos y sedantes, España ocupa el séptimo lugar en Europa (Gómez, 2019).

Polifarmacia: Según la OMS, la polifarmacia se define como “utilización de tres o más fármacos de forma simultánea en personas”, aunque cuando hace la clasificación de tipos de polifarmacia ya incluye a los que consumen 2 fármacos. Siendo polifarmacia menor si consumen de 2-4 fármacos y mayor cuando son más de 5 (Hernández et al, 2018). Afirma además que su prevalencia es importante ya que indica que entre el 65%-90% de los mayores de 60 años consumen más de 3 medicamentos al mismo tiempo (Orihuela. et al, 2020). No es de extrañar que la polifarmacia se considere “un problema capital de la geriatría” que acarrea en ocasiones situaciones de morbimortalidad en los ancianos, entre ellas (Hernández, 2018): las reacciones o efectos adversos, problemas de adherencia, mayor número de hospitalizaciones relacionado con las prescripciones inadecuadas en un grupo poblacional más vulnerables, caídas, deterioro cognitivo y funcional, pérdida de peso etc. Todos estos factores, relacionan la polifarmacia con problemas y peores resultados en la salud de los ancianos, haciendo que el riesgo de malnutrición, caídas, delirium, ingresos y mortalidad aumente Aguirre et

al 2017). Hay que fomentar el uso correcto de los medicamentos es decir hay que ahondar en la prescripción adecuada de los mismo.

Este trabajo es pertinente por varios motivos, el primero de ellos es que la población diana son los ancianos, un grupo poblacional numeroso y que está en aumento. Por otra parte, dado que hay un mayor número de ancianos, hay más enfermedades asociadas a ellos como son las patologías psiquiátricas. Dentro de las enfermedades mentales, los tratamientos farmacológicos tienen una gran relevancia tanto por su uso como por los problemas secundarios que pueden causar en las personas mayores.

Como ya se ha dicho, cobra importancia realizar estudios en ancianos ya que son el grupo poblacional que más está aumentando con el paso de los años, de hecho, el envejecimiento de la población es notable y más evidente en los países más desarrollados, entre ellos España, que con una tasa de envejecimiento en 2020 del 21% de la población, supera la que se prevé que exista en el mundo en 2050. Esta tasa está creciendo, de hecho, en el año 2001 el porcentaje de ancianos en nuestro país era del 16% (INE, 2021).

El envejecimiento acelerado de la población provoca que haya mayor número de ancianos, y esta situación es causa del aumento de las enfermedades de este grupo poblacional, entre las más frecuentes se encuentra la depresión (el 12,4% de los ancianos de nuestro país la padecen según el INE) (Mosquera et al 2022), la ansiedad (afecta al 3,8% de los ancianos según la OMS) (WHO, 2023), el TNC mayor (según la OMS, el 5%-8% de los mayores de 60 años lo padecen) (OMS,2021) y el TNC menor (que tiene una prevalencia de entre el 14,5% y el 17,6% de los mayores de 65 años) (Alonso . et al,2018). Estas patologías provocan un aumento de la demanda de los recursos sanitarios, entre los que destacan los fármacos. Según Martin et al (2016), en nuestro país, las personas mayores de 65 años generan un 75% del gasto farmacéutico en España . En relación con la salud mental, es importante destacar que en España se ha triplicado el consumo de psicofármacos en los últimos 20 años, situándolo, como uno de los países que más consume este tipo de fármacos según la AEMPS (Gómez, 2019). Por ello, cobra importancia la necesidad de realizar un mayor número de estudios en este campo debido a la alta prevalencia que está en aumento.

Además, estos fármacos producen, por sí mismos o por su interacción con otros fármacos, efectos indeseados como caídas y deterioro cognitivo. Otros aspectos a tener en cuenta es el incumplimiento en la toma del fármaco por parte de la persona, bastante frecuente en personas mayores (Chamorro, 2005).

El estudio en este trabajo, se realiza en el Complejo Residencial de Atención a Personas Dependientes. Vigo I, ámbito propicio para este estudio dado que las enfermedades mentales estudiadas en este trabajo son más frecuentes en los centros sociosanitarios. Ejemplo de ello es la depresión, cuya prevalencia en centros residenciales junto con otras patologías es del 40-45% (Mosquera et al 2022).

Los objetivos principales de este trabajo son: conocer el Perfil del usuario con prescripción farmacológica psiquiátrica (antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas e hipnóticos) y su diferencia con quien no lo tiene. El objetivo secundario marcado es Identificar si hay presencia de polifarmacia en los mayores estudiados

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. PARTICIPANTES:

Ancianos del complejo residencial de atención a personas dependientes

CRAPD 1 de Vigo. N=77

Criterios de inclusión: ingresar en el centro desde 1 de enero de 2019 a 31 de diciembre de 2019.

Criterios de exclusión: tener menos de 60 años y Estancias inferiores de 1 semana.

2.2. INSTRUMENTOS

Para realizar dicho estudio se han analizado una serie de variables

- Dependientes: Toma medicación psiquiátrica si/no, criterios para repuesta afirmativa (tomar medicación más de 1 mes y que la medicación esté prescrita al ingreso o en los 3 primeros años en el centro) y toma específica de medicación psiquiátrica(antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas e hipnóticos)
- Independientes: Sociodemográficas (edad, sexo y estado civil), clínicas (número total de fármacos que toma, enfermedad mental diagnosticada, tipo de enfermedad mental diagnosticada, número total de enfermedades mentales, número total de enfermedades y MEC)
- Funcionales: Barthel

2.3. PROCEDIMIENTO

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo y correlacional y de corte transversal y retrospectivo

2.4. ANÁLISIS DE DATOS:

Para el análisis de los datos se usó el SPSS 15.

En cuanto a la descripción de las variables: Las variables cualitativas se describieron todas a través de su frecuencia absoluta y su frecuencia relativa, y se representaron a través de diagramas de barras. Las variables cuantitativas de este estudio que tuvieron una distribución no normal, se describirán fundamentalmente a través de su mediana y el rango intercuartílico. Para establecer las correlaciones se usaron las pruebas de Chi² de Mann Whitney, con un nivel de confianza del 95%.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La prevalencia de la toma de psicofármacos en el grupo de población a estudio nos muestra que a 3 de cada 4 usuarios del CRAPD 1 se les ha prescrito algún tipo de psicofármaco durante, al menos, un período de 3 años. Si se analizan los tratamientos de los cuatro grupos farmacológicos estudiados en esta investigación, encontramos que los psicofármacos más prescritos son los antidepresivos con una prevalencia del 53,2%. En cuanto a los hipnóticos y antipsicóticos, destacar que existe una relación positiva estadísticamente significativa, es decir a mayor prescripción de hipnóticos, mayor presencia de prescripción de antipsicóticos, y viceversa (tabla 1). Estos datos se corroboran con los obtenidos en el estudio de Azón et al (2017) en el que

obtuvieron una prevalencia de antidepresivos del 47,9% (el psicofármaco más frecuente), benzodiazepinas del 47,4% y de antipsicóticos del 25,5%. Hay que indicar que este estudio tiene un seguimiento mínimo de 3 años, en cambio en el estudio de Azón et no se realiza el seguimiento de estas prescripciones a largo plazo, sino que es un estudio más transversal (Belarre J, 2005).

Tabla 1. Prevalencia de psicofármacos

Prevalencias en el uso de psicofármacos		
N=77	n	%
Psicofármacos	58	75,3
Antidepresivos	41	53,2%
Benzodiazepinas	29	37,7%
Antipsicóticos	25	32,5%
Hipnóticos	24	31,2%

En la tabla 2 se muestra la tabla de continencia entre la prescripción de psicofármacos y las variables sociodemográficas estudiadas.

En cuanto a la edad se puede observar que no hay diferencias notables con respecto a la toma de psicofármacos. La media de edad de los usuarios que tienen prescritos psicofármacos y de los que no la tienen es la misma, situándose en los 84 años. Estos datos no concuerdan con el estudio publicado por Azón et al, la media de edad de los usuarios que consumen este tipo de medicación es de 86,39 años (Belarre J, 2005).

Tabla 2. Variables Sociodemográficas

Tabla 2.		N=77		
Variables Sociodemográficas		Psicofármacos		
		Si	No	Total
Edad	Md (Ri)	84(10)	82(19)	82(10)
Sexo	Mujeres	33(71,7%)	13(28,3%)	46 (100%)
	Hombres	25(80,6%)	6(19,4%)	31(100%)
Estado civil	Casados	21(87,5%)	3(12,5%)	26(100%)
	Separado	7(63,6%)	4(36,4%)	11(100%)
Procedencia	Residencia	38(80,9%)	9(19,1%)	47(100%)
	Hospital	7(63,6%)	4(36,4%)	11(100%)

En cuanto al sexo, se puede observar que la toma de psicofármacos es mayor en hombres (10%) respecto a las mujeres. En la relación entre el sexo y los cuatro tipos de psicofármacos, la predominancia masculina se mantiene en todos ellos exceptuando en los hipnóticos. Este dato no concuerda con los publicados por Azón

et al (2017) donde obtuvieron que el sexo predominante era el femenino con una prevalencia del 63,2% frente a los hombres con un-36,8% (Belarre J, 2005). Hay que reseñar que, en la diferente metodología, empleada por cada uno de los estudios, puede estar la causa de todas estas diferencias, ya que en nuestro estudio se realiza un seguimiento a medio plazo, con un periodo de valoraciones de 3 años, y en la otra investigación es transversales, recogiendo los datos en un solo momento temporal concreto. Esto nos hace ver la necesidad de estudios más longitudinales que nos permitan tener una visión más clara de la prescripción de estos fármacos.

Tabla 3. Variables clínicas

Variables Sociodemográficas		N=77		
		Psicofármacos		
		Si	No	Total
Edad	Md (Ri)	84(10)	82(19)	82(10)
Sexo	Mujeres	33(71,7%)	13(28,3%)	46 (100%)
	Hombres	25(80,6%)	6(19,4%)	31(100%)
Estado civil	Casados	21(87,5%)	3(12,5%)	26(100%)
	Separado	7(63,6%)	4(36,4%)	11(100%)
Procedencia	Residencia	38(80,9%)	9(19,1%)	47(100%)
	Hospital	7(63,6%)	4(36,4%)	11(100%)

En la tabla 3 se muestra la tabla de contingencia entre la prescripción de psicofármacos y las variables clínicas estudiadas.

El número de diagnósticos y la toma de psicofármacos se relacionan de forma estadísticamente significativa, de tal forma que las personas que los toman tiene un mayor número de enfermedades, en concreto tienen de mediana 3 diagnósticos más. Cuando estudiamos los diagnósticos en relación con los cuatro tipos de fármacos estudiados, se observa que el psicofármaco con relación estadísticamente significativa ($p=0.01$) es el antidepresivo con también 3 diagnósticos a más de mediada entres los que lo tiene prescrito. Esta evidencia confirma que el padecer varias enfermedades es factor de riesgo para que la salud mental se resienta, sobre todo patologías incapacitantes como son las que tienen los usuarios de este centro (recordar que la puntuación media de la escala Barthel de los usuarios de este estudio se sitúa en los 42 puntos) (Navarro et al, 2021; NIA, sf).

En cuanto a la relación entre la presencia de enfermedad mental y la toma de psicofármacos, vemos que casi 8 de cada 10 pacientes que tienen diagnosticada algún tipo de enfermedad mental, también tienen prescrito algún tipo de psicofármaco (figura 1). Sin embargo, dato llamativo es que casi 7 de cada 10 personas que no tienen diagnosticada ningún tipo de enfermedad, sí consumen psicofármacos. No habiendo relación estadísticamente significativa.

La presencia del uso de psicofármacos sin registro de enfermedad mental ha sorprendido, y puestos en contacto con el centro y revisando los datos de esta investigación, la causa se debe a varios motivos. El primero de ellos es porque el insomnio es considerado un síndrome geriátrico y no lo incluyen en la sección de diagnósticos. Por otro lado, la trazodona, que es el antidepresivo más prescrito en este centro, también tiene utilidad como hipnótico por su efecto de producir somnolencia, con buen margen de seguridad terapéutica por sus bajos efectos secundarios en relación con otros hipnóticos. Además, hay usuarios que ingresan con medicación de psicofármacos y sin un diagnóstico establecido y que, debido a su corta estancia en el centro (algunos menos de un mes) o por su delicada situación clínica, el cambio de tratamiento podría empeorar alguna de su sintomatología de la esfera mental, por lo que no se procedió al cambio o suspensión de los mismos. En cambio, en otras situaciones clínicas se pudo suspender la medicación con psicofármacos por no padecer un trastorno permanente y valorar su no utilidad. En este estudio estos casos quedaron reflejados como personas que consumían psicofármacos.

