

HACIA UNA SOCIEDAD LONGEVA:

REFLEXIONES DESDE LA GERIATRÍA
Y LA 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 los capítulos incluidos en este libro 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: Marzo 2025

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)

Web: <https://sgxx.org/es/>

EDITORES:

M^a Elena Mosquera Losada

María D. Dapía Conde

Natalia Verez Cotelo

José M^a Failde Garrido

ISBN:

978-84-09-70993-9

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Innovación Ágil

HACIA UNA SOCIEDAD LONGEVA: REFLEXIONES DESDE LA GERIATRÍA Y LA GERONTOLOGÍA

Prólogo

La longevidad humana se ha convertido en un fenómeno de creciente interés y en un campo de investigación prioritario dentro de la geriatría y la gerontología. La posibilidad de vivir más tiempo es uno de los logros más extraordinarios de nuestra civilización, reflejo de avances médicos, sociales y económicos sin precedentes. La reducción de la mortalidad materno-infantil y la mejora de la supervivencia en edades avanzadas han sido hitos determinantes en este progreso. Sin embargo, este aumento de la esperanza de vida plantea nuevos desafíos que debemos abordar con urgencia y desde una perspectiva integral.

La longevidad no debe ser entendida simplemente como la prolongación de la vida en términos cronológicos, sino como una oportunidad para redefinir el curso vital, promoviendo una existencia más saludable, autónoma y de calidad. Hoy en día, la esperanza de vida mundial supera los 73 años, y una persona de 60 años puede esperar vivir, en promedio, 22 años más. No obstante, persisten profundas desigualdades en función del contexto socioeconómico y geográfico. La brecha entre países ricos y pobres, así como entre distintos grupos dentro de una misma sociedad, subraya la necesidad de estrategias equitativas que aseguren un envejecimiento saludable para todos.

Galicia se erige como un laboratorio natural para el estudio de la longevidad y el envejecimiento. Con una esperanza de vida que supera los 83 años y un 26,3% de su población mayor de 65 años, la región presenta una de las mayores concentraciones de centenarios del mundo, con tasas similares o superiores a las denominadas "Zonas Azules". Estos datos no solo posicionan a Galicia como un referente en longevidad, sino también como un escenario óptimo para el desarrollo y ensayo de políticas innovadoras en salud y bienestar. De hecho, las proyecciones indican que el nivel de envejecimiento que hoy experimenta Galicia será el de la Unión Europea en 2050, lo que convierte a esta comunidad en un modelo adelantado de lo que será el futuro demográfico del continente.

El concepto de longevidad va más allá de la duración de la vida; implica también vivir con salud y plenitud. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento saludable como un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo del tiempo. La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), promovida por Naciones Unidas, es una oportunidad inédita para aunar esfuerzos en esta dirección, implicando a gobiernos, instituciones académicas, sociedad civil y sector privado en un objetivo común: mejorar la vida de las personas mayores y, con ello, la de toda la sociedad.

Los factores que determinan la longevidad pueden dividirse en dos grandes categorías: los genéticos y los ambientales. Si bien durante mucho tiempo se ha considerado que la herencia juega un papel determinante, la investigación actual sugiere que los factores genéticos explican solo entre un 20% y un 25% de la longevidad, mientras que el entorno y los estilos de vida contribuyen entre un 75% y un 80%. Es decir, factores como

la alimentación, la actividad física, el acceso a sistemas sanitarios de calidad y la cohesión social tienen un impacto decisivo en la esperanza de vida. Además, la interacción entre genes y ambiente a lo largo del ciclo vital, conocida como epigenética, abre nuevas vías de investigación para comprender y potenciar un envejecimiento saludable.

El presente libro, "Hacia una sociedad longeva: reflexiones desde la geriatría y la gerontología", ofrece una visión multidisciplinar sobre este fenómeno, abordando tanto sus implicaciones biomédicas como sociales y económicas. A través de sus páginas, el lector encontrará un análisis riguroso de los retos y oportunidades que la longevidad plantea, así como propuestas innovadoras para afrontar el envejecimiento de manera proactiva. Desde el impacto de las políticas de salud hasta el papel de la tecnología en el bienestar de las personas mayores.

Invito a los lectores a sumergirse en estas reflexiones con una mirada abierta y constructiva. La longevidad es, sin duda, uno de los mayores desafíos y logros de nuestro tiempo. Asumirlo con responsabilidad y visión de futuro nos permitirá construir sociedades más equitativas, inclusivas y preparadas para una revolución demográfica sin precedentes.

Santiago de Compostela, 30 de marzo de 2025

José María Faílde Garrido

Presidente de la SGXX

ÍNDICE

BLOQUE TEMÁTICO I: LONGEVIDAD

1. Derechos humanos de las personas mayores y envejecimiento saludable.

María Dolores Fernández Galiño.

2. ¿Estamos respondiendo adecuadamente al reto del envejecimiento?

Ángel Rodríguez Castedo.

3. Una nueva visión del envejecimiento humano basado en el deterioro de los telómeros.

Ángel Tomás Camacho García.

4. “Ageing in Place”. Estrategias para se envejecer en el hogar.

António M. Fonseca.

5. Longevidade e “Ageing in Place”: o contributo da Teleassistência.

Sandra Amaro, Hélder Monteiro.

6. Población centenaria gallega: estilos de vida, variables sociodemográficas y contextuales asociadas a la longevidad.

José María Faílde Garrido.

7. Fisioterapia comunitaria y envejecimiento saludable: Diseño y uso de Espacios Ecosanitarios desde la fisioterapia.

María Jesús Martínez Martínez, Noa Siñuela González.

8. Proyecto: carné de longevidad.

Pablo García Vivanco, Cristina Conde Rodríguez, Ricardo De La Fuente Cid, María Vanessa Villar Armada, Cristina Margusino Framiñan.

9. Fragilidad y envejecimiento saludable, ¿cómo evitar la dependencia?

Vanessa Álvarez Vidal.

10. Comparación de variables sociales y sanitarias entre personas de más de ochenta años según su lugar de residencia (institución o domicilio) en zona rural de montaña.

Gloria Puertas Aznárez, Alberto De Dios Romero.

BLOQUE TEMÁTICO II. OTROS TEMAS Y PROPUESTAS EN EL ÁMBITO DE LA GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

11. Abordaje del paciente mayor con Insuficiencia Cardíaca.

Beatriz Seoane González, Iría Rodríguez Osorio, Fernando de la Iglesia Martínez.

12. Farmacia comunitaria: servicios profesionales farmacéuticos y atención al mayor.

N. Floro Andrés Rodríguez, José A Fornos Pérez, Natalia Vérez Cotelo, Iván Busto Domínguez; Rocío Mera Gallego; Bibiana Guisado Barral.

13. Patrones de ocio en función de la edad.

Laura Ruiz Soriano, María Dolores Dapía Conde, José María Faílde Garrido, Antía Rivera Nieto.

14. Patrones de ocio en la población mayor de 65 años.

Antía Rivera Nieto, Laura Ruiz Soriano, María Dolores Dapía Conde, José María Faílde Garrido.

15. Proyecto TechQoL4Carers: Contribuciones de la plataforma tecnológica CuidaconTIC en los cuidados informales de la población mayor.

Laura Nieto Riveiro, Betania Groba González, Patricia Concheiro Moscoso, María del Carmen Miranda-Duro, Thais Pousada García, Javier Pereira Loureiro.

16. Iniciativa do Dr.Xosé M.^a Dios Diz, especialista de atención primaria do concello de Outes, na realización das xornadas de información sociosanitaria.

Xosé M.^a Dios Diz.

17. Amputaciones en personas mayores: análisis comparativo (años 2017 y 2022).

Elena Santiago Mosquera, María Dolores Dapia Conde, José María Faílde Garrido, María Elena Mosquera Losada.

18. “Poñendo as gafas grises”. Abordaxe do idadismo a través dun mural “pop art” en Ategal Santiago.

Soraya María Redondo Taboada, Delio Sánchez Lojo, María José Fares Varela.

19. Perfil sociodemográfico del cuidador informal, de personas mayores dependientes, que padecen depresión.

Rocío Alba; Álvarez Bautista, Anabel Fernández Rial, Javier Pérez Martín, M.^a Elena Mosquera Losada.

20. “Oldlivesmatter” o contra el edadismo ¿una nueva pandemia? Educación y encuentros intergeneracionales entre adolescentes y mayores.

Lara Cancio Fernández; María Goikoetxea Fonseca; Ana Olveira Mariño; Alba Portela Álvarez; Nerea Rosales Carballo; María Giráldez Miranda.

21. Aprendizaje-Servicio e intergeneracionalidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje. INTERDIXITAIS23.

M^a del Carmen Gutiérrez Moar, Lucía Pérez Blanco, David Facal Mayo.

22. Perfil sociodemográfico en personas mayores de 60 años que se vacunan de la gripe en España.

Fernández Rial, Anabel; Javier Pérez Martín, Javier; M.^a Elena Mosquera Losada.

23. El maltrato en el mayor, ¿un problema infradetectado?

Vanessa Álvarez Vidal.

24. Desafios e Sobrecarga na conciliação da Prática Profissional de Assistentes Sociais com a Direção Técnica de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Uma Análise Qualitativa”.

Carla Carvalho, Catarina Vieira da Silva.

Bloque temático I:

Longevidad

Capítulo 1. Derechos humanos de las personas mayores y envejecimiento saludable.

María Dolores Fernández Galiño¹

¹Valedora do Pobo de Galicia. Magistrada en servicios especiales de la Audiencia Provincial de A Coruña.

RESUMEN

La discriminación de las personas mayores es una causa de discriminación cuya prohibición ha sido tardía a consecuencia de los prejuicios edadistas que todavía perviven en nuestra sociedad. Se analiza en el presente estudio su recepción en el ámbito universal de derechos humanos, aunque está todavía pendiente la aprobación de un convenio internacionales sobre la materia. También se analiza su recepción en el ámbito regional europeo. Simultáneamente a este reconocimiento de la prohibición de discriminación de las personas mayores, se está produciendo un proceso de envejecimiento en el Mundo, en Europa, en España y en Galicia. Para afrontar el reto del envejecimiento al que se enfrenta la Humanidad, se defiende en el presente estudio la necesidad de adoptar un enfoque de derechos humanos con la finalidad de garantizar y promover un envejecimiento saludable de todas las personas mayores, mujeres y hombres.

Palabras clave: derechos humanos, personas mayores, envejecimiento saludable.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la Historia, la vejez se ha visto, y aun actualmente se sigue viendo, de manera negativa como la peor etapa de la vida, con denominaciones en su mayoría despectivas para las personas en edad avanzada (decrépito, chocho, vejestorio, vetusto, carcamal, carroza). La vejez se asocia con la pérdida de las facultades físicas y mentales de la persona, con la pérdida del disfrute de los placeres de la vida y con la antesala de la muerte. Todo lo cual (salvo la inevitabilidad de la muerte, aunque no los prejuicios sobre cómo enfrentarse a ella) es un conjunto de prejuicios en contra de las personas de mayor edad que se conoce como edadismo (que es un neologismo cuyo origen etimológico se encuentra en una traducción bastante forzada al español del término inglés ageism).

Por consecuencia de esos prejuicios edadistas, la conciencia social ha negado la autonomía de las personas por el simple hecho de alcanzar determinadas edades, y ello tiene una repercusión jurídica inmediata pues esa supuesta ausencia de autonomía de las personas mayores por el simple hecho de ser mayores justifica que se les niegue el reconocimiento de derechos que se les reconocían cuando eran personas adultas, o se les limite su ejercicio. Con estas prejuiciosas ideas, queda seriamente comprometida la efectividad de los instrumentos internacionales y nacionales sobre derechos humanos.

Y por consecuencia también de esos prejuicios edadistas, esas situaciones de privación de derechos o de su ejercicio ni siquiera se valoraban como causa de discriminación. Quizás porque el aspecto más destacado de

la edad, a diferencia de otras causas de discriminación que sitúan inmutablemente a las personas en el grupo discriminado o favorecido, es que, si alcanzamos todas las etapas de la vida, todas las personas estaremos, con independencia de nuestra voluntad y por el simple transcurso del tiempo, tanto en el grupo discriminado –juventud, madurez o ancianidad- como en el favorecido –las personas adultas-, y ello ha llevado a considerar una suerte de suma cero y a asumir los prejuicios socioculturales asociados a las edades avanzadas como normales.

1.1 DISCRIMINACIÓN POR EDAD EN LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

La edad no aparece contemplada como causa de discriminación prohibida en la cláusula antidiscriminatoria del artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Ciertamente, esa cláusula antidiscriminatoria se redacta en términos abiertos que permiten añadir más causas que las contempladas y que han posibilitado la inclusión de la edad madura dentro de su paraguas protector; pero su ausencia de contemplación nos delata la falta de conciencia sobre su consideración como causa de discriminación en aquella época en que esa cláusula antidiscriminatoria fue aprobada.

Todos estos planteamientos prejuiciosos comenzaron a cambiar progresivamente en las últimas décadas del siglo pasado. Los derechos humanos quedarían en entredicho si solo se reconociese su titularidad y ejercicio pleno a aquellas personas que, conforme a las convenciones sociales, se considerasen autónomas atendiendo al solo dato de su edad cronológica pues por el agujero de esas convenciones se colarían unos prejuicios edadistas que derogarían de facto los derechos humanos de las personas mayores.

No solo los derechos humanos deben ser inmunes a los prejuicios edadistas que vinculan la falta de autonomía al simple cumplimiento de una edad. Además, la plena efectividad de los derechos humanos exige que se potencie la autonomía de las personas mayores. O sea, no solo se ha superado la idea de que había que tener autonomía para poder tener derechos, además los derechos se conciben como herramientas para mayor autonomía. La autonomía de las personas es un presupuesto del reconocimiento y ejercicio de los derechos, sino un objetivo del reconocimiento y ejercicio de los derechos.

Este redimensionamiento de los derechos humanos ha dado lugar a una nueva generación de convenios internacionales de derechos humanos que atienden a las causas de discriminación, pero no se limitan a prohibirlas, sino que desarrollan un contenido basado en el enfoque de derechos humanos. Lo que ocurre es que, en el caso de la mayor edad, Naciones Unidas se quedó en el intento, a diferencia de la infancia, que sí tiene un convenio internacional propio, o de otras causas de discriminación, como la raza, el sexo o la discapacidad, que también los tienen, y en particular los más modernos sustentados en el nuevo enfoque de derechos humanos que potencia la autonomía de las personas.

Ciertamente, en materia de mayor edad no hay un convenio universal. Pero los trabajos acometidos a finales de la década de los ochenta dirigidos justamente a aprobar un convenio universal no fueron en vano pues cristalizaron en los Principios de Naciones Unidas en favor de las personas de edad adoptados por la Asamblea General (1991).

Dichos principios se estructuran en cinco grandes epígrafes: (1) Independencia: acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados; oportunidad de trabajar o acceso a otras posibilidades

de ingresos; decidir sobre su retiro del trabajo; acceso a programas educativos y formativos adecuados; posibilidad de vivir en unos entornos seguros y adaptables; residir en su propio domicilio tanto tiempo como sea posible. (2) Participación: integración en la sociedad, participación activa en las políticas que afecten directamente a su bienestar; poder aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y trabajar como voluntarios; poder formar asociaciones. (3) Cuidados: acceso a servicios de atención de salud, a servicios sociales y jurídicos; disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de su vida. (4) Autorrealización: acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos. (5) Dignidad: poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y malos tratos; recibir un trato digno, independientemente de la edad, el sexo, la raza o procedencia étnica, la discapacidad u otras condiciones.

Estos Principios son el germen de un posterior convenio universal en la materia de la misma manera en que ocurrió con la raza o el sexo en que los convenios universales sobre estas discriminaciones fueron precedidos años antes por textos no vinculantes; pero el convenio universal sobre esta materia aún no está aprobado más de 30 años después.

Con todo, los Principios en favor de las personas de edad han permeado la propia actividad de Naciones Unidas y la prohibición de discriminación de las personas mayores ha interseccionado con otras causas de discriminación. La Convención de los derechos de las personas con discapacidad (2006), en su Preámbulo, manifiesta la preocupación por "la situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación, entre otras razones por edad". Por ello, se establece la obligación de los Estados parte de "luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida" (artículo 8.b). También la intersección de la edad y el género es analizada en la Recomendación General 27 del Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (2010) sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos.

Más ampliamente, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas adoptó en 2010 la Resolución 21/23 referente a los derechos humanos de las personas de edad, en la que hace un llamamiento a todos los Estados para garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de este grupo social, con la adopción de medidas para luchar contra la discriminación por edad, el abandono, el maltrato y la violencia y a abordar las cuestiones acerca de la integración social y la debida atención sanitaria de estas personas, teniendo en cuenta la importancia decisiva de la solidaridad, la reciprocidad y la interdependencia generacional en el seno de la familia para el desarrollo social.

Varios de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) guardan relación con la situación de las personas mayores; se encuentran ejemplos en la meta 2.2 (poner fin a la malnutrición teniendo en cuenta también a las personas mayores), 11.2 (sistemas de transporte en relación con ciudades y asentamientos humanos inclusivos) y 11.7 (sobre acceso a zonas verdes y espacios públicos seguros). Por otro lado, la desagregación de datos por edad a llevar a cabo los Estados para el seguimiento constituye una oportunidad para una imagen real de la situación de las personas mayores.

1.2 LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO REGIONAL EUROPEO

La Carta Social Europea revisada (1996) establece como uno de los objetivos a que se obligan los Estados parte, el de que “toda persona de edad avanzada tiene derecho a protección social”. Para garantizar su efectividad, los Estados parte se comprometen a adoptar o a promover, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas apropiadas orientadas, en particular: a permitir que sigan siendo miembros plenos de la sociedad durante el mayor tiempo posible; a permitir a las personas de edad avanzada elegir libremente su estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual mientras lo deseen y les sea posible hacerlo; y a garantizar a las personas que vivan en centros la asistencia apropiada, respetando su vida privada, y la participación en las decisiones que afecten a sus condiciones en el centro.

También en esta línea, la Unión Europea se ha ocupado de la discriminación por edad al aprobar la Directiva 2000/78/CE relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. En esta Directiva, que es un auténtico texto de derechos humanos, se prohíbe la discriminación en el empleo, entre otras causas, por edad. A su vez, la edad es una causa de discriminación expresamente prohibida en el artículo 21 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

1.3 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Simultáneamente a la eclosión de la tutela frente a la discriminación por edad y la protección de los derechos humanos de las personas mayores, la población mundial está envejeciendo, lo que es especialmente constatable en el Viejo Continente dada la disminución de la natalidad y el alargamiento de la esperanza de vida (fenómenos muy acusados en España y en Galicia). Es un fenómeno demográfico que presiona sobre los sistemas públicos de protección social, y, en particular, sobre las pensiones de vejez, sobre los sistemas nacionales de salud y sobre el sistema sociosanitario de cuidados. Considerando este escenario, la longevidad de las personas, que es uno de los mayores triunfos de la humanidad, es también uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta.

Ahora bien, las políticas relacionadas con el envejecimiento de la población y el modo en el que este se traduce en gastos no siempre tienen en cuenta las cuestiones de derechos implicadas. Incluso algunas iniciativas relacionadas con el envejecimiento activo para compatibilizar trabajo y pensión de jubilación arrancan de un enfoque que puede ser en parte coincidente, pero que no es equivalente a un enfoque basado en derechos, en la medida en que se orienta a la reducción del gasto y no a la realización de los derechos humanos de las personas mayores. Frente a estos puntos de vista, el enfoque basado en derechos exige políticas públicas dirigidas a los derechos de las personas mayores, las intervenciones han de construirse con su participación y, como resultado, estas personas deben ser conscientes de que tienen derechos y cómo pueden reclamarlos.

Y es importante alertar sobre la pervivencia de los prejuicios edadistas en el contexto de una sociedad envejecida que enfrenta desafíos con respecto a su futuro demográfico y la sostenibilidad de sus sistemas de pensiones y protección social. Un contexto en el cual los prejuicios edadistas adquieren nuevas manifestaciones. Las personas mayores son a veces vistas como desprovistas de valor para la sociedad, improductivas, frágiles e incapaces y la mera edad cronológica se utiliza como justificación suficiente para tratamientos diferenciados o exclusiones sin que ello se cuestione. Algunas de las instituciones que hoy en día se construyen en torno a las personas mayores reflejan esta perspectiva de prescindencia; un ejemplo es que a veces se priva a las personas mayores en situación de dependencia de la posibilidad de decidir dónde y con quién vivir y en

estas situaciones se tienda a priorizar su institucionalización en centros residenciales, de modo frecuente contruidos fuera de los núcleos urbanos, alejados de las familias y en los que la rutina se organiza conforme a unos horarios rígidos.