Relacionado con lo anteriormente citado, el fármaco más consumido en los usuarios con patología mental son los antipsicóticos son 8 de cada 10 pacientes que lo tienen prescrito. Estos datos son estadísticamente significativos. En pacientes sin diagnóstico de enfermedad los fármacos con mayor número de prescripciones son los antidepresivos con una prevalencia de casi 7 de cada 10 (figura 2)

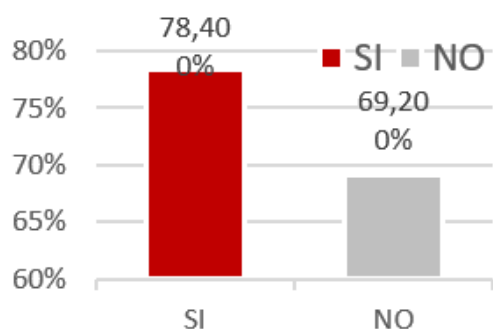


Figura 1.

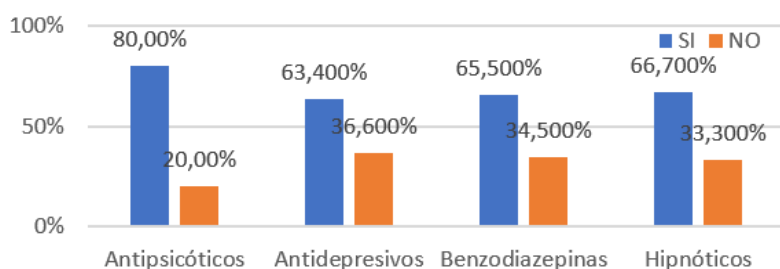


Figura 2. Tipos de psicofármacos vs enfermedad mental

El fármaco más consumido por los usuarios con TNC son los antidepresivos, con casi 6 de casa 10 personas (figura 3). Esto es debido, como ya se ha dicho respecto a la trazodona, que es usada como hipnótico. Otro argumento que justifica el alto uso de antidepresivos, es el de que las personas con enfermedades mentales ven afectadas sus funciones cognitivas y éstas provocan, en la mayoría de los casos, alteraciones en la capacidad de llevar a cabo las AVBD, provocando la pérdida de habilidades sociales y funcionales que son factores de riesgo en la aparición del aislamiento social y la depresión (Castro et al, 2018; WHO, 2023).

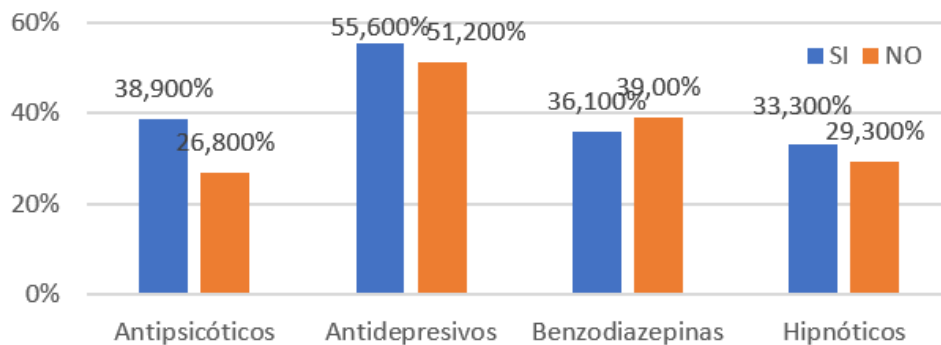


Figura 3. Tipos de psicofármacos vs TNC

El más prescrito en personas con trastorno psicótico son los antipsicóticos ya que 6 de cada 10 pacientes lo tienen prescrito siendo los datos casi estadísticamente significativos. Esto se debe a que en las personas que consumen este tipo de sustancias, suelen tener síntomas psicóticos que alteran la conducta de la persona y que hacen pertinente el uso de antipsicóticos.

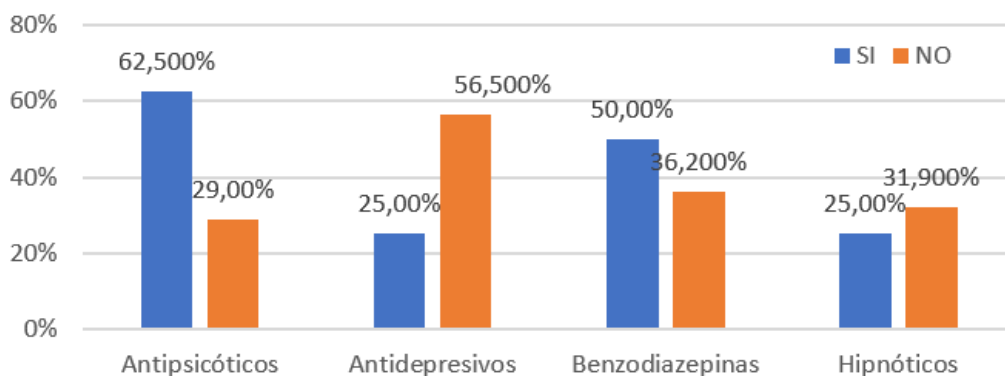


Figura 4. Tipos de psicofármacos vs trastorno psicótico

4. CONCLUSIONES

- Perfil de los usuarios que toman psicofármacos con los que no los consumen. El perfil del usuario que si los toma es: una mujer de 84 años, casada, que ingresa procedente de otra residencia, que padece incontinencia urinaria, una escala Barthel de 30 puntos, escala MEC de 21 puntos, con, al menos, una enfermedad mental diagnosticada y, en el período de 3 años, se le han prescrito 2 o más psicofármacos.
- Existen algunas diferencias entre el perfil del usuario que tiene prescritos psicofármacos y el que no, de hecho, el perfil de las personas que no toman psicofármacos, es el de mujer de 82 años, viuda, que ingresa procedente de un hospital, con incontinencia mixta, con escala Barthel de 40 puntos, escala MEC 24 puntos y, al menos, una enfermedad mental diagnosticada.
- Hay evidencia de polifarmacia tanto a nivel general de medicamentos (mediana de 7 fármacos por paciente), como exclusivamente de psicofármacos (mediana de 2 fármacos por paciente)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, N. G., Martínez, A. C., Muñoz, L. B., Avellana, M. C., Marco, J. V., & Díez-Manglano, J. (2017). Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Revista Clínica Española*, 217(5), 289-295.
- Alonso, T. V., Espí, M. M., Reina, J. M., Pérez, D. C., Pérez, A. R., Costa, M. G., et al. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491-498.
- Belarre, J. C. A., Belarre, S. A., García, B. P., Usán, P. B., Labena, S. A., & Iguaz, A. G. (2017). Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados: Estudio piloto. *Nuberos científica*, 3(22), 22-28.
- Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 33-42.
- Castro-Jiménez, L. E., & Galvis-Fajardo, C. A. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Revista cubana de salud pública*, 44, e979.
- Chamorro García, L. (2005). Psicofármacos en el anciano. *Revista Clínica Española*, 205(10), 513-517.
- Dechile. Etimologías (2001). Dechile.net. Etimología de vejez
- Estrada, J. A. F. (2020). Crónica de la Gerontogeriatría en Santiago de Cuba. *Medisan*, 24(06), 1278-1288.
- Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernandez, I. M., Medellín, M., & Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 11, 47-56.
- Fundación Alzheimer España(2015). Cual es frecuencia. Madrid
- Gálvez Olivares, M., Aravena Monsalvez, C., Aranda Pincheira, H., Ávalos Fredes, C., & López-Alegría, F. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 384-399.
- Gómez Escalante, B. (2019). El cuidado de enfermería en los pacientes con consumo de psicofármacos.
- Navarro, A., de la Cámara-Izquierdo, C., & García, P. G. (2021). Factores de riesgo de depresión de inicio en la edad tardía del anciano: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 28(2), 100310.
- Hernández Ugalde, F., Álvarez Escobar, M. D. C., Martínez Leyva, G., Junco Sánchez, V. L., Valdés Gasmury, I., & Hidalgo Ruiz, M. (2018). Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Revista Médica Electrónica*, 40(6), 2053-2070.
- INE(2021). Demografía de Europa INE.es. disponible https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021_es.pdf?lang=es.
- Martin-Pérez, M., de Andrés, A. L., Hernández-Barrera, V., Jiménez-García, R., Jiménez-Trujillo, I., Palacios-Ceña, D., & Carrasco-Garrido, P. (2017). Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(1), 2-8.

Mosquera Losada ME, Pérez Martín J, Agras Suarez MC (2022). Geriatría y cuidados paliativos. Escuela Universitaria de Povisa (Universidad de Vigo).

Hernández Ugalde, F., Álvarez Escobar, M. D. C., Martínez Leyva, G., Junco Sánchez, V. L., Valdés Gasmury, I., & Hidalgo Ruiz, M. (2018). Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Revista Médica Electrónica*, 40(6), 2053-2070.

National Institute on Aging (S.F) Las personas mayores y la depresión. nia.nih.gov. <https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion>

Organización Mundial de la Salud (1964). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ponencia presentada en la Conferencia Sanitaria Internacional el 22 de julio de 1964. Nueva York

Organización Mundial de la Salud (2017). La salud mental y los adultos mayores. Ginebra: 112 de diciembre del 2017

Organización Mundial de la Salud (2022). Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. Ginebra.

Orihuela, M. G., Morales, J. M. O., Orta, I. A., & Conesa, G. C. (2020). Génesis de la polifarmacia y las prescripciones inapropiadas STOPP en ancianos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(3), 925.

Sánchez, C. Z., Sanabria, M. O. C., Sánchez, M. Z., López, P. A. C., Sanabria, M. S., Hernández, S. H., ... & Valera, A. U. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(6), 346-355.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2022). El delirium es prevenible en un 30-40% de los casos. Recuperado 7 de febrero de 2023, de <https://www.segg.es/actualidad-segg/2022/03/14/dia-mundial-del-delirium-2022>

Verdaguer Pérez, L., Machín Rodríguez, V. T., Montoya Deler, M. Á., & Borrero Gorgas, L. (2021). Consumo de psicofármacos en adultos mayores de un área de salud. *Acta Médica del Centro*, 15(4), 521-530. Orihuela, M. G., Morales, J. M. O., Orta, I. A., & Conesa, G. C. (2020). Génesis de la polifarmacia y las prescripciones inapropiadas STOPP en ancianos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(3), 925.

Víctor Iglesias L, Vallejo Curto MC (2022). Salud Mental. Escuela Universitaria Povisa (Universidad de Vigo)

World Health Organization (WHO, 2023). Demencia. [www.who.int. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Tasas%20de%20demencia&text=Se%20calcula%20que%20entre%20un,y%20152%20millones%20en%202050](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Tasas%20de%20demencia&text=Se%20calcula%20que%20entre%20un,y%20152%20millones%20en%202050). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000739.htm>

World Health Organization: WHO. (2021). El mundo no está abordando el reto de la demencia. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge> National Institute on Aging (S.F) Las personas mayores y la depresión. nia.nih.gov. <https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion> Sánchez, C. Z., Sanabria, M. O. C., Sánchez, M.

Z., López, P. A. C., Sanabria, M. S., Hernández, S. H., ... & Valera, A. U. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(6), 346-355.

World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023). Demencia. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Tasas%20de%20demencia&text=Se%20calcula%20que%20entre%20un,y%20152%20millones%20en%202050>. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000739.htm>.article/000739.htm.

Capítulo 24. Perfil das persoas centenarias de Ourense. Un estudo piloto.

José Maria Faílde Garrido^{1,2}, Adriana Tabarés-Costa López², Tania Lorenzo Salgado², María D. Dapía Conde^{1,2}.

¹*Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría.*

²*Facultade de Educación e Traballo Social, Universidade de Vigo.*

Palabras clave: Población centenaria, Envejecimiento, Longevidad, Blue Zones, Estilos de vida.

RESUMO

O obxectivo do presente estudo foi describir os estilos de vida consistentemente asociados a lonxevidade, nunha mostra de persoas centenarias da provincia de Ourense. No presente estudo, con metodoloxía mixta cualitativa e cuantitativa, participaron un total de 20 persoas maiores de 100 anos e sen deterioro cognitivo ($GDS \leq 3$), 5 foron excluídas por ter un $GDS > 4$. Os resultados obtidos destacan como características comúns da lonxevidade a ausencia de enfermidades graves ao longo da vida, unha alimentación adherida fundamentalmente a dieta mediterránea/atlántica, actividade física regular ao longo da vida, a conexión social, a espiritualidade e unha actitude positiva para afrontar a vida. Os resultados obtidos neste estudo indicánnos que lonxe da percepción estereotipada de fragilidade e vulnerabilidade das persoas centenarias, moitas delas seguen sendo persoas activas e capaces de realizar a maioría das tarefas básicas da vida diaria e, en moitos casos, teñen un alto desempeño nas tarefas instrumentais da vida. En conclusión, observáronse notables similitudes entre as características das persoas centenarias de Ourense e as das denominadas Blue Zones, o que nos suxire unha conexión entre ambas.

1. INTRODUCCIÓN

España, en 2022 tivo a esperanza de vida mais alta da Unión Europea (European Commission, 2023), chegando na actualidade a ser unha das mais altas do mundo, e todo apunta a que esta tendencia continuará a aumentar nas próximas décadas, chegando a ser o país con maior esperanza de vida en 2040 (Foreman et al., 2018).

Na actualidade, cumprir 100 anos en España deixou de ser un algo inusual. Neste senso, segundo datos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023a), a data de 1 de xaneiro de 2022 o número total de persoas centenarias en España era de 19639, das cales 4382 eran mulleres e 15257 homes. Datos que indican que a feminización destaca como un dos factores asociados a lonxevidade. A porcentaxe de mulleres centenarias é habitualmente superior a dos homes, aspecto que corroboran numerosos estudos na maioría do mundo, ca excepción Cerdeña (Italia) e en Uygur (China), onde os resultados mostran que a proporción de persoas centenarias é similar en ambos xéneros (Córdoba, Pinazo-Hernandis & Viña, 2018).

O envellecemento, poboacional e a lonxevidade, sen dúbida, é unha gran conquista social e sanitaria, consecuencia da mellora na sanidade pública, os avances na tecnoloxía médica, a farmacoloxía e o incremento do nivel de vida, o cal provocou unha prolongación da existencia humana en todos os tramos de idades, feito que se constata en que a esperanza de vida o nacer e os 65 anos se duplicara nos últimos cen anos (García-González, 2016).

Paralelamente a este fenómeno de transición epidemiolóxica, fóronse producindo importantes avances na comprensión das bases do envellecemento que se traduciron na expresión do comportamento dos individuos (Limon, 2018), o que supuxo cambios nos paradigmas sobre o envellecemento (Foster & Walker, 2015; Guralnik, 1989). A finais dos 90, a OMS adoptou o termo envellecemento activo para dar cabida a un novo paradigma, que modo mais amplo contemplara un conxunto de factores, mais aló da atención sanitaria, que afectaban o modo de envellecer das persoas e das poboacións. Sen embargo, en 2015 nun informe sobre envellecemento e saúde a OMS introduce novamente un cambio, mudando o modelo de envellecemento activo polo de envellecemento saudable (OMS, 2016), xa que consideraba relevante non só ter en conta as estratexias que contrarrestan as perdas asociadas a idade avanzada, senón tamén as que reforzan a recuperación, a adaptación e o crecemento psicosocial (OPS, 2022; Rodríguez-Pardo & López, 2017). Desde esta perspectiva o envellecemento saudable defínese como o proceso de fomentar e manter a capacidade funcional que permita fortalecer o benestar na idade adulta (Sadana & Michel, 2019). De tal xeito, o envellecemento, non debe ser entendido só como un fenómeno exclusivamente biolóxico (Limón, 2018), senón como un proceso determinado por un conxunto de factores, nos que tamén deben ser tidos en conta os aspectos sociais, psicolóxicos e ecolóxicos, o que nos indica que o envellecemento saudable é resultado dun proceso que abrangue todo o ciclo vital (Gutiérrez, 2022).

As investigacións científicas sobre a lonxevidade comezaron nos anos 70 con estudos sobre Okinawa (Xapón) e mais tarde en Cerdeña (Italia), os cales levaron ao concepto de Blue Zones (Poulain & Herm, 2024). 2024). Unha Blue Zone ou zona azul (ZA), é unha área xeográfica limitada onde a poboación comparte un estilo de vida e unha contorna común e na que a súa poboación ten unha lonxevidade excepcionalmente alta. As cinco zonas azuis detectadas por agora no mundo e por orde de validación son: Okinawa en Xapón, a illa de Sardeña en Italia, Lomba Linda en California Estados Unidos, Nicoya en Costa Rica e Icaria en Grecia (Yáñez-Yáñez & Mc Ardle Draguicevic, 2021).

Diversas investigacións conclúen que as mencionadas zonas azuis atópanse illadas xeográfica e/o historicamente, circunstancia que lles permitiu que lograsen manter un estilo de vida tradicional, o cal implica unha intensa actividade física que se estende máis aló dos 80 anos, un nivel reducido de estres e un apoio intensivo familiar e comunitario para os seus maiores, así como o consumo de alimentos producidos localmente, o que probablemente facilitase a acumulación de condicións propicias para limitar os factores que impactan negativamente na saúde (Poulain, Herm & Pes, 2013).

Para identificar os factores determinantes de lonxevidade dunha poboación, deben de considerarse todas aquelas características e comportamentos que sexan comúns á maior parte dos seus habitantes (Canelada, 2016). Os factores que de modo consistente aparecen nos estudos sobre as blue zones son os seguintes (Córdoba & Pinazo-Hernandis, 2016):

- Nacemento e residencia: todos os individuos participantes de diversos estudos das blue zones naceron e viven no mesmo lugar.

- Xenética: comparten un mesmo perfil xenético incrementado polo illamento xeográfico.
- Xénero, a cociente feminina/masculino: por cada catro mulleres centenarias só un é home, con algunhas excepcións como o caso de Sardeña.
- Dieta: consómense maioritariamente alimentos producidos localmente, adoitan contar cun pequeno horto familiar, coa cría de animais, coa caza ou coa pesca.
- Actividade física: polo xeral, as súas ocupacións tradicionais requiren movemento, cunha actividade constante e moderada.
- Condicións climatolóxicas e xeográficas: climas moderados que permiten a realización de actividades ao aire libre.
- Estilo de vida: comparten os mesmos hábitos tradicionais de vida, manteñen as súas celebracións e costumes que apoian a súa autoestima e identidade.
- Situación económica: a súa estabilidade está baseada principalmente nunha economía local de subsistencia, con rendas per cápita medias ou baixas.

En resumo, todas as características que se recollen nas diferentes investigacións e caracterizan ás Blue Zones, poderían resumirse en 9 principios da lonxevidade tal e como sinala Canelada (2016):

- Moverse de maneira natural.
- Reducir o estres.
- Ter un propósito na vida ou “plan de vida”.
- Diminuír a inxesta calórica, encherse só ata o 80%.
- Comer unha dieta fundamentalmente de orixe vexetal (cereais, verduras, legumes e froitas).
- Beber un pouco de viño tinto nas comidas.
- Ter fe relixiosa e practicala.
- Priorizar a familia e a cohesión social.
- Ter unha boa rede de apoio social.

En España existen poucas investigacións que dirixiran a súa atención o estudo das persoas centenarias (Córdoba, Pinazo-Hernandis & Viña, 2018). De ahí o interese por centrar a presente investigación neste colectivo de persoas, tendo en conta que Galicia é xuntamente con Castela León a comunidade autónoma con maior proporción de persoas centenarias (Ver gráfico 1) e Ourense é, xuntamente con Soria a provincia con maior axa de persoas centenarias do estado español (Ver gráfico 2; INE, 2023b).

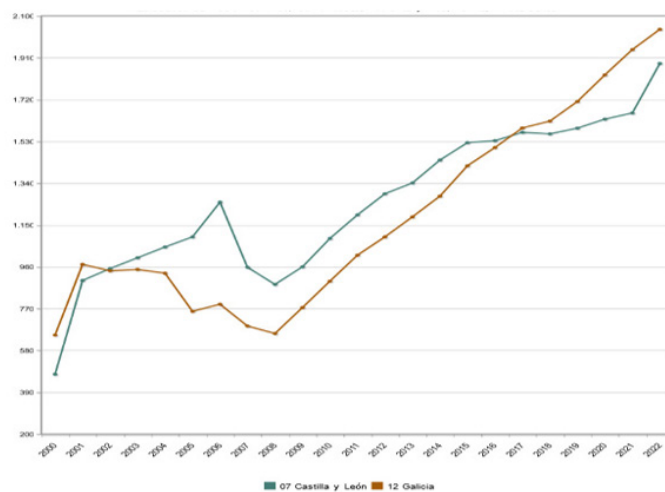


Gráfico 1. Evolución da poboación centenaria nas dúas comunidades autónomas Españolas con maior taxa de persoas que superan os 100 anos.

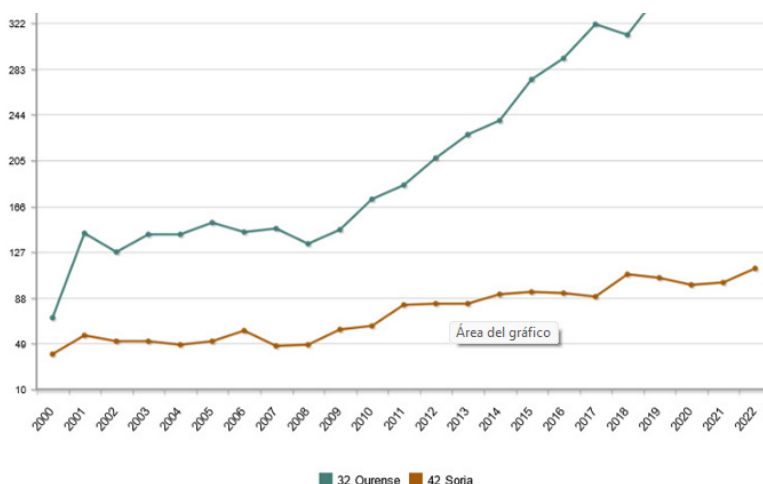


Gráfico 2. Evolución da poboación centenaria nas dúas provincias españolas con maior taxa de persoas que superan os 100 anos.

Taboa 1. Número de persoas centenarias en Galicia e Ourense, en función do xénero (INE, 2023b).

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Galicia	2.039	503	1.536
Ourense	387	98	289

Na actualidade, Galicia enfróntase a un marcado declive demográfico e a un envellecemento significativo en áreas tanto rurais como urbanas. A poboación maioritaria atópase no grupo de idade de 16 a 62 anos, seguido do grupo de maiores de 64, o que reflexa un claro envellecemento poboacional, cun índice de envellecemento de 167.26 e un índice de sobreenvellecemento de 19.97 (IGE, 2023). No que se refire as persoas maiores de 100 anos, en Galicia rexistráronse un total de 2039 persoas en 2023 (INE, 2023b) tal e como se pode observar na táboa 1, con una notable diferenza de xénero, xa que o número de mulleres casi cuadruplica o de homes. A

provincia de Ourense destaca con 387 persoas centenarias o que se traduce nunha taxa de 0.09% de persoas centenarias, triplicando a media nacional situada que sitúa no 0.03% a porcentaxe de persoas maiores de 100 anos (INE, 2023b). Así a cuestión, o presente estudio ten como obxectivo describir os estilos de vida consistentemente asociados á lonxevidade en persoas que superan os 100 anos.

2. MATERIAL E MÉTODO

PARTICIPANTES

No presente estudo foron entrevistadas un total de 20 persoas, todas elas maiores de 100 anos, residentes na comunidade galega, sete delas residen actualmente en centros residenciais e as restantes nos domicilios familiares. Como criterio de exclusión, empregouse o ter deterioro cognitivo moderado o grave, obxectivizado con una puntuación igual ou superior a 4 na Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS). Tras a aplicación destes criterios, 5 entrevistas foron excluídas. A idade media situouse nos 102.29 anos, cun rango de idade entre os 100 e os 106 anos, un 71.4% eran mulleres e o 28.6% restante homes.

INSTRUMENTOS

Para a recollida de datos empregouse unha batería de probas integrada, que recollían datos sociodemográficos, de saúde, funcionalidade cognitiva e autonomía persoal e unha entrevista en profundidade sobre estilos de vida (método de historias de vida).

Entre outras no presente proxecto analizáronse o seguinte grupo de variables:

- Variables sociodemográficas: idade, xénero, nivel de estudos, núcleo de convivencia, filiación, actividade profesional previa, etc.
- Estilos de vida e saúde: inclúe variables tales como a actividade física, alimentación, hábitos de sono, actividades da vida diaria, percepción da saúde, rede e apoio sociofamiliar, espiritualidade, satisfacción vital, afrontamento do estrés, propósito de vida, compromiso e participación social e familiar.

Avaliación do estado cognitivo e capacidade funcional para o desempeño das actividades básica da vida diaria:

- Escalas de Incapacidade da Cruz Vermella: física e mental tal (Trigás, Ferreira & Meijide, 2011).
- Estado cognitivo: Escala de deterioro global (GDS; Reisber, 1982).
- Valoración da discapacidade física: Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).