El compromiso de los poderes públicos con los derechos humanos convierte en obligatoria una revisión de las normas y de las políticas dirigidas a las personas mayores desde el enfoque basado en derechos. Además, la aplicación de este enfoque puede requerir de nuevas normas y nuevas políticas orientadas a hacer reales y efectivos los derechos reconocidos a las personas mayores, para lo cual es preciso, como presupuesto ineludible, tener una representación realista del alcance de las desventajas que padecen.

Las conductas edadistas adquieren connotaciones diferenciales si las examinamos desde la perspectiva de género, constituyendo situaciones de discriminación múltiple género / edad (y a veces alguna otra causa adicional, como la situación socioeconómica, la discapacidad o, en el caso de Galicia el elemento de la ruralidad). Dada su más elevada esperanza de vida, las mujeres son mayoría entre las personas mayores, con lo cual cualquier prejuicio contra las personas mayores afectará muy especialmente a las mujeres mayores; y su posición suele ser más vulnerable que la de los hombres mayores a consecuencia de las situaciones de discriminación en el empleo, de ahí que su acceso a la seguridad social es más débil que el de los hombres (a menudo a través de pensiones de viudedad de escasa cuantía o de prestaciones sociales de carácter no contributivo).

Si a los datos contrastados de que hay muchas más mujeres mayores que hombres mayores dada su mayor esperanza de vida, y de que su situación es más vulnerable que la de los hombres a consecuencia de los prejuicios de género que, a lo largo de su vida, las han llevado a trabajos no remunerados dentro de la economía familiar, a la economía informal, o a trabajos en la economía formal peor remunerados y con menor protección social, y en suma a la carencia de pensiones o a pensiones más reducidas, le unimos la circunstancia de que son mujeres la mayoría de las personas cuidadoras de las personas mayores, tanto en las familias como en el sistema público de cuidados (personal sanitario, sociosanitario; personal de ayuda en el hogar), se comprenderá que las políticas sobre derechos de las personas mayores presentan una incuestionable dimensión de género.

Los estereotipos son la puerta de entrada a la estigmatización, al etiquetado y a la conducta discriminatoria respecto de las personas mayores. Ante las conductas edadistas, debemos volver la vista el enfoque de derechos humanos que se encuentra en los cimientos de los Principios de las Naciones Unidas (1991) y los textos que los desarrollan.

El enfoque de derechos humanos exige que todas las personas mayores deban ser tratadas con el respeto y dignidad inherentes al ser humano. Y ello conduce a la construcción de un derecho de las personas mayores, mujeres y hombres, a un envejecimiento saludable, con independencia, autonomía, autorrealización y merecedor de cuidados. El envejecimiento saludable no es solo la presencia o ausencia de enfermedad o el mantenimiento de las capacidades funcionales, es más bien la combinación de esos dos elementos con la participación activa en la vida, lo que representa el concepto de forma más completa. Estos tres elementos tienen un aspecto en común en relación a envejecer con éxito: fomentar la toma de decisiones personales, ambientales y de estilo de vida, minimizando la importancia de la genética e influyendo en los factores de riesgo que potencian la aparición y desarrollo de la enfermedad. En suma, garantizar el control personal en las decisiones que potencian la calidad de vida.

La realización voluntaria de actividades que repercutan sobre el bienestar, como, por ejemplo, la ciudadanía activa, el voluntariado social, la participación en redes sociales, e incluso un trabajo productivo, se configura, en consecuencia, como la esencia del envejecimiento saludable, y a la vez repercute positivamente en el entorno en el cual se desarrollan esas actividades, sea la familia de la persona, su círculo de amistades o personas allegadas, una organización no gubernamental del tercer sector o una empresa.

A tales efectos, el aprendizaje permanente o aprendizaje a lo largo de toda la vida ocupa un lugar esencial pues, además de ser en muchas ocasiones el paso previo necesario para la realización de otras actividades, coadyuva a mantener la salud física, psíquica y emocional el mayor tiempo posible y sirve como base para un mejor autocuidado y toma de decisiones vitales informadas en relación con el propio proceso de envejecimiento.

Todas las personas mayores deben ser tratadas con el respeto y dignidad inherentes a todos los seres humanos. Es asunto de todos, individual y colectivamente, apoyarlas y protegerlas. Las personas mayores, mujeres y hombres, tienen el derecho a un envejecimiento saludable, con independencia, autonomía, autorrealización y cuidados.

2. CONCLUSIONES

- 1) La autonomía de las personas no es un presupuesto del reconocimiento y ejercicio de los derechos, sino un objetivo del reconocimiento y ejercicio de los derechos. De esta forma, también hay que reconocérselos a la persona que no puede valerse de ellos por sí misma. Ahora bien, habrá que proporcionarle los apoyos necesarios para que sea capaz de hacerlo, en su caso, paulatinamente.
- 2) Históricamente, la edad ha sido la causa de discriminación más olvidada en los tratados internacionales. Sin embargo, ha interseccionado con el género y la discapacidad, de manera que los instrumentos existentes en estos ámbitos le han proporcionado una protección indirecta. Además, los nuevos textos jurídicos empiezan a reconocerla.
- 3) Las políticas públicas deben abordar el envejecimiento teniendo suficientemente en cuenta los derechos que están en juego. En particular, los poderes públicos deben promover las condiciones que garanticen el derecho a un envejecimiento saludable, lo que incluye la participación de las personas mayores en la sociedad, en el diseño de las políticas públicas que les afecten y en las decisiones que se adopten sobre su atención y cuidados.

Capítulo 2. ¿Estamos respondiendo adecuadamente al reto del envejecimiento?

Ángel Rodríguez Castedo¹

¹Ex director general del IMSERSO.

RESUMEN

El aumento de la longevidad es un logro histórico que conlleva un rápido envejecimiento poblacional, especialmente en España, la UE y a nivel mundial. Este fenómeno impacta todos los aspectos sociales, económicos y culturales, requiriendo una respuesta integral de los poderes públicos y la sociedad. Mientras que el cambio climático recibe gran atención y recursos, el cambio demográfico debe también convertirse en un campo de desarrollo económico y mejora de la calidad de vida. Es crucial garantizar pensiones adecuadas, fortalecer el sistema sanitario y coordinar servicios sociales para un envejecimiento activo y saludable. Además, se debe combatir el edadismo, la soledad no deseada y la brecha digital que afectan a las personas mayores. La Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) y otras reformas son pasos positivos, pero es necesario incrementar recursos y mejorar su implementación. Finalmente, se debe reconocer el potencial económico de los mayores y proteger sus derechos jurídicos, promoviendo una sociedad inclusiva y equitativa para todos.

Palabras clave: longevidad, envejecimiento poblacional, derechos económicos.

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad y constituye un triunfo del desarrollo. El rápido envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI y tiene repercusiones ineludibles en todos los aspectos de la sociedad. Los poderes públicos y el conjunto de la sociedad deben dar respuestas a esta realidad y la opinión de las personas mayores ha de consultarse permanentemente.

Vivimos en un contexto global en el que todo el foco y todos los recursos están dirigidos en gran medida hacia el Cambio Climático que está en el centro de todas las agendas nacionales e internacionales, cuenta con enormes cantidades de recursos económicos y constituye un nuevo campo de desarrollo con una gran actividad económica y creación de empleo.

El Cambio Demográfico, en cuyo centro está el Envejecimiento de la población, sigue básicamente en el mundo de los estudios, las proyecciones, etc. Hay que colocarlo también en el centro de todas las agendas y hacer de ello un nuevo campo de desarrollo económico, de creación de empleo y de calidad de vida, asignando para ello importantes cantidades de recursos económicos. Se trata de salvar el planeta, pero también a los seres humanos que lo habitan.

Los datos son contundentes: (INE / Eurostat y ONU)

España: Población 2020: 47.330.000 habitantes: 65 y más-> 19,60%, 80 y más-> 6,1%. Población 2035: 48.250.000 habitantes 65 y más -> 26,5%, 80 y más-> 8,1%. Población 2050: 49.900.000 habitantes: 65 y más-> 32,4%, 80 y más-> 11,6%.

España es, según Eurostat, el país de la UE que más ha envejecido en la última década. Pasó de una media de población de 40,8 años en 2012 a 44,7 en 2021. Frente a estas cifras, los menores de 15 años suponen, actualmente, sólo el 16% de la población.

Unión Europea: Actualmente, según la Comisión Europea, el 20,3% de la población europea son mayores de 65 años. En 2050, se espera que más del 30% de la población europea sean mayores de 65 años. Además, el porcentaje de personas mayores de 80 años se espera que se duplique en ese tiempo, hasta alcanzar el 13% de la población europea.

Mundo: En 2019, según la ONU, una de cada 11 personas tenía más de 65 años (9% población), para 2050, una de cada 6 personas, tendrá más de 65 años (16% población). El número de personas de más de 80 años se triplicará de 143 millones en 2020 a 426 millones en 2050.

Ante estas cifras, es obvio que el envejecimiento, la longevidad de la población es un logro histórico y un fenómeno que hay que abordar cuanto antes y hacerlo con los medios y recursos necesarios. Tiene repercusiones importantes y de vastos alcances en todos los aspectos de la sociedad y constituye un triunfo del desarrollo, siendo el aumento de la longevidad uno de los mayores logros de la humanidad.

Constituye una de las transformaciones sociales más importantes. Una transformación que no se debe solo a los progresos médicos sino también a otros muchos avances en el plano social, económico y cultural, que se han traducido en mejoras en las condiciones de vida, en la alimentación, en la educación, en el trabajo y en el ocio.

Dos motivos principales subyacen a este envejecimiento poblacional. Por un lado, un incremento considerable de la esperanza de vida, a la que han contribuido los avances médicos y la mejora en las condiciones y hábitos de vida y, por otro, un descenso relevante de la natalidad. En España, la tasa de natalidad se ha reducido a menos de la tercera parte en el último siglo. Está en 1,2 hijos por mujer (la tasa de reemplazo es de 2,1). Además, tenemos un aumento significativo de la edad media de ser madre y del número de mujeres sin descendencia.

Estos datos deberían mover no sólo al debate y a la reflexión sino especialmente a la identificación de los temas estrechamente ligados al reto del envejecimiento y a la acción, respondiendo adecuadamente a los mismos. Estos son: las pensiones, la sanidad y su coordinación real con los servicios sociales, el desarrollo pleno de la LAPAD y de los cuidados, el desarrollo y consolidación de una sociedad con personas activas y saludables, velar por su protección jurídica y combatir el edadismo y la discriminación, abordar de una vez el drama de la soledad no deseada y, por último, mirar a la UE y pedir a nuestros responsables políticos y económicos y a los agentes sociales que coloquen en su agenda como tema prioritario el alcanzar, en un plazo razonable, los porcentajes medios de PIB en ingresos y en gastos con la media comunitaria. Dado que España es la 4ª economía de la UE, éstos deberían estar por encima de esa media y más cerca de los países más desarrollados, distribuyendo así más equitativamente los beneficios del crecimiento económico.