Avaliación da conducta alimentaria.

- Test de Adherencia a la dieta mediterránea (Schröder et al., 2011).

Avaliación do estado afectivo, apoio social e calidade do sono.

- Escala de Satisfacción de Filadelfia (Lawton, 1972)
- Soidade non desexada: UCLA-3 (Russell, (1996).
- Versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6 (Lubben & Gironde, 2003).
- Cuestionario breve do Sono de Oviedo (COS-1; Bobes et al., 2000).

PROCEDIMENTO

O desenvolvemento do presente estudo concretouse nas seguintes fases:

A primeira fase consistiu nunha análise da literatura científica existente sobre a temática. O que incluíu unha revisión de bibliografía específica, así como o deseño das entrevistas e historia de vida, que permitiron acercarnos os discursos dos/das protagonistas.

Nunha segunda fase, recollemos datos dos entrevistados mediante entrevistas en profundidade. Para elo, foi preciso establecer contacto previo con concellos, centros sanitarios e centros sociosanitarios e comunitarios, solicitando a súa colaboración na identificación de persoas centenarias. Desde a perspectiva cualitativa recorreuse ao método de historias de vida utilizando como instrumento de avaliación unha entrevista semiestructura, a cal foi deseñada ad hoc en base a unha revisión da literatura científica. Esta técnica de investigación cualitativa ten como obxectivo, tal e como sinala Tejero (2021), colleita de datos das persoas entrevistadas a través dun conxunto de preguntas abertas. Para realizar entrevistas semi-estruturadas, o entrevistador dispón dun guión que recolle os temas que debe tratar ao longo da entrevista. Con todo, a orde no que se abordan os diversos temas e o modo de formular as preguntas déixanse á libre decisión e valoración do entrevistador. Na presente investigación o guión de entrevista foi deseñado cun total de 13 áreas temáticas máis tres preguntas de peche de entrevistas. Todas as preguntas e áreas foron elixidas tras as características recollidas en investigación previas sobre o tema, en base a unha exhaustiva revisión bibliografía. Cabe sinalar, que cada entrevista foi necesario adaptala as persoas participantes, en función do seu estado de saúde e o estilo cognitivo. Complementariamente a administración das entrevistas, foron aplicados diferentes cuestionarios ou escalas (descritas no apartado de instrumentos). Este proceso continuouse ca realización do estudo de campo. Os datos foron analizados e tratados mediante unha análise cualitativa; o significado dos resultados foi interpretado en relación co contexto interaccional e co contexto sociocultural mais amplo no que estaba inmersos os/as participantes.

O estudo foi aprobado pola Comisión de Ética da Facultade de Educación e Traballo Social (Universidade de Vigo) o que garante que o estudo cumpre cas recomendacións para o estudo con seres humanos e en liña cas recomendacións do protocolo de Helsinki. Previa a realización das entrevistas e da aplicación de escalas e cuestionarios solicitouse o consentimento informado a todos e todas os participantes.

ANÁLISE DE DATOS

Para analizar a información obtida empregouse a técnica da análise de contido ou naturalista (Bardín, 1986), para elo o investigador/a sitúase no lugar de orixe onde ocorren os feitos e os datos recóllense a través de medios naturais: preguntando, visitando, mirando, escoitando e grabando (Rodríguez et. al., 1996). O primeiro paso que se levou a cabo foi a transcripción literal das entrevistas de cada unha das persoas participantes.

A continuación, utilizouse unha metodoloxía que consistiu na lectura, análise e categorización dos estratos das entrevistas, por parte da equipa de investigadores. Así, continuamos cunha elaboración de categorizacións consensuada, mediante o método de triangulación entre investigadores, que foi o que deu lugar á categorización resultante final. Nestas análises das entrevistas chegamos ás seguintes categorías principais: 1) área sociodemográfica, 2) área alimentación, 3) área saúde e calidade de vida, 4) área espiritual e 5) área de rede de apoio familiar e social. En relación ás categorías secundarias foi necesario incluír subcategorías a un segundo e terceiro nivel de análise.

Ademais da reorganización das áreas, fusionáronse todas as transcricións de todas as persoas entrevistadas, numeráronse as liñas e identificouse a cada unha das persoas entrevistadas mediante un código para facilitar a súa identificación. O criterio que se empregou foi o seguinte: Inicial do xénero (M ou H), número de persoa entrevistada (1,2,3...), idade e liña ou liñas de texto.

De tal maneira que no apartado de resultados cando se queira facer mención a un exemplo de cita textual dunha das entrevistas identificarase da seguinte maneira tendo en conta os anteriores criterios (M2,102,227). Deste xeito se se quere completar información sobre esta cita pódese acudir á transcripción das entrevistas e comprobar o contido orixinal na liña que se indica.

Finalmente, os datos relativos ás características sociodemográficas os obtidos mediante a aplicación de cuestionarios ou escalas foron codificados, introducidos e tratados mediante a ferramenta de análise estatística (SPSS IBM STATISTICS-24).

3. RESULTADOS E DISCUSIÓN

A continuación, preséntanse os datos obtidos nesta investigación xunto con unha discusión sobre os mesmos. Para isto presentaranse os resultados seguindo o esquema anterior das diferentes áreas de estudio.

Os datos obtidos revelan unha gran diversidade nas características sociodemográficas e de saúde das persoas entrevistadas. A maioría dos participantes son mulleres (71.4%) e teñen unha idade media de idade de 102,29 anos ($Sx=1.73$). A maioría delas son viúvas (71.4%) e teñen antecedentes familiares de pais o nais lonxevos lonxevos (71,4%). Ademais, dedicáronse labores, principalmente de baixa cualificación (64.3%), maioritariamente relacionadas con sector agrícola e gandeiro. En canto ao seu nivel socioeconómico, este é medio-baixo (85,7%) e residen maioritariamente en áreas rurais (78.6%).

En canto á avaliación da súa saúde, pódense observar algunhas diferenzas nos indicadores. O puntaxe no Índice de Barthel indica o nivel de independencia nas actividades cotiás, e varía desde 25 (necesidade de axuda para moitas actividades) ata 100 (totalmente independente), situándose a puntuación media dos participantes en 62.5 ($Sx=22.76$), o que indica que a maioría goza de gran independencia para a realización das actividades básicas e instrumentais da súa vida cotiá. O GDS ten unha media de 2,29 ($Sx=1.20$) indicativo de niveles de deterioro cognitivo leve. A escala R-UCLA mide a soidade, nunha escala que vai dende 1 (pouca soidade) ata 6 (moita soidade), indicando niveis moderados de soidade (Media=4.36, $Sx=1.12$). Por último, respecto as actitudes fronte o propio envellecemento, os datos revelan gran variabilidade aínda que as puntuación son indicativas de moderada satisfacción vital cunha media de 2.18 ($Sx=1.32$), nunha escala de 1 a 4 puntos.

Táboa 2. Características das persoas centenarias en escalas de funcionalidade física, cognitiva, hábitos de alimentación, sono, soidade, apoio social e satisfacción vital.

	Media	Sx
Idade	102,28	1,72
CRE-Física	1,50	1,02
CRE-Mental	1,57	1,22
GDS	2,28	1,20
Índice de Barthel	62,50	22,76
Adherencia a Dieta Mediterránea	7,70	,48
COS1- O derradeiro mes	4,78	1,05
COS1- O Longo da vida	5,28	,91
LUBBEN- Familia	4,80	4,63
LUBBEN- Social	,80	1,31
UCAL-3	4,36	1,12
Satisfacción Vital	2,18	1,33

ÁREA DA ALIMENTACIÓN

No que respecta a esta área os datos obtidos evidencian unha clara preferencia pola dieta mediterránea, obtendo unha puntuación media de 7.70 (Sx=.48) en dita escala. Destacando o consumo de alimentos de autoproducción e sendo unha minoría os que teñen un consumo maioritario de carne.

“home claro, na casa dos campesiños todo dios tiñamos que criar un ou dous porquiños senón que se comida todo o ano? e tiñamos galiñas, verdura, patacas e viño” (H4,100,580-585).

No que se refire a velocidade da inxesta podemos extraer das entrevistas que a maioría das persoas entrevistadas manifesta comer mais ben despacio. Na actualidade todos manteñen unha rutina de tres comidas ao día.

“como bastante normal porque se que comer rápido no es bueno” (M1,103,63).

“mas ben lento” (M7,104,948).

Por outra banda, quedarse con un pouco de fame é outra das características que aparece reflectida no presente estudio, dato que se constata en practicamente todas as persoas entrevistadas, as cales refiren parar de comer antes de estar cheos de todo.

“vale mais quedar con fame que ir moi farto” (H4,100,569).

“no no, prefiero quedarme con un poco de hambre”(M2,102, 233).

Finalmente, respecto ao tema da alimentación cabe destacar que o consumo moderado de viño tinto a hora da comida é algo común na maioría das persoas entrevistadas e que seguen mantendo a día de hoxe.

“si eso si. Ademais era viño da casa, tiñámolo nos entón desde pequeno” (H4,100,578).

"medio cuartillo de vino y un bolicho de pan era el lujo que nos permitíamos" (M1,103,56).

ÁREA DE SAÚDE E CALIDADE DE VIDA

No que respecta a área de saúde e calidade de vida, podemos extraer que todas as persoas entrevistadas coinciden en haber tido unha vida moi activa, realizando traballos que requerían dunha boa condición física. Ademais podemos observar, que casi un cincuenta por cento dos participantes continúan a ter unha vida activa.

"si, me levanto a la mañana a la hora que quiero, a la hora que tengo que estar despierta para ir al desayuno, voy a donde quiero, voy a misa, voy de paseo, voy a tomar el café" (M2,102,271-272.)

"voy a bailar toda la tarde y mañana y el domingo también" (M8,106, 1127).

No que se refire as actividades da vida diaria, as persoas entrevistadas presentan unha dependencia de grado leve o cal lle permite realizar as actividades básicas da vida diaria solas ou con un pouco de axuda.

"ah pues si, vamos todos los días a echar la partida a las 16:30 cogemos el autobús y vamos a echar la partida a la de los mayores, jugamos al tute, a la brisca..." (M8,106,1130).

"De momento me preparo yo sola, me visto, me calzo, me arreglo, voy a la calle y vengo" (M2,102,257).

Cando se lle pregunta pola percepción da súa saúde a maioría das persoas entrevistadas manifestan que tiveron unha moi boa saúde o longo da súa vida, caracterizada pola ausencia de enfermidades graves.

"si, a vista co paso dos anos empeorou moito e o oído os 85 anos empecei a escoitar mal agora apenas escoito nada" (H3-102, 1009).

"a vista uu, falloume un pouco, e oír oio moi ben gracias a dios, e a mobilidade tamén, agora doulle mil gracias a dios que me da a saúde todo e é o que me fai o ben e o que me fai o mal." (M5-104, 1076).

"siempre bien, yo siempre bien de salud"(H4-103-1602).

"Bueno si, la salud la tengo perfecta, por lo general. Pues como enfermedad no tengo ninguna" (M6-106, 2541).

Por outra banda, chama a atención a baixa cantidade de medicamentos que tomaron ao longo da súa vida e, incluso, na actualidade. Sendo unha das características comúns as persoas entrevistadas. A maioría verbaliza que so toma medicamentos para a tensión, para dormir ou para o ardor de estómago.

"no hasta que me jubile. Ahora me estoy tomando para la circulación y los vértigos nada más." (M6-106,2545).

AFRONTAMENTO DO ESTRES

A forma de afrontar o stres e os golpes da vida é algo tamén a destacar nos resultados extraídos das entrevistas. A maioría das persoas entrevistadas a pesar de ter unha vida e infancia dura foron persoas que afrontaron de xeito positivo os desafíos da súa vida e que en xeral se definen como tranquilas.

"si si, yo fui así positiva. ¡Yo era venga para adelante!" (M2,102,128)

"bueno eu agora teño o xenio moi relaxado pero antes cando me enfadaba tiraba con todo o que tiña diante" (H4,100,673).

SATISFACCIÓN VITAL

En canto a satisfacción vital, a maioría das persoas entrevistadas verbalizan que a pesar de ter unha vida dura foron felices e, maioritariamente refiren seguir sendo felices a día de hoxe.

"bueno, mi vida fue feliz si, en lo que cabe" (M2,102,312).

"estou feliz, tiven que traballar moito pero gracias a dios aínda estou aquí" (M3,101,378).

"si paseino divertido eso si, hubo que traballar pero tamén tivo cousas boas" (H4,100,656).

"era feliz muy feliz y soy" (H6,102,871).

"eu sigo feliz, non son ambiciosa" (M7,104,993).