En cuanto a las pensiones es necesario señalar que tener una pensión suficiente es el determinante clave para poder envejecer bien y tener un envejecimiento activo y saludable. *Primum vivere, postea filosofare*.

Estos ingresos seguros y anualmente incrementados, al menos con el IPC, dan más seguridad, independencia y reconocimiento. Incluso, según muchos especialistas del mundo de la salud, dichos ingresos (fijos y garantizados) determinan la salud de los mayores. Igualmente, que la esperanza de vida activa es muy superior en personas con pensiones suficientes en comparación con las que no las tenían. El final del camino, la despedida es muy importante en todo. Debemos trabajar por mejorarla.

En esta línea va, a mi juicio, la reciente Ley de Reforma de las Pensiones que supone un mojón positivo en el camino de la consolidación de un envejecimiento más seguro y positivo. Transmite confianza en el sistema de la Seguridad Social, en su estabilidad y sostenibilidad como pilar fundamental de nuestro modelo de sociedad y lo hace con datos. Cuanto más nos acercamos a los datos, a todos los datos, más nos alejamos del argumentario de la campaña permanente en distintos foros que trata de instalar en la ciudadanía la incertidumbre y el temor sobre las pensiones y su sostenibilidad.

Hablar de pensiones es hablar de mercado de trabajo, de empleo.

- Miles y miles de empleos precarios y con bajas retribuciones y millones de ciudadanos en paro, supone una importante pérdida de ingresos en el sistema vía cotizaciones.
- Miles de regulaciones de empleo, de reducciones de plantilla y de jubilaciones anticipadas (la mayoría forzosas), suponen igualmente una importante pérdida de ingresos en el sistema.

Por ello, las pensiones se garantizan e incluso se pueden mejorar:

- Con más y mejores empleos y con adecuadas cotizaciones y
- Creciendo más y repartiendo mejor el crecimiento, es decir, subiendo el PIB e incrementando el % de PIB dedicado a pensiones. No olvidemos que nuestro país es la 4ª economía de la UE y que debería dedicar a pensiones una cantidad superior a la media de la UE. Hay, pues, margen para seguir mejorando.

Hay que poner en valor la existencia y el trabajo de la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo. Es un excelente instrumento de pacto y lugar de acuerdo. Su papel tiene una gran importancia y traslada a los ciudadanos una gran confianza. Igualmente, los Acuerdos que se están logrando en la Mesa de Diálogo Social. Cuando la idea de diálogo social cala en la sociedad, se reduce mucho la incertidumbre y se genera confianza en nuestro sistema público de pensiones que no tiene un problema de gasto sino de ingresos.

En este contexto, es urgente y necesario un incremento por encima del IPC de las pensiones más bajas que continúan siendo claramente insuficientes para la cobertura de las necesidades más básicas y la eliminación de situaciones de pobreza.

En cuanto a nuestro sistema de salud, la pandemia ha puesto al descubierto las carencias de un sistema sanitario muy debilitado por los recortes de la crisis económica pasada (2010-15) en la que (según el INE) perdió un 10% del presupuesto y más de 30.000 profesionales.

El sistema sanitario sufre una gran escasez de plantillas, especialmente en atención primaria, con niveles de bajas retribuciones y alta temporalidad (en alguna Comunidad hasta el 44,3% del personal sanitario es temporal). Asimismo, a principios de 2020 (antes de la pandemia) en torno a 700.000 personas aguardaban una media de 121 días (el doble que en 2010) para una intervención quirúrgica, actualmente post pandemia la cifra supera las 900.000. Todo ello nos muestra un sistema muy presionado y con unas listas de espera que no paran de incrementarse tanto en pacientes que esperan una cirugía, como los que han pedido una consulta o los que necesitan pruebas diagnósticas.

No hay recetas mágicas para atajar las listas de espera, por ello, coinciden en el sector, que es imprescindible una importante inyección de recursos para poder hacer frente al incremento de personal sanitario y a la mejora de sus condiciones de trabajo, así como para la adquisición y desarrollo de nuevas tecnologías de aplicación sanitaria. El % del PIB dedicado a Sanidad debe incrementarse en consonancia con nuestra posición de 4ª economía de la UE. La sanidad es una inversión imprescindible, no un mero gasto. De ella depende que vivamos o no y con qué calidad de vida lo hagamos.

Actualmente existe una alta sensibilización social con el SNS y con los servicios sociales debida a las situaciones vividas en las residencias y de las personas mayores que morían solas en su domicilio. Se deben modificar los protocolos que eviten situaciones discriminatorias como las habidas por la no derivación a hospitales u otro tipo de instalación debido a discapacidad o edad.

Asimismo, es necesario y urgente establecer, de una vez, una sólida coordinación sociosanitaria entre centro de salud y hospital con el hogar y las residencias y con el conjunto de servicios sociales para prestar una asistencia integral. El Cure y el Care debe ser un continuum permanente.

Los sistemas de salud y de servicios sociales son vasos comunicantes y no deben seguir siendo planificados separadamente. Un ejemplo (hay muchos más): si admitimos que las residencias son el hogar que sustituye al propio, si tenían derecho a una atención sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria cuando estaban en su casa, es elemental que ahora en la residencia, que es su actual hogar, también la tengan.

No resolver esta cuestión, además de comprometer la calidad de la atención, es una mala política económica, pues hace que la presión asistencial recaiga sobre el SNS, cuyos costes son mucho más elevados.

Es necesario, pues, poner el foco en el refuerzo de los recursos humanos, la coordinación sociosanitaria, la tecnología, la geriatría y la ampliación de la cartera de servicios del SNS.

Una de las lecciones de la covid-19 es que en la sanidad española se precisa un gran refuerzo en atención domiciliaria, de modo que el hospital no sea la única opción y que la gran mayoría de las personas puedan ser cuidadas en sus hogares hasta el final de la vida. Para ello deben reforzarse la atención médica y los cuidados de enfermería desde los centros de salud en coordinación con los cuidadores familiares y los servicios sociales.

Lo ocurrido durante la pandemia nos debería hacer reflexionar y reforzar la atención sanitaria de las residencias, empezando por los servicios de atención primaria dado que las residencias constituyen el hogar de las personas y que mantienen todos los derechos a la atención del SNS y tener mecanismos fluidos de colaboración con los servicios del hospital de referencia, especialmente en las áreas de medicina interna y de geriatría.

La salud bucodental es parte integral de la salud de las personas. No parece aceptable que, con el nivel de desarrollo económico y social de España, el SNS siga sin cubrir la atención a la salud bucodental. Esta carencia

la sufren de forma especial las personas mayores, incluyendo un alto porcentaje de población edéntula. Abogo por la inclusión en la cartera de servicios del SNS de la atención bucodental empezando por los niños y por las personas mayores con pocos recursos, subvencionando totalmente o en parte los tratamientos que precisen.

En cuanto al desarrollo de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), hay que reconocer como muy positivo el hecho de que los PGE de los últimos ejercicios han incrementado de forma muy significativa los recursos en 3800 millones de euros para la atención a la dependencia y a la autonomía personal, con el compromiso de que seguirán incrementándose en los próximos ejercicios presupuestarios. Por fin se da aire al sistema de cuidados. El SAAD necesitaba ese empujón de credibilidad.

Se constata un progresivo avance en las diferentes ratios, sin embargo, ha tenido un impacto mucho menor de lo esperado en la mejora del sistema. Datos que sitúan en 324 días el tiempo medio de tramitación de un expediente o que más de 40.000 personas falleciesen el año pasado esperando ser valoradas o atendidas o la muy baja intensidad horaria en la ayuda a domicilio y la carencia de plazas residenciales asequibles económicamente, los servicios de bajo coste y las escasas cuantías de las prestaciones económicas siguen siendo la tónica general del SAAD. Muestran tanto la gravedad de las carencias como todo el camino que queda por recorrer.

La dependencia, los cuidados no son un asunto privado que atiende la familia, es un asunto público igual que las pensiones, la salud y la educación. ¿No dicen nuestros representantes que la dependencia es el cuarto pilar del Estado de Bienestar? Lo puede ser con una financiación del 0,8-0,9% del PIB? Nuestros países de referencia en la UE dedican en torno al 1,7-2% y los nórdicos en torno al 2,5-3,2%.

La aprobación de la Ley, abrió un nuevo escenario jurídico al aprobarse un nuevo derecho a los ciudadanos. A partir de ahí, habría que abordar un amplio desarrollo de infraestructuras, de servicios y de prestaciones y de profesionales como se hizo en los años ochenta y noventa después de la aprobación de la Ley de Derecho a la Educación y la Ley General de Sanidad. En el caso de la LAPAD no se desarrolló del mismo modo debido a la explosión de la grave crisis económica de 2008 que provocó unos excesivos recortes presupuestarios a partir de 2012. Ahora se está en un momento de "reiniciar" el sistema y hacerlo como proyecto de país. Las leyes hay que cumplirlas. Todas las leyes.

La LAPAD (ley de autonomía personal y atención a la dependencia) es básicamente una Ley de Cuidados, especialmente relevantes en una sociedad cada vez más envejecida. Una vez aprobada la ley, la atención a las personas con dependencia no tiene que ser un asunto privado que atiende la familia (la Mujer), es un asunto público igual que la salud o la educación.

Es necesario optar por un modelo de cuidados que respete los deseos mayoritarios de las personas mayores de envejecer y morir en su casa, en su entorno habitual, con las adaptaciones y ayudas técnicas necesarias en el domicilio, en el acceso al mismo y en el entorno (su ciudad o su pueblo), con acceso a la oferta de productos de apoyo para la autonomía, con un servicio de Ayuda a Domicilio con mayor oferta y diversidad de profesionales y con una teleasistencia con carácter universal.

Igualmente, es necesario ofrecer nuevas plazas residenciales y aumentar las ratios de personal en línea con los nuevos modelos arquitectónicos y de atención centrada en la persona, así como incrementar la cuantía de la plaza concertada como condición imprescindible para mejorar la dotación en plantillas y la calidad de los servicios, desde la perspectiva de que estos centros son lugares para vivir y convivir y sustituyen a los hogares familiares y no son centros sanitarios.