ÁREA ESPIRITUAL

É unha característica habitualmente atopada nos estudos e que se relaciona positivamente ca lonxevidade (Domínguez, Veronese, & Barbagallo, 2024). Neste senso, a gran maioría das persoas entrevistadas identifícanse como creíntes católicos, as cales practicaron a súa fe ao longo da vida, e na medida do posible a pesar das dificultades ou restricións actuais continúan acudindo a misa con regularidade ou sintonizandoa pola radio ou pola televisión. A relixión percíbese nas persoas entrevistadas como fonte de consolo e apoio en momentos difíciles.

"yo tengo que agradecerle a Dios mucho, porque me ha concedido muchas cosas en todo a lo largo de mi vida" (H6,102,859).

"si si, voy a misa todos los días salvo que llueva mucho" (M2,102,305),

"iba iba e o rosario tamén" (M3,101,467).

ÁREA DE REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Os resultados obtidos revelan que todos os participantes contaron con unha sólida rede de apoio ao longo das súas vidas, tanto a nivel familiar como social. Esta rede de apoio forxouse en comunidades pequenas e cercanas, donde as relacións interpersonais eran sólidas e valoraban a axuda e a colaboración mutua. A medida que se fan maiores moitas das persoas entrevistadas consideran vital manter estas conexións, xa que lle proporcionan unha sensación de pertenza e apoio emocional.

"si, si siempre estuvimos moi unidos" (M7,104,982).

Todas as persoas coinciden en describirse como persoas sociables, que falaban con todo o mundo.

"eu falaba con todo o mundo" (M3,101,457).

"Sobre todo ver a mis amigas que quedábamos para el café todos los días" (M1,102,136).

"vamos a echar la partida a la de los mayores, jugamos al tute, a la brisca...(M8,106,1131).

Para pechar as entrevistas preguntóuselles ás persoas entrevistadas cal cren que é o secreto para vivir tantos anos. Algunhas delas coinciden en que a clave é traballar moito, outras ademais de traballar sinalan que comer

pouco é outra das claves da lonxevidade que refiren é o conformismo coa vida e a fe en Deus como claves dunha vida lonxeva.

"yo pienso el haber trabajado tanto" (M8,106,1275).

"...trabajar mucho eso si..." (M2,102,342).

"comendo ruín, dormir pouco e traballar moito" (M5,100,753).

"para vivir mais años hay que comer menos, y yo como no tenía pues comía poco" (M1,103,154).

"eu tiven moita sorte e sempre me conformaba co que tiña porque sabía que a rica non chegaba" (M7,104,1005).

"será Dios o que me fai ver así de ben" (M3,101,501).

4. CONCLUSIÓNS

Moitos dos participantes, revelan que o segredo da súa lonxevidade ten que ver con levar unha vida activa (laboral e socialmente), manter a mente activa e unha alimentación saudable. Ademais, destacan a importancia da axuda mutua e o apoio da comunidade.

Este estudo revela unha serie de características socio-demográficas, hábitos alimentarios, estado de saúde, espiritualidade, compromiso social, propósito vital e redes de apoio que inflúen na calidade de vida e a lonxevidade destas persoas centenarias.

Estes hachazgos ofrecen valiosa información sobre o envellecemento saudable e a lonxevidade e poden ter implicacións importantes para a promoción da saúde e o benestar das persoas maiores.

A existencia de estereotipos e a imaxe negativa fronte as persoas maiores é algo moi común e presente na sociedade. Tal e como recollen Fernández & Antón (2018), os estereotipos negativos fronte as persoas maiores máis frecuentes na sociedade son: a senilidade, o illamento familiar, a mala saúde, a pobreza, a carga social para o sistema sanitario e social, e a escasa produtividade e a mala saúde. Romper con estes mitos e estereotipos asociado a vellez implica aceptar que hai moitas maneiras de envellecer, que non só é posible avanzar cara a unha idea determinada de persoa maior, senón que dependerá da persoa en concreto, do seu estilo de afrontamento ao longo da vida, das súas experiencias e vivencias, da alimentación, do contexto social e ambiental no que se viva, así como das súas preferencias, hábitos e costumes. É dicir, implica concibir ás persoas maiores non como un grupo social homoxéneo, senón como persoas con diferentes necesidades, preocupacións e preferencias, tal como o reflectiron os resultados obtidos neste estudo.

Lonxe da estereotipada idea de fragilidade e vulnerabilidade nas persoas centenarias, podemos concluír que todas tiveron unha vida activa e que moitas delas seguen sendo a día de hoxe persoas autónomas, capaces de realizar a maioría das tarefas básicas da vida diaria e, en moitos casos, tendo un alto desempeño na realización de tarefas instrumentais da vida.

Así mesmo, atopamos moitas similitudes entre as características das persoas centenarias galegas coas descritas nas denominadas Blue Zones. No que respecta a alimentación ambas coinciden en non quedar de todo cheo tras as comidas. Así como unha alimentación baseada na da dieta mediterránea/atlantica, onde os

alimentos de autoproducción, proximidade e o consumo de vexetais son a clave (Canelada, 2016). A actitude positiva ante a vida, é outra das características comúns que se poden extraer desta investigación, así como o baixo nivel de estrés ao longo das súas vidas.

As relacións sociais e familiares positivas é outra das características que se obteñen dos resultados da presente investigación, coincidindo así coas características das Blue Zones.

Finalmente, a fe relixiosa é outra das características presentes nas persoas centenarias e que mesmo buscan en Deus o motivo que os levou a vivir tantos anos e unha estratexia de eficaz de afrontamento o estrés (Dominguez, Veronese, & Barbagallo, 2024).

En conclusión, podemos dicir que este estudo presenta unha imaxe das persoas centenarias moi afastada da idea estereotipada e negativa que predomina na sociedade sobre as persoas maiores. Así mesmo, as características lanzadas neste estudo gardan unha similitude moi forte coas das persoas centenarias das Blue Zones, o que nos indica que nos atopamos ante unha provincia especialmente, na zonas de Terras de Celanova, O Ribeiro e Terras de Caldelas que acumula unha serie de factores que impactan nos hábitos de vida e que parecen propiciar a lonxevidade extrema, convertíndose nunha das zonas con maior prevalencia de persoas centenarias do estado español e do mundo.

AGRADECEMENTOS

A todas as persoas participante neste estudo por compartir as súas historias de vida, aceptando amablemente participar neste estudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (1986): El análisis de contenido. Ed. Akal, Madrid

Bobes J., González, M.P., Sáiz, P.A., Bascarán, M.T., Iglesias, C., & Fernández, J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12, 107-12

Canelada, A. (2016). The blue zone of sardinia: an intergenerational epidemiological study on nutrition and its application in public health. [Tesis doctoral]. Universidad de Málaga.

Córdoba V., & Pinazo-Hernandis S. (2016). Una revisión de la investigación en centenarios: factores psicosociales en la extrema longevidad. *Búsqueda*, 3(16), 64-80. DOI: 10.21892/01239813.168

Córdoba, V., Pinazo-Hernandis, S., & Viña, J. (2018). Envejecimiento exitoso en nonagenarios y centenarios valencianos. Estudio de los centenarios en Valencia. *Terapeía. Estudios y Propuestas en Ciencias de la Salud*, 10, 33–55. <https://revistas.ucv.es/therapeia/index.php/therapeia/article/view/567>

Dominguez, L.J., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2024). The link between spirituality and longevity. *Aging Clin Exp Res*, 36(1):32. doi: 10.1007/s40520-023-02684-5.

European Commission (2023). State of Health in the EU Synthesis Report. Publications Office of the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/state_2023_synthesis-report_en.pdf

Foster, L, & Walker, A. (2015). Active and successful aging: a European policy perspective. *Gerontologist*, 55(1):83-90. DOI: 10.1093/ geront/gnu028

Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., ... & Brown, J. C. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052-2090. doi:10.1016/S0140-6736(18)31694-5.

García-González, J.M. (2016). Una extraordinaria longevidad femenina... ¿pero hasta cuando? *Panorama Social*, 23, 27-42. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/023art03.pdf

Guralnik, J.M. (1989). Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health*, 79(6):703-8. DOI: 10.2105/ajph.79.6.703

Gutiérrez, B. (2022). La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el siglo XXI? *Salutem Scientia Spiritus*, 8(4):14-22.

IGE (2023) Indicadores de poboación. Galicia e provincias. Ano 2022. <https://www.ige.gal/igebdt/esq.jsp?paxina=002001&c=0201004&ruta=verPpalesResultados>.

OP=1&B=1&M=&COD=722&R=1[14:15:0:10:11:12:4:5:6:7:8:16:9:17]&C=9912[all]&F=T[1:0];2:0&S=&c=0201004

INE (2023a). Indicadores de Estructura de la Población Resultados nacionales. Índice de Envejecimiento. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418>

INE (2023b). Población por comunidades, edad (grupos quinquenales), Españoles/ Extranjeros, Sexo y Año. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>

Lawton, M.P. (1972). Assessing the functional competence of older people. En D.P. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research, planning and action for the elderly*. Nueva York, Behavioral Publications.

Limón, M.R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez / Active Aging: a change of paradigm on aging and old age. *Aula Abierta*, 47(1),45-54.

Lubben, J. E., y Gironde, M. W. (2003). Measuring social networks and assessing their benefits. En C. Phillipson, G. Allan, y D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion* (pp. 20-49). Hants, England: Ashgate.

Mahoney, F.I. and Barthel, D. (1965) Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

OMS (2016). Decenio del Envejecimiento Saludable Elaboración de una propuesta de Decenio del Envejecimiento Saludable.: Consejo Ejecutivo - Reunion 146. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_23-sp.pdf.

OPS (2022). Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326589>

Poulain, M., Herm, A., e Pes, G. (2013). The Blue Zones: areas of exceptional longevity around the world. *Vienna Yearbook of Population Research*,11, 87-108. <https://www.jstor.org/stable/43050798>

Poulain, M., Herm, A. (2024). Exceptional longevity in Okinawa: Demographic trends since 1975 *J Intern Med*, 1–13.<https://doi.org/10.1111/joim.13764>

Reisberg B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139(9),1136-9. doi: 10.1176/ajp.139.9.1136. PMID: 7114305.

Rodríguez-Gómez, G., Gil-Flores, J. & Garcia-Jimenez, E. (1996). Tradición y enfoques en la investigación cualitativa En G. Rodríguez Gómez, J. Gil Flores, & E. García Jiménez. *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 1-35). Ediciones Aljibe

Rodríguez-Pardo, J.M., & López Farré, A. (2017). Longevidad y Envejecimiento en el tercer milenio. Fundación Mapfre.

Russell, D.W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 66(1):20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Sadana, R. & Michel, J.P. (2019). Healthy Ageing: What Is It and How to Describe It?. IN J.P. Michel (Ed). *Prevention of Chronic Diseases and Age-Related Disability, Practical Issues in Geriatrics* (pp 11-12). Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 10.1007/978-3-319-96529-1_2.

Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Lamuela-Raventós R, Ros E, Salaverría I, Fiol M, Lapetra J, Vinyoles E, Gómez-Gracia E, Lahoz C, Serra-Majem L, Pintó X, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI. (2011). A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*, 141(6):1140-5. doi: 10.3945/jn.110.135566. Epub 2011 Apr 20. PMID: 21508208.

Tejero, J.M. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fce7592f-03c4-4c13-9f2f-ccee2180a70b/content>

Trigás, M., Ferreira, L. y Mejjide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*, 72(1),11-16. Recuperado de <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

Yáñez-Yáñez, R., & Mc Ardle Draguicevic, N. (2021). Zonas azules: longevidad poblacional, un anhelo de la sociedad. *Rev Med Chile*, 149, 147-158. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n1/0717-6163-rmc-149-01-0154.pdf>

Capítulo 25. Prevalencia da poboación centenaria galega por provincia, comarca e concello.

Faílde Garrido, José María^{1,2}, Dapía Conde, María D.^{1,2}, Álvarez-Vázquez, Miguel Angel³, Rodríguez Blanco, M^a Luz³.

¹ *Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría.*

² *Facultade de Educación e Traballo Social, Universidade de Vigo.*

³ *Facultade de Historia, Universidade de Vigo.*

Palabras clave: Población centenaria, Envejecimiento, Logevidad, Blue Zones.