El desarrollo y la implantación del SAAD no solo supone atender las necesidades de miles de personas y de sus cuidadores informales, sino también una apuesta por el empleo y el desarrollo económico. Si nuestro volumen de prestación de servicios de atención a la dependencia se equiparase a la media de nuestros países de referencia de la UE, se lograría una muy importante contribución al empleo. Esto conllevaría miles y miles de ciudadanos con capacidad de gasto, más ingresos públicos por IVA, IRPF, Impuesto de Sociedades y Cotizaciones a la S.S., además de una reducción de gasto en prestaciones por desempleo.

Permitiría, además, la incorporación al mercado de trabajo de miles y miles de mujeres (nuestras madres, nuestras hijas) que la tienen cerrada por su dedicación al cuidado en el ámbito familiar y que les impide su propia realización profesional y su cotización de cara a su pensión futura. Constituye, además, uno de los mejores instrumentos para mejorar la situación crónica de desempleo en nuestro país. Se incrementa así la tasa de población activa y la productividad, generando elevados retornos económicos y fiscales (más recaudación fiscal y de la seguridad social).

Los fondos que España está recibiendo y recibirá del Mecanismo Europeo de Recuperación deberán contribuir a impulsar la economía de los cuidados y el modelo de atención a las personas mayores que necesita de más intensidad y calidad, y priorizarán los proyectos que generen mucho empleo. Por eso se necesitan grandes proyectos. Y el del desarrollo de la LAPAD lo es. Se trata de una gran oportunidad de financiación difícilmente repetible y que nuestro país no puede perder.

En cuanto al envejecimiento activo y saludable, sustituye el planteamiento basado en “necesidades” que contempla a las personas mayores como receptores pasivos, para fundamentarse en la planificación basada en el reconocimiento de los “derechos” de las personas mayores y en los principios de participación, realización del proyecto de vida, adopción de estilos de vida saludables, actividad física, mental y social y el aprendizaje continuo.

Poder disfrutar de un entorno físico y digital accesible, de una vivienda que permita envejecer en ella o tener otras alternativas residenciales con servicios comunes. Igualmente, una ciudad accesible a través de transporte accesible, comercios de proximidad, acceso a los servicios sociales y sanitarios, a la cultura, al ocio, etc.

Es importante destacar el uso del tiempo que realizan las personas mayores en el ámbito de su participación en diversos cursos y actividades formativas, a través de organizaciones sin ánimo de lucro y del asociacionismo vía las organizaciones de mayores y pensionistas y en el voluntariado que realizan.

Ante la baja representatividad social y política, el colectivo de las personas mayores reclama espacios para tener voz propia y para ser escuchado mediante un papel activo y efectivo en Organizaciones y Plataformas de Mayores y Pensionistas y en los Consejos de personas mayores a nivel municipal, autonómico y estatal, que deberían ser claves para la defensa de sus derechos y la atención de sus necesidades. A este respecto creemos que es necesario reimpulsar el Consejo Estatal del IMSERSO. Que camine hacia el modelo del Consejo Estatal del CERMI que resultó un modelo de éxito, facilitando y simplificando la interlocución y la adopción de acuerdos.

Es relevante señalar que, ante la creciente y brusca digitalización de diversos servicios esenciales privados y públicos, es necesario y urgente hacer valer los derechos de las personas mayores y del conjunto de los ciudadanos que sufren la brecha digital. Insistiendo en la garantía de una atención presencial en las entidades bancarias y oficinas de las AAPP acompañada de una atención telefónica humana, no robotizada.

Hemos pasado del “vuelva usted mañana” de Larra a “apáñeselas como pueda con el móvil” o al tan repetido “esto se hace por interné”

Todo es por internet y hay mucha gente (cuanto más mayor, peor) que no se entienden bien con las tecnologías y muchas de ellas no tienen a nadie que les eche una mano. No se puede permitir esta situación.

Todo ello hace que se intensifique no solo la exclusión financiera de los mayores sino también (y sobre todo), la sensación personal de sentirse abandonados, humillados, inútiles.... Esto se llama maltrato. Edadismo.

Hay situaciones muy frustrantes cuando se digitaliza la atención a la ciudadanía sin poner la persona en el centro. Quién no ha visto a alguien gritándole a una máquina y pidiendo que le atienda una persona. Debe ser obligatorio que siempre haya opción de que te atienda una persona frente a los sistemas robotizados.

Para cualquier usuario no-nativo-digital resulta a veces difícil acordarse, por ejemplo, de las claves para aceptar una operación, cuesta encontrar la pestaña adecuada, meter bien los datos, acertar cuando la tecnología se queda detenida o te manda un mensaje en un lenguaje desconocido. Y no todo el mundo tiene un ordenador, tiene alguien que pueda ayudarle, no siempre es fiable entregar los datos personales a cualquiera para que te preste una ayuda, etc.

Todo esto sucede de una forma más clara y cruel en la España rural: sin sucursales (la más próxima a varios Km), sin cajeros o meros dispensadores de efectivo, sin familiares ni personas que puedan ayudarles, con problemas de desplazamiento, etc. Según el Banco de España incluye 1,5 mill de personas.

Ante estas realidades, se hace necesario el diseño y la aprobación de marcos normativos que protejan los derechos de las personas mayores respecto al acceso a los servicios públicos y esenciales (bancarios, empresas de servicios, AAPP). Se están convirtiendo en territorio hostil para gran parte de sus clientes, especialmente los de edad más avanzada. A este respecto, señalar que están en avanzado trámite parlamentario las leyes de Servicios de atención a la Clientela y la de Creación de la Autoridad Administrativa Independiente de Defensa del Cliente Financiero que constituirán el marco legal para las garantías efectivas del cumplimiento y ejercicio de nuestros derechos.

Señalar finalmente, en este apartado, el potencial económico de los mayores que genera, sin duda, oportunidades que estimulan la actividad económica. Se trata de una población que atesora patrimonio y otros recursos acumulados a lo largo de su vida laboral. Con una actitud cada vez más activa que ya no se concibe como una fase de retiro sino como una fase de cambio en la que priman los hábitos saludables, el aprovechamiento del tiempo, las actividades de ocio y cultura, los viajes, así como la formación, el aprendizaje y la participación.

Todo ello les convierte en un grupo de población económicamente diferenciado y proactivo, viéndose beneficiados de este aumento de población algunos sectores económicos, tales como alimentación, domótica y nuevas tecnologías, formación, seguridad, cultura, entretenimiento y ocio, hostelería, turismo... Todo ello convierte la longevidad en empleo y actividad económica.

En cuanto a la protección jurídica de las personas mayores, actualmente se vive un momento de reformas y de creación de nuevos derechos para apoyar a las personas carentes de autogobierno, por causa de enfermedad crónica o de su avanzada edad.

Un buen ejemplo es La Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica que va a cambiar el paradigma de protección a las personas faltas de autogobierno.

Otro ejemplo son los derechos que nacen de la autonomía de la voluntad de la persona mayor, por ejemplo, la auto curatela que le permite señalar al juez la persona elegida para actuar en su nombre en caso de modificarse su capacidad de obrar, evitando se nombre a parientes no deseados. O las voluntades anticipadas por las que la persona mayor expresa en un documento, de forma anticipada, cuáles son los cuidados sanitarios que desea recibir cuando haya perdido su capacidad de expresar su voluntad.

También debemos estar muy alerta sobre la No discriminación por edad. En la actualidad aún se producen situaciones de discriminación por edad en materia de salud y de accesibilidad. El fallecimiento de miles de personas mayores en las residencias lo coloca encima de la mesa y es necesario abordarlo. También es imprescindible la transposición efectiva de la normativa de la UE contra la discriminación de las personas mayores al ordenamiento jurídico nacional.

Todo ello, implica una nueva concepción en la protección del mayor. Para facilitar su conocimiento, será necesario un esfuerzo pedagógico y divulgador de los organismos del Estado encargados de la Justicia y, muy especialmente del IMSERSO, también de los colegios profesionales y sociedades científicas y por supuesto, del movimiento asociativo, mediante cursos, folletos, la elaboración de guías informativas sobre todos estos temas y realizar campañas de concienciación sobre los derechos de las personas mayores.

Señalar, finalmente, que el Edadismo y la Gerontofobia, así como los Malos Tratos son una realidad. No son suficientemente visibles, pero están ahí, tanto en la sociedad como en la propia familia del mayor. No sólo malos tratos físicos sino también los psicológicos que son los más numerosos.

En cuanto a la soledad no deseada, el aislamiento social de los mayores es uno de los factores que más afecta a la felicidad y al bienestar. Llega a afectar, según estudios realizados, al bienestar de las personas más que la propia salud física. Contra el dolor hay pastillas, contra el sufrimiento no las hay. Casi nadie se ocupa ni preocupa por el vecino. Es muestra del nihilismo de una sociedad cada vez más individualista que propicia la indiferencia.

La soledad no deseada es un problema social que afecta cada vez a más personas en Europa y en España. Supone una fuente de sufrimiento, limita el proceso de participación en la sociedad y tiene consecuencias negativas en múltiples aspectos de la vida generando muchos costes sociales.

La preocupación e insistencia de muchas organizaciones de mayores, de profesionales y de organizaciones de diversos campos por esta problemática ha dado lugar a la creación por la Fundación Once del Observatorio Estatal de la Soledad no deseada.

Está siendo y será un importante actor en la generación y difusión de conocimiento y datos estadísticos sobre la soledad no deseada que ayudará a enfocar adecuadamente las acciones a emprender. Será también una herramienta eficaz en orden a conocer más a fondo las causas y consecuencias de la soledad no deseada que hace sufrir tanto a tantas personas mayores. Dará a conocer, de una parte, una realidad muy desconocida, de la que nuestros sistemas estadísticos apenas se ocupan y, de otra, las buenas prácticas que se hacen en algunas ciudades y pueblos.

Ahora, es urgente que se elabore y ponga en marcha por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas un Plan Estatal para prevenir y combatir la Soledad No Deseada, adecuadamente dotado económicamente, con una potente Unidad Coordinadora y con revisiones y planes de acción anuales. Implicando a toda la población: asociaciones, agentes sociales, universidades, medios de comunicación, etc.

En esta estrategia deberán jugar un papel muy relevante las Corporaciones Locales. Los Ayuntamientos son esenciales porque de ellos dependen muchos de los servicios de proximidad tan relevantes a este respecto, además en varios de ellos están funcionando ya exitosos programas. También la labor de las diversas asociaciones sociales que vienen prestando distinto tipo de servicios. Esto supondrá fortalecer una cultura de colaboración entre organismos e instituciones diversas. Nada fácil.

No es sólo un tema de servicios sociales también atañe a la planificación de los servicios sanitarios (especialmente a la atención primaria), al urbanismo y diseño de los pueblos y ciudades, a la política de vivienda (accesible y sin barreras), a la seguridad de las personas mayores solas para protegerlas de los abusos y de los engaños, a las actividades culturales, a la brecha digital pues las tecnologías de comunicación constituyen un excelente medio para acompañar a quienes se sienten solos y para acceder a los servicios que la comunidad les ofrece.

Señalar, por último, que algunos países, conscientes del problema, han creado estructuras administrativas de alto rango para poder coordinar y combatir con decisión a uno de los males contemporáneos más silenciosos y silenciados y uno de los efectos no deseados del envejecimiento de la población. Quizá habría que pensar en algo similar en nuestro país.

2.CONCLUSIONES

Si se quiere responder mejor al Reto del Envejecimiento, es necesario converger con los mejores países de la UE y no solo hay que hacerlo en los indicadores económicos: inflación, déficit y deuda sino también en los indicadores de gasto social y de ingreso fiscal.

Tradicionalmente, el déficit público español ha sido y es más el resultado de las insuficiencias de ingresos que de un exceso de gastos.

Hay que insistir en esto en el debate social y en los medios e ir logrando que se hable más de los Ingresos y cómo se reparten. Redistribuyendo mejor el crecimiento económico tendremos más recursos para sostener y mejorar nuestro sistema de Bienestar y responderemos más adecuadamente al Reto del Envejecimiento.

Capítulo 3. Una nueva visión del envejecimiento humano basado en el deterioro de los telómeros.

Ángel Tomás Camacho García¹

¹*Jefe Servicio Laboratorio, Vithas Red.*

RESUMEN

Una visión científica del envejecimiento que predomina en la actualidad es que el ADN de nuestras células se va deteriorando paulatinamente, lo que ocasiona que las células envejecan de manera irreversible y se vuelvan disfuncionales. Pero ¿qué ADN es el que se deteriora? ¿Y por qué se deteriora? Las pistas apuntan ahora a los telómeros como los principales causantes. Los recientes hallazgos científicos y clínicos han dado pie a un nuevo concepto: los telómeros de todo el cuerpo se acortan a medida que envejecemos, y este mecanismo subyacente contribuye a la aparición de la mayoría de las enfermedades relacionadas con la edad. Los telómeros explican cómo nos quedamos sin la capacidad de regenerar tejidos (lo que se ha dado en llamar “senescencia replicativa”).

Lo que nos muestran estos estudios es que si queremos prolongar al máximo nuestro periodo de vida sana tenemos que proteger nuestros telómeros, manteniéndolos sanos y largos. Es por ello que tenemos el poder de influir sobre el acortamiento de nuestros propios telómeros cuidando nuestra alimentación, limitando la exposición al sol, haciendo ejercicio físico moderado, evitando el tabaco y drogas, tratando de disminuir el estrés personal, familiar y profesional y, sobre todo, durmiendo las horas necesarias. Todo esto nos ha llevado a una visión muy importante para todos nosotros: tenemos control sobre la forma en que envejecemos, y ese poder que nos atribuimos influye en la longitud de nuestros telómeros.

Palabras clave: envejecimiento, telómeros, ADN.

1. INTRODUCCIÓN

En 1953 James Watson y Francis Crick descubrieron la estructura básica del ADN, lo que se denomina la doble hélice. El ADN es la estructura química que almacena la información hereditaria que se transmite de una generación a la siguiente y organiza el universo increíblemente complejo de la célula. El día de su descubrimiento, el 28 de febrero de 1953, Francis Crick pronunciaría una frase mítica: “hemos descubierto el secreto de la vida”.

Ese ADN, con sus cerca de 35.000 genes, se encuentra dentro de los 23 pares de cromosomas que contiene cada célula. Pero, para proteger esa valiosa información, todos tenemos en nuestros cromosomas un extremo terminal denominado telómero que es esencial para proteger la integridad de los cromosomas (se ha hecho la analogía con el herrete que se pone en los extremos a los cordones de los zapatos para que no se deshilache el cordón y puedan entrar más fácilmente por los agujeros).

Pues bien, la mayoría nacemos con una determinada longitud del telómero que equivale a unas 100 divisiones en las células humanas. Y cada vez que una célula se divide, todo su ADN contenido en los cromosomas debe ser copiado porque eso lleva las vitales instrucciones que mantienen nuestras células en un buen estado de funcionamiento.

Pero hay un problema técnico en la forma en que se copia el ADN. Cada vez que se divide la célula y se copia el ADN, se desgasta y acorta parte de ese ADN de los extremos, el ADN telomérico. Ese desgaste final de los telómeros refleja el envejecimiento (las células de la piel comienzan a morir y comenzamos a ver arrugas, las células del pigmento del cabello mueren y comenzamos a ver canas, las células del sistema inmune mueren y aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas y cáncer, las del cerebro mueren y aparecen enfermedades neurodegenerativas, las del páncreas mueren y aparece diabetes...) Y así, cuando esa punta ya es demasiado corta, ese desgastado telómero envía una señal a las células. "El ADN ya no está siendo protegido. Es el momento de morir". Y fin de la historia.

Así pues, cuando los humanos envejecemos nuestros telómeros se acortan. En términos generales, cuánto más largos son los telómeros, mejor uno está. Es el acortamiento de los telómeros lo que nos lleva a sentir y ver los signos de envejecimiento en todas nuestras células, tejidos, órganos y, en definitiva, en todo el organismo.

Pero ¿qué conduce al envejecimiento? ¿Cuáles son los factores por los que los humanos evolucionamos de la salud al envejecimiento y a la enfermedad?

En la transición de un individuo de la salud a la enfermedad intervienen muchas causas, desde exposiciones tóxicas ambientales hasta factores genéticos. Sin embargo, los genéticos parecen ser mucho menos importantes que los factores ambientales; un llamativo ejemplo genético es la progeria. El término progeria proviene del griego pro, "hacia, a favor de" y gero, "viejo" y significa envejecer prematuramente. La progeria tiene una incidencia de 1 niño por cada 8 millones de nacimientos. La progeria infantil es una enfermedad genética rara, incurable y fatal, caracterizada por un envejecimiento brusco y prematuro tanto en los niños como en niñas, sin distinción de razas, provocando niños con la apariencia de ancianos. En general, el proceso de envejecimiento se produce 5 a 10 veces más rápido que lo habitual en estos pacientes y por ello aparentan mucha mayor edad que la que tienen. La mayoría de los niños con progeria fallecen de enfermedades cardíacas que afectan a millones de adultos con envejecimiento normal. En este contexto, la media de edad de fallecimiento en esta patología es alrededor de los 13 años, con un rango que se extiende de los 8 a los 21 años. Un aspecto importante es que los niños con progeria no presentan alteraciones neurológicas, son inteligentes, valientes y están llenos de vida y por esta razón su desarrollo cognitivo y emocional no se correlaciona con el envejecimiento fenotípico. Un pequeño error ortográfico genético, en una sola letra entre tres mil millones de letras de la herencia humana, es el responsable de un efecto tan terrible en el cuerpo.

Tradicionalmente el término ambiente ha ido asociado a la exposición a contaminantes ambientales externos, bien en el trabajo (hidrocarburos aromáticos policíclicos, por ejemplo) o bien en el ambiente de la comunidad (pesticidas, por ejemplo). Este concepto de ambiente ha sido absolutamente reduccionista dejando fuera otros factores externos e internos, tales como el estrés, la localización geográfica donde reside el paciente (por ejemplo, exposición a radón), los hábitos del individuo (ingesta de fármacos, tabaco, alcohol y otras drogas), el sedentarismo, la nutrición inadecuada y de forma especial, la calidad nuestro sueño.

Todos estos factores ambientales son generadores de radicales libres (RL); sólo cuando el aumento del contenido intracelular de RL sobrepasa las defensas antioxidantes de la célula se produce estrés oxidativo. Los RL son inestables e hiperactivos, por lo que pueden unirse a moléculas vitales y sensibles como proteínas, grasas y otros tejidos, e incluso a nuestra carga genética, el ADN. En ese momento se forma una interminable reacción en cadena que, de no ser detenida en su comienzo, puede provocar daños acumulativos y fundamentales, entre ellos el desarrollo de procesos cancerígenos, enfermedades crónicas y, de forma especial, el envejecimiento prematuro.

Pero, para contrarrestar el efecto perjudicial de los RL, los organismos vivientes han desarrollado sistemas de defensa antioxidante; los antioxidantes son moléculas que previenen o retardan la oxidación de las biomoléculas: lípidos, proteínas, hidratos de carbono y el ADN. Según su estructura molecular los antioxidantes se clasifican en enzimáticos y no enzimáticos. El control enzimático se produce por enzimas como superóxido dismutasa y catalasa, cuya función es transformar los radicales libres en agua.

Por otra parte, tenemos antioxidantes no enzimáticos que contrarrestan aquellos RL que no somos capaces de transformar en agua, como la vitamina C (ácido ascórbico), vitamina E (alfa-tocoferol), carotenoides y polifenoles. La vitamina E es el mayor antioxidante liposoluble en las membranas celulares que sirve para proteger contra la peroxidación lipídica (de ahí la importancia que tiene nuestra dieta con aceite de oliva, girasol, etc.).

Los agentes antioxidantes exógenos son aquellos que se ingieren a través de la alimentación y desde el punto de vista práctico son los más importantes de todos, ya que son los únicos que pueden ser introducidos al organismo de forma voluntaria por cada persona.

En general, se ha prestado muy poca atención a la gran cantidad de componentes que existen en alimentos vegetales denominados fitoquímicos. La mayoría de los nutricionistas coinciden en que los fitoquímicos de una dieta tienen al menos tanta importancia o más, en la protección frente al estrés oxidativo, que los propios antioxidantes. Los trabajos publicados muestran de manera muy clara que ninguna vitamina por sí misma y de forma aislada (aunque tenga un poder antioxidante tan importante como la Vitamina C o la E) obtiene unos efectos tan elevados en la prevención del daño tisular como el mantenimiento de una dieta completa de contenga elevadas cantidades de fitoquímicos contenidos en una dieta rica en frutas y verduras (que aportan especialmente polifenoles). Es decir, la suplementación con nutrientes "multiantioxidantes" que no trabajan aisladamente sino de forma sinérgica entre ellos es mucho más eficaz que la suplementación única con uno o varios antioxidantes que conduciría a beneficios parciales. La dieta balanceada puede cambiar nuestro destino y prolongar la vida, convirtiéndose en el auténtico elixir de la juventud.

2.CONCLUSIONES

Pero ¿podemos revertir ese acortamiento de los telómeros? ¿tengo algún control sobre la longitud de mis telómeros y de mi bienestar?