RESUMEN

Actualmente estamos a asistir a unha revolución da lonxevidade e a un proceso de transición demográfica, como consecuencia de múltiples factores, o cal provocou unha prolongación da existencia humana en todos os tramos de idade, entre eles, o das persoas que superan a barreira dos 100 anos. O obxectivo deste estudo foi mapear o territorio galego, identificando as zonas con maiores e menores taxas de persoas centenarias. Para determinar a prevalencia de persoas centenarias en España foron consultadas as bases de datos do Instituto Nacional de Estatística (INE), mentres que para os datos referentes a Galicia foi consultado o repositorio do Instituto Galego de Estatística (IGE), as prevalencias foron transformadas en taxas por cen mil habitantes [Taxa de centenarios= (poboación centenaria x 100.000) /Tamaño poboacional], empregando a folla de cálculo Excel e o paquete estatístico para as ciencias sociais IBM-SPPS, 24. Unha vez obtidas as taxas estas foron representadas como mapas de coropletas, utilizando unha escala de cores determinada mediante cuartiles, empregando o software QGIS 3.4.11. Os resultados indican que Ourense sitúase no segundo posto a nivel nacional cunha taxa case idéntica á de Soria. Por xénero, no territorio nacional, Ourense é a provincia española com maior número de homes centenarios e a segunda com maior taxa de centenarias, tras Soria. Se realizamos unha análise máis pormenorizada da comunidade galega observamos un claro contraste Este-Oeste. As dúas provincias atlánticas, A Coruña (57,72) e Pontevedra (73,49), teñen taxas de centenarios significativamente máis baixas que Lugo (96,61) e Ourense (127,19). A taxa de centenarios por comarcas indica que nas provincias de Pontevedra e Ourense situáanse as zonas con taxas de prevalencias máis elevadas. A presenza deste grupo etario non é uniforme por toda a provincia ourensá, oscilando as taxas de centenarios por comarcas entre 64,75 e 297,19 e destacando tres comarcas con taxas de centenarios superiores a 220: Terras de Celanova (297,19), O Ribeiro (227,73), e Terras de Caldelas. En conclusión, Galicia é unha rexión con alta prevalencia de persoas centenarias, observándose un claro contraste entre as zonas costeiras e interiores. A maior concentración de persoas centenarias atópase en zonas rurais da zona oriental de Pontevedra, o sur de Lugo e na provincia de Ourense. Este estudo, tamén constata a feminización da poboación centenaria, onde o número de mulleres centenarias triplica ao de os homes.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente estamos a asistir a unha revolución da lonxevidade e a un proceso de transición demográfica, como consecuencia de múltiples factores como son as melloras sanitarias, os avances na tecnoloxía médica, a farmacoloxía e o incremento do nivel de vida, o cal provocou unha prolongación da existencia humana en todos os tramos de idade. Segundo a División de Poboación das Nacións Unidas, a esperanza de vida mundial ao nacer aumentou de 46,5 anos en 1950 a 71,7 anos en 2022 e espérase que suba a 77,3 para 2050 (United Nations, 2022). Así a cuestión, a investigación sobre o envellecemento tense incrementado significativamente nas últimas décadas, sendo un tema que desperta alto interese científico (Faílde, Dapía, Vázquez, Ruiz, & Vázquez-Rodríguez, 2021).

En España, seguindo unha tendencia similar, a esperanza de vida media aumentou significativamente nos últimos anos, sendo actualmente unha das máis altas do planeta con 80,27 anos para os homes e 85,83 para as mulleres (INE, 2023a) e como sinalan as proxeccións España será no 2040 o país con maior esperanza de vida ao nacer. Así mesmo, Galicia, xunto con Asturias e Castela-León constitúen as rexións máis envellecidas do territorio nacional, con taxas de envellecemento poboacional das máis altas do planeta (ver táboa 1).

Táboa 1. Índice de Envellecemento por comunidade autónoma, ano 2022

Comunidade Autónoma	2022
Total Nacional	133.46
Andalucía	111.82
Aragón	151.66
Asturias, Principado de	239.97
Balears, Illes	108.83
Canarias	133.86
Cantabria	173.04
Castilla y León	211.40
Castilla La Mancha	123.56
Cataluña	123.73
Comunitat Valenciana	132.63
Extremadura	151.99
Galicia	213.54
Madrid, Comunidad de	117.72
Murcia, Región de	92.50
Navarra, Comunidad Foral de	128.07
País Vasco	164.10
Rioja, La	145.08
Ceuta	65.50
Melilla	48.80

Fonte, INE (2023a)

Cumprir 100 anos en España deixou de ser un proceso inusual. Así, a 1 de xullo de 2022 o número total de persoas con 100 e máis anos en España era de 19.573, dos cales 4.195 eran homes e 15.337 mulleres (INE, 2023a). Na mesma data de estudo a comunidade galega tiña un total de 1.835 persoas maiores de 100 anos, das cales 403 son homes e 1.433 mulleres (INE, 2023a). Así, a feminización destaca como unha das

características da lonxevidade (Osorio-Parraguez et al., 2022), a maior parte dos centenarios son mulleres e así o corroboran numerosos estudos que parecen confirmar un maior número de mulleres que homes, con algunhas excepcións como é o caso de Sardeña (Italia) e Uygur (China), onde a proporción de homes é similar (Córdoba, Pinazo-Hernandis & Viña, 2018).

Ao longo da historia as representacións sociais do envellecemento e o concepto de envellecemento foi cambiando froito da investigación multidisciplinar (Faílde, Dapía, Vázquez, & Vázquez-Rodríguez, 2022; Rodríguez-Pardo & López Farré, 2017). A investigación sobre o envellecemento e os seus procesos creceu exponencialmente nas últimas dúas décadas e este non debe ser entendido únicamente como un proceso biolóxico, senón que se ve afectado por factores biolóxicos, sociais, psicolóxicos e ecolóxicos (Limón, 2018).

As primeiras investigacións médicas sobre a lonxevidade dunha poboación no seu conxunto comezaron nos anos 70 co estudo sobre Okinawa e Cerdeña, o cal foi o primeiro estudo científico que constatou a existencia de poboacións lonxevas (Canelada, 2016). O interés pola lonxevidade e particular polas zonas onde se concentran as maiores porcentaxes de personas de 100 ou máis anos, xenerando o termo de Blue Zones (Buettner, 2008, 2012; Poulain, Heerm & Pes, 2013).

Unha Blue Zone ou zona azul, é unha área xeográfica limitada onde a poboación comparte un estilo de vida e unha contorna común e na que a súa poboación ten unha lonxevidade excepcionalmente alta. As cinco zonas azuis detectadas por agora no mundo e por orde de validación son: Okinawa en Xapón; a illa de Cerdeña en Italia; Lomba Linda en California, Estados Unidos, Nicoya, en Costa Rica; e Icaria en Grecia (Yáñez & Ardlé, 2021).

Diversas investigacións conclúen que as mencionadas zonas azuis atópanse illadas xeográfica e/ou historicamente, circunstancia que lles permitiu que lograsen manter un estilo de vida tradicional, o cal implica unha intensa actividade física que se estende máis aló dos 80 anos, un nivel reducido de estrés e un apoio intensivo familiar e comunitario para os seus maiores, así como o consumo de alimentos producidos localmente, o que probablemente facilitase a acumulación de condicións propicias para limitar os factores que impactan negativamente na saúde (Poulain, Herm & Pes, 2013).

Para identificar os factores determinantes de lonxevidade dunha poboación, deben de considerarse todas aquelas características e comportamentos que sexan comúns á maior parte dos seus habitantes (Canelada, 2016). Os factores que de modo consistente aparecen nos estudos sobre as Blue Zones son os seguintes (Córdoba & Pinazo-Hernandis, 2016):

- Nacemento e residencia: todos os individuos participantes de diversos estudos das blue zones naceron e viven no mesmo lugar.
- Xenética: comparten un mesmo perfil xenético incrementado polo illamento xeográfico.
- algunhas excepcións como o caso de Sardeña.
- Dieta: consómense maioritariamente alimentos de proximidade, adoitan contar cun pequeno horto familiar, coa cría de animais, coa caza ou coa pesca.
- Actividade física: polo xeral, as súas ocupacións tradicionais requiren movemento, cunha actividade constante e moderada

- Condicións climatolóxicas e xeográficas: climas moderados que permiten a realización de actividades ao aire libre.
- Estilo de vida: comparten os mesmos hábitos tradicionais de vida, manteñen as súas celebracións e costumes que apoian a súa autoestima e identidade.
- Situación económica: a súa estabilidade está baseada principalmente nunha economía local de subsistencia, con rendas per cápita medias ou baixas.

En resumo, as características que se recollen nas diferentes investigacións e caracterizan ás Blue Zones, poderían resumirse en 9 principios da lonxevidade tal e como sinala Canelada (2016):

- Moverse de maneira natural .
- Reducir o estrés.
- Ter un propósito na vida ou “plan de vida” .
- Diminuír a inxesta calórica, encherse só ata o 80% .
- Comer unha dieta fundamentalmente de orixe vexetal (cereais, verduras, legumes e froitas).
- Beber un pouco de viño tinto nas comidas.
- Ter unha fe relixiosa e practicala.
- Priorizar a familia e a cohesión social.
- Ter unha boa rede de apoio social.

Galicia cunha taxa de 75,79 persoas centenarias por cada 100.000 habitantes, é unha das comunidades autónomas españolas con maior concentración de persoas que supera os 100, existindo rexións do interior galego con taxas das máis elevadas a nivel mundial, similares ou superiores aos rexistrados nas denominadas Blue Zones.

Apesar diso, son moi poucos os estudos realizados en España con este grupo etario (Córdoba, Pinazo-Hernandis & Viña, 2018) e ningún na comunidade galega a pesar de ter taxas de persoas centenarias significativamente superiores ao resto do territorio español. Por conseguinte, o presente traballo ten como obxectivo mapear o territorio galego, identificando as zonas con maiores e menores taxas de persoas centenarias por provincia, comarca e concellos.

2. MÉTODO

Para determinar a prevalencia de persoas centenarias en España foron consultadas as bases de datos do Instituto Nacional de Estatística (INE), mentres que para os datos referentes a Galicia foi consultado o repositorio do Instituto Galego de Estatística (IGE). Determinadas as prevalencias, estas foron transformadas en taxas por cen mil habitantes [$\text{Taxa de centenarios} = (\text{poboación centenaria} \times 100.000) / \text{Tamaño poboacional}$], empregando a folla de cálculo Excel e o paquete estatístico para as ciencias sociais IBM-SPPS, 24. Unha vez obtidas as taxas estas foron representadas como mapas de coropletas, utilizando unha escala de cores determinada mediante cuartiles, empregando o software QGIS 3.4.11

3. RESULTADOS E DISCUSIÓN

O número total de persoas centenarias en España a 30 de abril de 2023 era de 19639 (cunha taxa de 41,37 centenarios por cada cen mil habitantes), dos cales 2039 residían en Galicia, cuxa taxa é de 75,79, case duplicando a media nacional (INE, 2023b) e situándose no segundo lugar inmediatamente despois de Castela León (Ver figura 1).

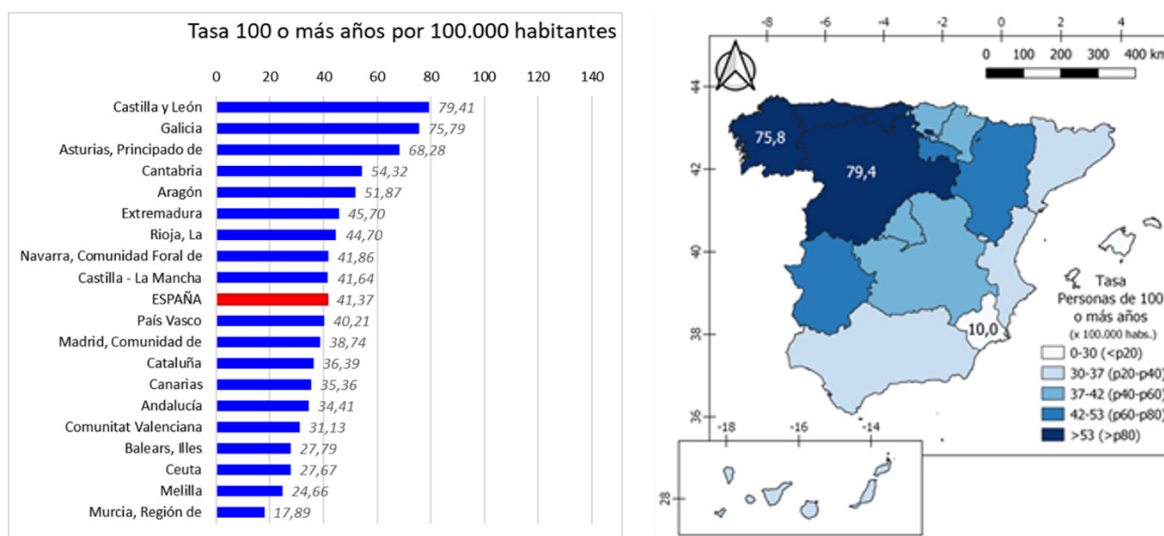


Figura 1. Prevalencia de centenarios por comunidade autónoma. Taxa por 100.000 habitantes.