Sí, por supuesto; tenemos el poder de influir sobre nuestros propios telómeros cuidando nuestra alimentación, limitando la exposición al sol, haciendo ejercicio físico moderado, evitando el tabaco y drogas, tratando de disminuir el estrés familiar y profesional y, sobre todo, durmiendo las horas necesarias. De forma especial, esto último nos ha llevado a una visión muy importante para todos nosotros: tenemos control sobre la forma en

que envejecemos controlando la forma en que dormimos. Ese poder que nos atribuimos influye en la longitud de nuestros telómeros. Envejecer ya no tiene que ser, como se creyó durante tanto tiempo, una resbaladiza pendiente unidireccional hacia la enfermedad y decrepitud. Todos envejecemos, pero como lo hagamos depende en gran medida de nuestra salud celular y de nuestros telómeros.

Un ejemplo es lo que sucede en el pueblo de Ogimi, un pueblo situado en la isla de Okinawa, el lugar del mundo con mayor concentración de centenarios. Los secretos de la extraordinaria longevidad de los habitantes de la isla de Ogimi hay que buscarlos en la genética, pero también en los hábitos de vida, caracterizados por una elevada exposición a la luz natural, horas de actividad física moderada, estrechos contactos sociales, una alimentación sana y, sobre todo, un tiempo suficiente de sueño. Resulta curioso comprobar que los descendientes de estos centenarios, que han emigrado a Tokio o a Estados Unidos, ya no alcanzan estas edades, lo que demuestra que solo la buena genética, sin los adecuados hábitos de vida, no es suficiente para mantener la eterna juventud de los habitantes de Ogimi.

Referencias bibliográficas

- Blackburn, E., Epel, E., & Lin, J. (2015). Human telomere biology: A contributory and interactive factor in aging, disease risks, and protection. *Science*, 350(6265), 1193–1198.
- Carroll, J. E., Esquivel, S., Goldberg, A., & Seeman, T. E. (2016). Insomnia and telomere length in older adults. *Sleep*, 39(3), 559–564.
- Blackburn, E., & Epel, E. (2017). *The telomere effect: A revolutionary approach to living younger, healthier, longer*. Grand Central Publishing.
- Halliwell, B., & Gutteridge, J. (1989). *Free radicals in biology and medicine*. Clarendon Press.
- Miquel, J., Economos, A. C., Fleming, J., & Johnson, J. E. (1980). Mitochondrial role in cell aging. *Experimental Gerontology*, 15, 579–591.
- Savolainen, K., Eriksson, J. G., Kajantie, E., Lahti, M., & Räikkönen, K. (2014). The history of sleep apnea is associated with shorter leucocyte telomere length: The Helsinki Birth Cohort Study. *Sleep Medicine*, 15(2), 209–212.
- Shigenaga, M. K., Hagen, T. M., & Ames, B. N. (1991). Oxidative damage and mitochondrial decay in aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 88(24), 10771–10775.

Capítulo 4. Ageing in Place. Estrategias para se envejecer en el hogar.

António M. Fonseca¹

¹*Universidade Católica Portuguesa (UCP), Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano (CEDH-UCP).*

RESUMO

Ageing in place significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente. A promoção e valorização de estratégias de envelhecimento em casa e na comunidade é um modelo de intervenção social atualmente privilegiado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015). Uma recolha e sistematização de cerca de oitenta iniciativas de base local, explorando o modo como o conceito de ageing in place é operacionalizado em Portugal por entidades públicas, privadas e associativas, permitiu verificar que tais iniciativas estão disseminadas por todo o país. Embora algumas iniciativas façam mais sentido num determinado contexto social, outras há que podem ser reproduzidas em qualquer local, valendo essencialmente pelos seus objetivos de carácter universal, como combater o isolamento ou promover a mobilidade. Numa perspetiva integrada, estamos perante um bom conjunto de exemplos do que pode ser feito localmente, no sentido de facilitar às pessoas que assim o desejarem, a possibilidade de envelhecerem em casa e na comunidade envolvente, preservando dessa forma a sua identidade e assegurando um sentido de continuidade no seu ciclo de vida.

Palavras-chave: ageing in place, envelhecimento, Portugal.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano. Viver mais tempo é fruto de conquistas de natureza médica, tecnológica e social. Mas a existência de um número cada vez mais elevado de idosos saudáveis e ativos constitui igualmente um desafio para as comunidades. À medida que envelhecem, as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, algumas delas sinónimo de redução ou perda de capacidade. A criação e manutenção de ambientes favoráveis é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes. Por outro lado, o aumento quer na expectativa de vida, quer na expectativa de uma vida com cada vez melhor saúde e maior qualidade, faz com que seja possível as pessoas idosas prolongarem a sua utilidade social por mais tempo, tanto profissionalmente como junto dos seus familiares, amigos e no âmbito da sua rede de proximidade/vizinhança.

Esta «nova velhice» potencia claramente os efeitos positivos do conceito do ageing in place, o qual traduz o objetivo preferencial de se poder viver e envelhecer em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, pelo maior tempo possível. Em Portugal, uma das faces mais visíveis da política social de apoio

aos idosos que emergiu após o 25 de Abril de 1974 foi, sem dúvida, a evolução do número e da qualidade dos equipamentos sociais destinados à população mais velha, com incidência nas respostas Centro de Dia e sobretudo ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (anteriormente designada por «Lar de Idosos»). Apesar do número de pessoas a residir em instituições constituir uma pequena minoria do total da população idosa portuguesa, a ERPI tornou -se um ícone das respostas sociais para a velhice. Em muitas localidades, a existência de uma ou mais ERPI's surge mesmo associada a um sinal de desenvolvimento social, por desse modo atender -se às necessidades dos mais velhos através de um serviço permanente de prestação de cuidados. Pelo contrário, apesar de a larguíssima maioria dos portugueses envelhecer nas suas casas, as medidas de promoção de ageing in place continuam a ter uma fraca visibilidade pública quando comparadas com a atenção que se atribui a soluções institucionais. Encarada pela generalidade dos portugueses como uma resposta-tipo aos problemas decorrentes do envelhecimento individual e populacional, o investimento em ERPI tem servido, com frequência, para justificar a «não-necessidade» de investimento em qualquer outro tipo de intervenção para além da resposta institucional. Este facto tem contribuído para reforçar imagens estereotipadas do que é envelhecer hoje em Portugal e diminuir os direitos de cidadania das pessoas idosas que continuam a viver em suas casas, especialmente quando apresentam algum quadro particular de vulnerabilidade.

Opondo -se a uma visão convencional de assistência à população idosa por via da resposta institucional, a valorização de respostas de ageing in place significa responder às necessidades de assistência a partir dos contextos onde a pessoas vivem, procurando respostas articuladas através de uma integração progressivamente mais alargada de serviços – de âmbito local, regional e nacional. Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas. Não obstante a taxa de ocupação das ERPI's apresentar valores próximos dos 100% (e frequentemente com listas de espera), é fundamental equacionar a criação e o desenvolvimento de respostas diversificadas de proteção e promoção da vida dos mais velhos, atendendo às condições reais de vida dos idosos portugueses.

Sublinhe -se, desde logo, que as pessoas mais velhas não constituem uma população homogénea. Há muita diversidade entre elas e tal significa que não há «respostas universais» para todas as pessoas idosas, mas sim «respostas adequadas»; se, nalguns casos, elas poderão ser mais abrangentes em termos dos respetivos destinatários, noutros casos terão de ser ajustadas de acordo com a sua menor ou maior incapacidade. Um exemplo da diversificação de soluções que procuram garantir a manutenção das pessoas mais velhas nas suas casas e nas comunidades onde elas se inserem é representado pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). O investimento realizado nos últimos anos em respostas de SAD, tendo em vista a sua disseminação por todo o país e a diversificação dos serviços prestados, tem contribuído para a manutenção de um número considerável de pessoas idosas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando mesmo a institucionalização.

O direito de envelhecer em casa e na comunidade com segurança, independência e conforto, é hoje um princípio central do paradigma de envelhecimento ativo e saudável preconizado pela Organização Mundial de Saúde. A generalidade dos organismos internacionais tem reforçado a necessidade de desenvolvimento de infraestruturas que apoiem a permanência dos idosos nas suas casas e comunidades pelo maior tempo possível. Programas de assistência de carácter nacional, regional e local, têm surgido em Portugal nos últimos anos com o propósito de complementar os cuidados domiciliários tradicionais (alimentação, higiene pessoal e limpeza doméstica), procurando atender às necessidades de saúde, sociais e psicológicas, de um número

crescente de idosos vulneráveis e em situação de isolamento social. O Guia de Boas Práticas de Ageing in Place (Fonseca, 2018), permitiu efetuar um levantamento de iniciativas inovadoras, implementadas em Portugal, visando promover e facilitar um envelhecimento em casa e na comunidade assente na autonomia, na participação social e na promoção do bem-estar.

Devido ao seu efeito positivo no bem-estar numa fase avançada do ciclo de vida, o recurso ao conceito de ageing in place como um instrumento político assume que este é o modo de vida mais desejável no decurso do envelhecimento. Em 1994, a OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico declarou a importância das políticas de ageing in place ao definir uma agenda de estímulo de medidas visando a expansão de tais políticas. Estas medidas deveriam facilitar a permanência das pessoas nas suas casas, mesmo se adquirissem alguma incapacidade ou experimentassem um declínio na sua funcionalidade. Ao longo dos anos 2000 a OCDE continuou a encorajar esta linha de ação, incorporando nas suas preocupações a importância dos avanços tecnológicos que podem ser utilizados para responder às necessidades dos respetivos residentes. A Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pelas Nações Unidas em Madrid, em 2002 (coincidente com o lançamento do paradigma de Envelhecimento Ativo), assinalou a importância da promoção do ageing in place, sublinhando um conjunto de preocupações relacionadas com este objetivo: criação de comunidades onde as necessidades dos mais idosos sejam atendidas de modo particular, incentivo ao investimento em infraestruturas locais de natureza multigeracional, estabelecimento de parcerias multisectoriais entre diversos agentes comunitários, criação de serviços de apoio social para pessoas idosas, intervenção direta nas residências da população mais idosa. Neste sentido, foi apontado como objetivo prioritário a adoção de um modelo de ageing in place que prestasse especial atenção às preferências individuais no respeitante às opções residenciais em idade avançada.