A análise por provincias indica que Ourense sitúase no segundo posto a nivel nacional cunha taxa case idéntica á de Soria (Ver figura 2a).

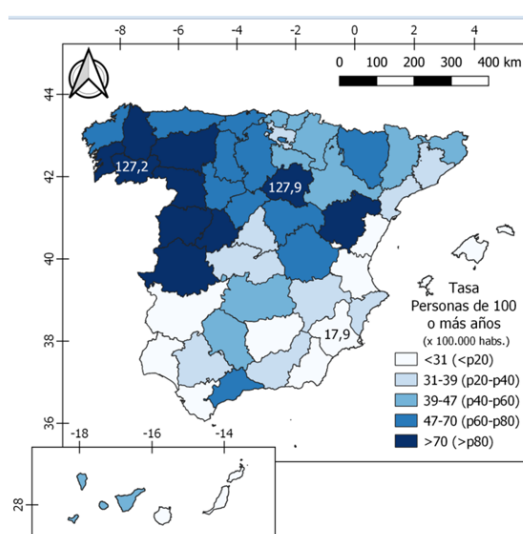


Figura 2a. Prevalencia de centenarios por provincia. Ttaxa por 100.000 habitantes.

Por xénero, no territorio nacional, Ourense é a provincia española com maior taxa de homes centenarios e a segunda com maior taxa de centenarias, tras Soria (ver figura 2b).

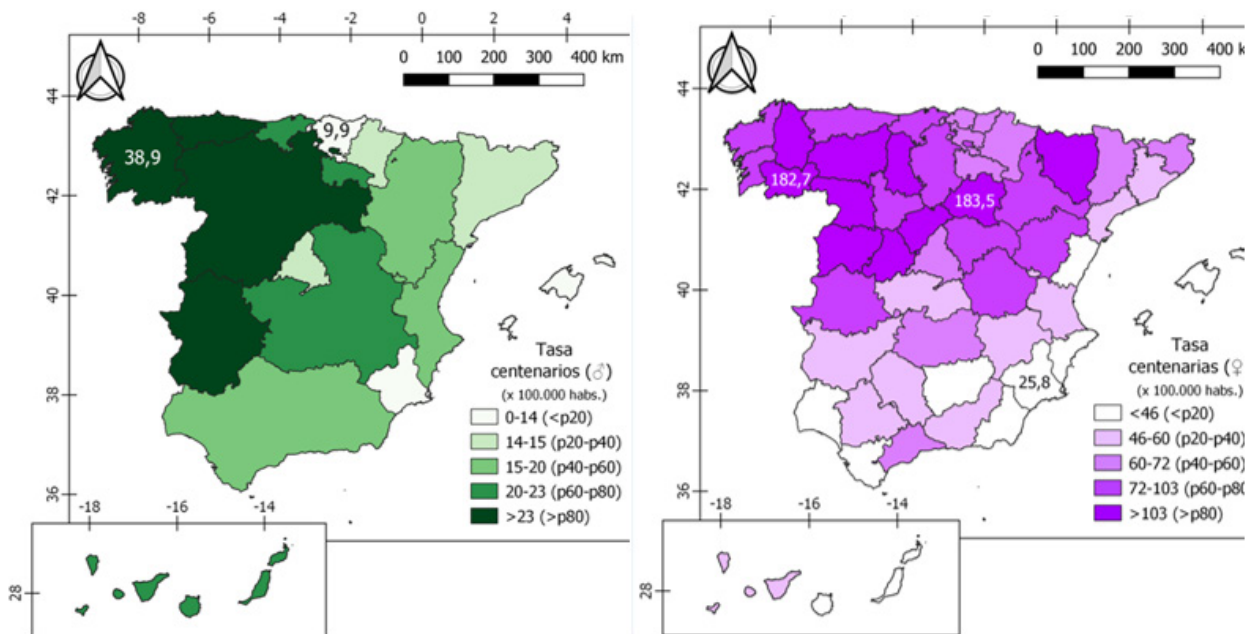


Figura 2b. Prevalencia de centenarios por provincia e xénero taxax/100.000 habitantes).

Se realizamos unha análise máis pormenorizada da comunidade galega observamos un claro contraste Este-Oeste. As dúas provincias atlánticas, A Coruña (57,72) e Pontevedra (73,49), teñen taxas de centenarios significativamente máis baixas que Lugo (96,61) e Ourense (127,19). A taxa de centenarios por comarcas indica que nas provincias de Pontevedra e Ourense situáanse as zonas con taxas de prevalencias máis elevadas de persoas centenarios do territorio galego (ver figuras 3a, 3b e 3b).

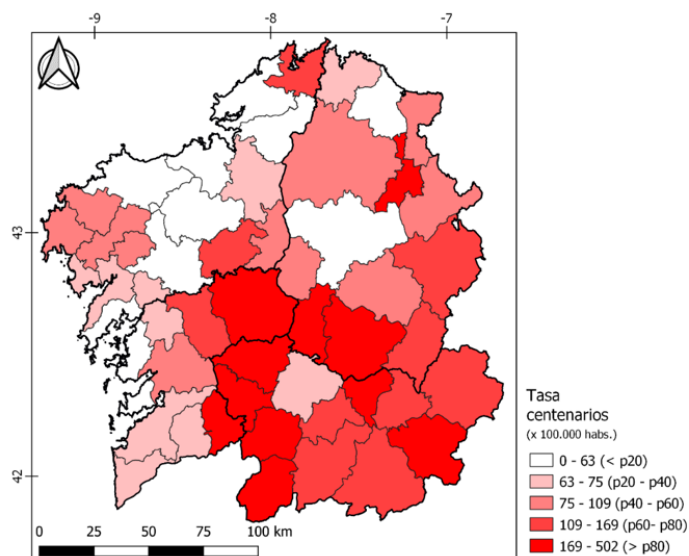


Figura 3a. Prevalencia de centenarios galegos por comarcas (escala natural breaks).

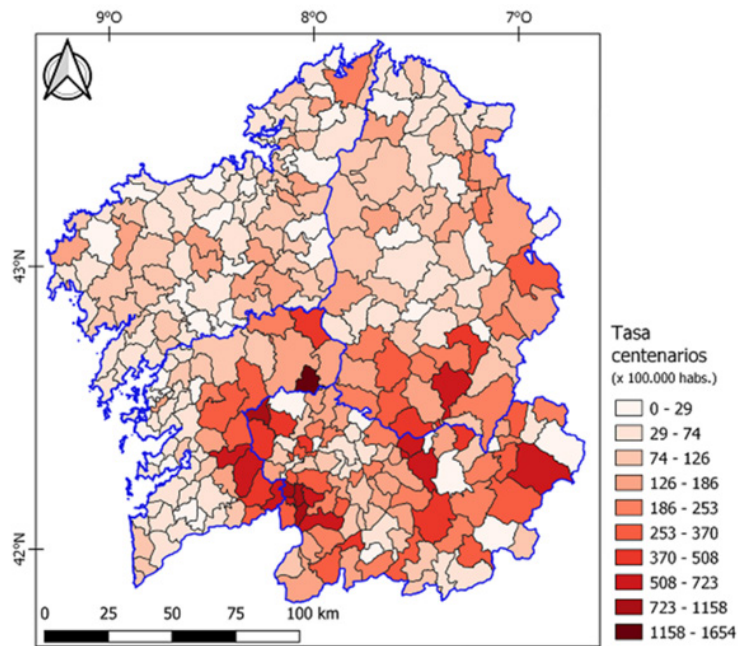


Figura 3b. Prevalencia de centenarios galegos por concellos (escala natural breaks).

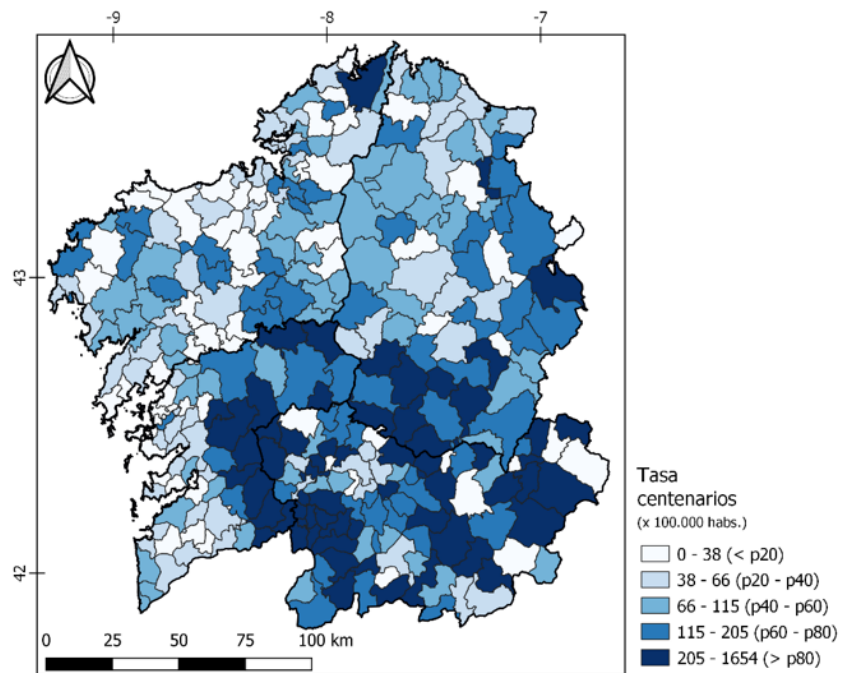


Figura 3c. Prevalencia de centenarios galegos por concellos por cada 100.000 habitantes.

Polo que respecta á provincia de Pontevedra, aínda que no ámbito galego sitúase no terceiro lugar, cunha prevalencia lixeiramente inferior á media (73,49 centenarios por cada 100.000 habitantes), Galega, destacan dúas comarcas con altas taxas de persoas centenarias: a Paradanta e Deza. Polo que respecta a Ourense, esta é xunto con Soria, unha provincias con maior taxa de centenarios no ámbito estatal. A presenza deste grupo etario non é uniforme por toda a provincia ourensá, oscilando as taxas de centenarios por comarcas

entre 64,75 e 297,19 e destacando tres comarcas con taxas de centenarios superiores a 220 (ver figura 4a e 4b): Terras de Celanova (297,19), O Ribeiro (227,73), e Terras de Caldelas (250,98). Se descendemos ao nivel de concellos, destaca Gomesende, na comarca de Terras de Celanova, cunha taxa total de 1366.12 (561,80 para os homes e 2127,66 para as mulleres)



Figura 4a. Prevalencia de centenarios galegos por concellos, visión en 3 D. Taxa por 100.000 habitantes.

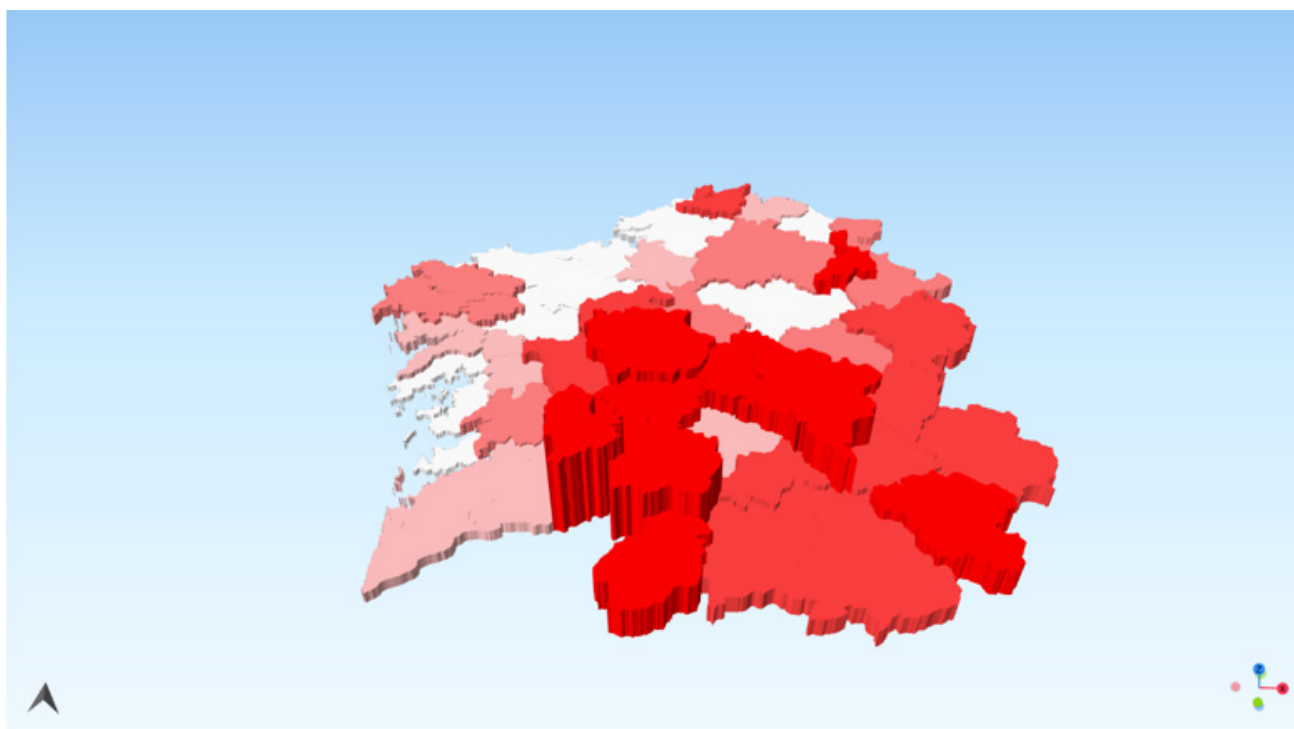


Figura 4b. Prevalencia de centenarios galegos por Comarcas, visión en 3 D. Taxa por 100.000 habitantes.

Por outra banda, se realizamos unha análise en función do xénero observamos que as taxas das mulleres tres veces superiores ás dos homes. Como sucede na maioría de lugares a prevalencia de mulleres centenarias é claramente superior á dos homes (máis de tres veces), dato que é concordante co observado habitualmente na literatura (Osorio-Parraguez et al., 2022), con algunhas excepcións como é o caso de Cerdeña (Italia) e Uygur (China), onde os resultados mostran que a proporción de homes é similar (Córdoba, Pinazo-Hernandis & Viña, 2018).

4. CONCLUSIÓNS

Galicia é unha rexión con alta prevalencia de persoas centenarias, observándose un claro contraste entre as zonas costeiras e interiores. A maior concentración de persoas centenarias atópase en zonas rurais da zona oriental de Pontevedra, o sur de Lugo e na provincia de Ourense. Este estudo, tamén constata a feminización da poboación centenaria, onde o número de mulleres centenarias triplica ao de os homes.

AGRADECEMENTOS

Este estudo foi cofinanciado pola Consellería de Política Social e Xuventude da Xunta de Galicia e pola Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (1986): *El análisis de contenido*. Ed. Akal, Madrid

Bobes J., González, M.P., Sáiz, P.A., Bascarán, M.T., Iglesias, C., & Fernández, J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12, 107-12

Canelada, A. (2016). *The blue zone of sardinia: an intergenerational epidemiological study on nutrition and its application in public health*. [Tesis doctoral]. Universidad de Málaga.

Córdoba V., & Pinazo-Hernandis S. (2016). Una revisión de la investigación en centenarios: factores psicosociales en la extrema longevidad. *Búsqueda*, 3(16), 64-80. DOI: 10.21892/01239813.168

Córdoba, V., Pinazo-Hernandis, S., & Viña, J. (2018). Envejecimiento exitoso en nonagenarios y centenarios valencianos. Estudio de los centenarios en Valencia. *Therapeia. Estudios y Propuestas en Ciencias de la Salud*, 10, 33–55.

<https://revistas.ucv.es/therapeia/index.php/therapeia/article/view/567>

Dominguez, L.J., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2024). The link between spirituality and longevity. *Aging Clin Exp Res*, 36(1):32. doi: 10.1007/s40520-023-02684-5.

European Commission (2023). *State of Health in the EU Synthesis Report*. Publications Office of the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/state_2023_synthesis-report_en.pdf

Foster, L, & Walker, A. (2015). Active and successful aging: a European policy perspective. *Gerontologist*, 55(1):83-90. DOI: 10.1093/ geront/gnu028

Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., ... & Brown, J. C. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052-2090. doi:10.1016/S0140-6736(18)31694-5.

García-González, J.M. (2016). Una extraordinaria longevidad femenina... ¿pero hasta cuando? *Panorama Social*, 23, 27-42. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/023art03.pdf

Guralnik, J.M. (1989). Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health*, 79(6):703-8. DOI: 10.2105/ajph.79.6.703

Gutiérrez, B. (2022). La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el siglo XXI? *Salutem Scientia Spiritus*, 8(4):14-22.

IGE (2023) *Indicadores de poboación. Galicia e provincias. Ano 2022*. <https://www.ige.gal/igebdt/esq>.

Capítulo 26. Intervención comunitaria en soledad no deseada desde la atención primaria de salud.

Antonio Míguez Iglesias, Alba Portabales Goberna, Isabel Quintillán Gil, Amador Pajares Domínguez

Equipo Trabajo Social Atención Primaria. Área Sanitaria de Vigo (SERGAS)

Palabras clave: Soledad, Atención primaria, Intervención comunitaria.

RESUMEN

La soledad es la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo y relacional. Esta soledad no deseada se convierte en un condicionante social que afecta a la salud de personas de todas las edades; pero que determina especialmente diversos procesos de morbilidad y mortalidad entre las personas de mayor edad. Pretendemos dentro de nuestras zonas de salud, y desde el equipo de trabajo social de atención primaria, llevar a cabo un estudio que nos permita identificar la magnitud concreta del problema y llevar después a cabo una intervención preventiva y correctiva en cooperación con otros recursos de la comunidad.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde las unidades de trabajo social de atención primaria del área sanitaria de Vigo realizamos habitualmente visitas domiciliarias con el fin de diagnosticar diversos condicionantes que afectan individualmente a la salud de cada una y cada uno de nuestros pacientes. Hace ya un tiempo comenzamos a observar que uno de los patrones que se estaba generalizando (sobre todo en mayores de 65 años) y constituía un determinante social que afectaba la salud de todos ellos era la soledad no deseada.

Comenzamos intentando entender la complejidad de este fenómeno, que debido a la tendencia global del envejecimiento poblacional posiblemente irá en aumento en los próximos años. Comprobamos, asimismo, que tal como se refleja en investigaciones actuales es un factor que provoca graves repercusiones en la salud física y mental, así como en la mortalidad y en su calidad de vida (Barnes et al., 2022; Beridze et al, 2020; Boetlen et al., 2022; Gardener et al., 2021; Golaszewki, et al., 2022; Smith, et al., 2021).

Ante esta situación decidimos buscar alternativas para gestionar mejor la soledad de nuestras zonas de salud y prevenir sus consecuencias negativas contando con los recursos de la comunidad y estableciendo alianzas estratégicas con la Sociedade Galega de Xerontoloxía y Xeriatría (SGXX) y con profesorado de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Vigo (Uvigo).

El objetivo de este estudio es doble:

Por una parte, pretendemos realizar un estudio screening para determinar la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en los pacientes de estas zonas sanitarias, estableciendo así un perfil de la persona que se

siente sola o aislada socialmente. Por otra parte, diseñaremos un programa de detección precoz e intervención con personas en situación de riesgo de soledad no deseada o aislamiento social.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Comenzamos un proyecto piloto desde 5 centros de primaria para evaluar la situación, buscando un perfil de paciente y realizando un diagnóstico comunitario que nos permita posteriormente diseñar e implementar una intervención (preventiva y correctiva)

Como estrategia metodológica se propone hacerlo desde un modelo de investigación-acción (Lewin, 1946), el cual incluye tres fases: 1) Teorización psicosocial; 2) Análisis de la realidad concreta; y 3) Evaluación o reconocimiento. Se trata de un modelo de ciclo completo, que, aunque clásico, sigue estando en pleno vigor actualmente (Gaviria, López y Cuadrado, 2019).

El trabajo prevemos realizarlo en dos fases: una inicial de estudio y evaluación y una segunda de intervención, que se llevarán a cabo a lo largo del período 2023-2024.

Para realizar la primera fase de este proyecto (screening) se realizó un muestreo multietápico estratificado por servicios de atención primaria, edad y género.

En este estudio piloto, participarán 80 pacientes usuarios de los servicios de atención primaria de a Cañiza, a Guarda, Moaña y Val Miñor a los que se les administrará una batería integrada de instrumentos que incluyen medidas sobre soledad y aislamiento social (Escala de Soledad de De Jong Gierveld, la versión reducida de la UCLA Loneliness scale, UCLA-3) y Actitudes hacia el Propio Envejecimiento (subescala de la Escala Moral del Philadelphia Geriatric Center) y una entrevista diseñada ad hoc que recogía información sociodemográfica de los participantes.

Durante la segunda parte de la fase inicial y apoyándonos en el marco teórico de la salutogénesis de Antonovsky queremos llevar a cabo una búsqueda de recursos que nos permita implicar a los propios pacientes, así como a diversos actores de la administración y/o del Tercer Sector a través de un programa de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (Assets Based Community Development -ABCD-) que nos ayude a planificar la segunda fase, o fase de intervención. Queremos, a través de técnicas cualitativas de investigación realizar un análisis de necesidades y estrategias de resistencia, así como un mapeo de activos. El mapeo se llevará a cabo a través de un proceso participativo y centrado en lo que hace a las personas sentirse sanas.

El output de la primera fase será el diseño de una estrategia de intervención, preventiva y correctiva, para la detección precoz de la soledad y el tratamiento ante situaciones de aislamiento social y soledad. Durante esta la segunda fase, o de intervención, priorizaremos la intervención conforme a criterios de riesgo preestablecidos con el fin de obtener resultados de salud. Como medio utilizaremos la técnica de recomendación o prescripción de activos (Social Prescribing).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Actualmente, con el asesoramiento científico de la SGXX y de la Universidad de Vigo, estamos desarrollando la primera parte de la fase inicial (fase screening). En este punto pretendemos establecer una foto inicial de

la soledad en cada una de nuestras zonas de salud a través del perfil de paciente que se siente solo o está efectivamente aislado. El análisis de los primeros datos, interpretados desde la cautela, por tratarse de una muestra reducida de la población a estudio nos permiten constatar una serie de resultados que coinciden con la literatura científica existente:

- En el rango de personas > 75 años existe una clara tendencia a la feminización de la soledad.
- En este mismo rango etario el motivo principal de soledad tiene que ver con la viudedad.
- Las personas mayores que están aisladas o se sienten solas tienen una peor autopercepción de su estado de salud.
- Estas mismas personas tienden a hiperfrecuentar, tanto las consultas de salud a demanda, como a sobre utilizar los recursos de urgencia/emergencia.

4. CONCLUSIONES

En definitiva, este proyecto pretende tener una triple función que debe ser transformadora de la realidad de nuestros pacientes:

- Mejorar las condiciones de vida de las personas mayores que experimentan soledad no deseada
- Reforzar sus vínculos y la cohesión social
- Potenciar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el esfuerzo a la Sociedade Galega de Xeriatría e Xerontoloxía y la Uvigo por el apoyo técnico y académico en el desarrollo de este proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.*, 11, 11-18.
- Barnes, T.L., Ahuja, M., MacLeod, S., et al. (2022). Loneliness, Social Isolation, and All-Cause Mortality in a Large Sample of Older Adults. *J Aging Health.* 34(6-8), 883-892. doi:10.1177/08982643221074857
- Beavers, N. (2013). Social prescribing and community facing services may be the future for GPs, Primary Care.
- Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., et al. (2020). Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe. *Int J Environ Res Public Health.*, 17(22),8637. doi:10.3390/ijerph17228637
- Boehlen, F.H., Maatouk, I., Friederich, H.C., Schoettker, B., Brenner, H., & Wild, B. (2022). Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. *Qual Life Res.*, 31(7), 2023-2033. doi:10.1007/s11136-021-03055-1
- Gardener, H., Levin, B., DeRosa, J., et al. (2021). Social Connectivity is Related to Mild Cognitive Impairment and Dementia. *J Alzheimers Dis.*, 84(4),1811-1820. doi:10.3233/JAD-210519
- Gaviria, E., Lopez, M., y Cuadrado, I. (2019). *Introducción a la psicología social*. Sanz y Torres, S.L
- Golaszewski, N. et al. (2022). Evaluation of Social Isolation, Loneliness, and Cardiovascular Disease Among Older Women in the US. *JAMA Network Open*, 5(2), e2146461.
- Kretzman, J. P. & McKnight J.L. (1993). *Building Communities for the inside Out: A path toward finding and Mobilizing a Community Assets*. ACTA Publications
- Lewin, K. (1946). *Action research and minority problems*. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46
- Smith, L., Bloska, J., Jacob, L., et al. (2021). Is loneliness associated with mild cognitive impairment in low- and middle-income countries? *Int J Geriatr Psychiatry*, 36(9),1345-1353. doi:10.1002/gps.5524



www.sgxx.org