Em 2015, no relatório do 2.º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas, são identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de ageing in place (no original, the 5 P's – People, Place, Products, Person-centered services, Policy), ou seja:

1. pessoas (people) a quem se apoia e se presta cuidados;
2. prestação de serviços integrados de saúde e de cuidado pessoal (person-centered services) que promovem a capacidade funcional das pessoas mais velhas;
3. lugares e ambientes (places) amigos das pessoas idosas;
4. produtos e equipamentos (products) que representam novas soluções (tecnológicas, nomeadamente) para responder a problemas decorrentes do envelhecimento (da falta de mobilidade à solidão);
5. políticas inovadoras (policies) para a introdução de sistemas de suporte dirigidos às pessoas mais velhas. -

Finalmente, no âmbito da Estratégia Global e do Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde, a Organização Mundial de Saúde define dez prioridades para uma década de ação (2020 -2030) em prol de um Envelhecimento

Saudável, as quais fornecem ações concretas para se alcançar os objetivos da referida Estratégia Global. Alinhadas com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, cada prioridade é crucial para que o envelhecimento saudável se torne uma realidade global e aí vamos encontrar, na Prioridade 10, uma referência explícita à necessidade de «Desenvolver uma rede global de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas, que lhes permitam envelhecer nas suas casas e comunidades até ao fim das suas vidas».

2. CONCLUSÕES

Em síntese, *ageing in place* é uma expressão comum no pensamento e práticas atuais sobre políticas de envelhecimento. O nosso ponto de vista é que o *ageing in place* seja visto como a primeira opção, uma «opção natural», dadas as vantagens de inclusão social e de recompensa emocional que traz associadas. Envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida e onde estão as principais referências dessa vida constitui uma vantagem em termos de preservação da identidade, de um sentido para a vida e da promoção de sentimentos de segurança e familiaridade. Isto é alcançado tanto pela manutenção da independência e autonomia, como pelo desempenho de papéis nos locais onde se vive. Assim, o *ageing in place* atua de múltiplos modos, que precisam de ser tidos em conta na definição de ações e políticas dirigidas aos mais velhos, como fica bem ilustrado na obra *Ageing in Place. Envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem estar das pessoas idosas* (Fonseca, 2021).

Políticas, programas, serviços e soluções que promovam o *ageing in place* devem ter uma visão integrada que responda às necessidades das pessoas à medida que envelhecem. Olhando para além das necessidades imediatas, de natureza básica ou instrumental, qualquer modelo que vise a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas idosas através do *ageing in place* tem de focar a sua atenção numa perspetiva comunitária, desde logo para contrariar um dos riscos frequentemente associados ao *ageing in place*, o isolamento social. Qualquer esforço para auxiliar as pessoas a envelhecer em casa e na comunidade terá de passar pela sua capacitação para o estabelecimento de relações sociais significativas: os idosos correm menos riscos de experimentar isolamento social quando se sentem incluídos nas suas comunidades, onde possam concretizar um determinado «estilo de vida» de acordo com as suas preferências e com aquilo que valorizam.

As mulheres idosas e os homens idosos têm os mesmos direitos que qualquer outra pessoa, independentemente da sua idade e/ou condição funcional (mais ou menos autónomos ou dependentes), devendo ser-lhes dadas condições para que possam continuar a viver nas suas casas e nas suas comunidades pelo maior tempo possível, respeitando os seus interesses e expectativas, e compensando ou suprimindo as suas necessidades.

Referencias bibliográficas

- Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place: Envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian. Recuperado de Ageing in Place – Fundação Calouste Gulbenkian
- Fonseca, A. M. (2018). *Boas práticas de ageing in place: Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. Recuperado de <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>
- World Health Organization. (2015). *Report on the 2nd WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations*. World Health Organization/Centre for Health Development. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205703>

Capítulo 5. Longevidade e Ageing in Place: o contributo da Teleassistência.

Sandra Amaro¹, Hélder Monteiro¹.

¹FLUP | UNISF, Porto, Portugal.

SUMÁRIO

Em sociedades longevas onde questões de participação e inclusão na comunidade assumem crescente centralidade, tornou-se dominante como paradigma político o paradigma do envelhecimento no lugar. A velhice desejada é, como mostram inúmeros estudos, uma velhice vivida nos espaços que são familiares e onde se contruíram histórias de vida. Este quadro tem gerado uma procura de respostas com um carácter diferenciado, que adiem a institucionalização (consensualmente entendida como o último recurso), incluindo-se no menu de alternativas que têm surgido os serviços de Teleassistência.

Pretendemos refletir sobre o lugar da Teleassistência na oferta de serviços de apoio à população mais velha, tendo em conta o novo paradigma associado ao envelhecimento e à longevidade (Ageing in Place), e no âmbito da execução de medidas de política pública local. Procurar-se-á, em particular, discutir a importância da Teleassistência como serviço que potencia os impactos de outros serviços e modalidades de intervenção, por um lado, e o seu impacto na mitigação dos riscos inerentes a situações de isolamento social.

Assim, apresentamos alguns resultados obtidos a partir de um estudo de caso: o serviço de teleassistência no município de Vila Nova de Gaia, uma cidade a sul do Porto, no Norte de Portugal. Discutiremos, em concreto, o perfil sociodemográfico dos utilizadores do serviço, a cobertura territorial do serviço, os recursos envolvidos no serviço e os indicadores de impacto disponíveis

Palavras-chave: envelhecimento, longevidade, isolamento, solidão, teleassistência, autonomia, ageing in place.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das grandes tendências e uma das maiores questões que têm de ser enfrentadas no século XXI. O envelhecimento demográfico, assim como o envelhecimento populacional e a longevidade, constituem desafios que permeiam a sociedade em que vivemos e tocam de forma direta setores críticos do desenvolvimento social. No âmbito da Agenda 2030 das Nações Unidas, e sob o lema “não deixar ninguém para trás”, foram delineados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que têm como principal preocupação minorar ou erradicar problemas que afetam as sociedades contemporâneas. Alguns desses problemas afetam particularmente as pessoas mais velhas fazendo com que se tornem um dos grupos específicos com maior risco de exclusão devido à ausência e/ou dificuldades de acesso a recursos. Muitos dos ODS referenciam já as pessoas mais velhas e/ou têm ligação aos desafios do envelhecimento.

Nesta comunicação alinham-se os Objetivos 3 (Saúde de Qualidade) e 11 (Cidades e Comunidades sustentáveis) dos ODS, sendo que ambos se complementam. O Objetivo 3 (Saúde de Qualidade), pretende “Garantir vidas

saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades” (ONU, 2015). A implementação eficaz da teleassistência pode reduzir significativamente os níveis de solidão e isolamento entre os adultos mais velhos, contribuindo assim para o bem-estar e saúde mental desta população, além de potencializar a sustentabilidade dos sistemas de saúde resultando numa poupança para o Estado. O Objetivo 11 (Cidades e Comunidades sustentáveis), pretende “Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis” (ONU, 2015). A teleassistência pode ajudar a superar barreiras geográficas, garantindo que mesmo aqueles que residam em locais mais distantes ou em habitações com barreiras arquitetónicas, que os impossibilitam de sair da própria habitação, tenham acesso a serviços de teleconsulta, bem como acionar serviços de emergência ou de conversação. Isso contribui para tornar as cidades mais inclusivas, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente da sua localização ou situação económica. Assim, a teleassistência desempenha um papel importante em tornar as cidades e comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis, ao mesmo tempo em que melhora o acesso aos cuidados de saúde e promove o uso eficiente dos recursos. Portanto, a teleassistência pode ser uma mais-valia para apoiar o envelhecimento na comunidade e contribuir para os objetivos de cidades e comunidades sustentáveis da ONU.

O serviço de Teleassistência objeto da nossa análise foi implementado com o objetivo de ajudar a mitigar alguns dos riscos associados à velhice vivida em isolamento e solidão. Segundo Victor et al. (2000) o isolamento social está interligado com a solidão, embora seja necessário fazer uma distinção entre ambos.

O isolamento social está ligado à integração de pessoas ou grupos na comunidade e caracteriza-se pela falta de comunicação e manutenção de contactos sociais mínimos. Já a solidão está ligada à perceção individual que as pessoas vão tendo sobre a falta de contactos sociais e emocionais relevantes. O seu efeito combinado traduz-se na distância à comunidade e aos seus recursos, aumentando a vulnerabilidade, nomeadamente em situações de necessidade e emergência, pela dificuldade de mobilização de recursos para ajuda rápida. O serviço de teleassistência aparece, sobretudo, para colmatar esta vulnerabilidade e garantir um meio de ligação aos recursos da comunidade.

Um outro tema que atravessa a discussão sobre a teleassistência no quadro dos serviços de apoio social para os mais velhos remete para considerações de natureza económica. Se é certo que há uma perceção generalizada de que a procura de serviços aumenta, também parece ser consensual que os recursos são limitados e que são urgentes formas de ação que se revelem sustentáveis e, mais do que isso, que demonstrem alto valor social, entendido como retorno do investimento. “As políticas sociais para o envelhecimento têm que lidar, de facto, com um conjunto de questões específicas que não são fáceis de conciliar com a agenda de investimento social” (Dias & Lopes, 2016). Enquanto medida de política pública local, o serviço de Teleassistência não pode ser dissociado do paradigma do Ageing in Place, mas parece oferecer um programa de intervenção de baixo custo com potencial de retorno elevado.

Estas dimensões de análise, relacionadas com os objetivos e alcance do serviço de teleassistência, e a sua viabilidade como resposta sustentável e economicamente atrativa são os temas enquadradores que orientaram a reflexão desenvolvida neste artigo.

2. METODOLOGIA

O município de Vila Nova de Gaia é o espaço onde o serviço de teleassistência discutido neste artigo está implementado. Este é um dos maiores concelhos de Portugal em termos de população (307 563 residentes), com quase 1/4 da sua população (22,28%) com 65 ou mais anos (INE, 2022). É um território amplo (168 km²), diversificado e heterogéneo, nomeadamente em termos de ocupação e desenvolvimento, com a coexistência de manchas urbanas e manchas rurais.

A população de referência neste estudo são os beneficiários do serviço de teleassistência referido, parte da população com 65 anos ou mais. Dentro deste grupo há uma evidente heterogeneidade etária, mas com uma inclinação clara para os grupos mais velhos dentro dos mais velhos. Aliás, assinala-se que a média etária se encontra acima dos 80 anos. Como acontece de uma maneira geral com esta população, ela é constituída predominantemente por mulheres, o que é consistente com o fenómeno de feminização do envelhecimento. No que respeita à escolaridade, a maior parte dos beneficiários apresenta muito baixas qualificações.

Quanto ao estado civil, os beneficiários encontram-se na sua maioria “viúvos”. Não obstante, importa considerar as pessoas que vivem em conjugalidade, mas que constituem díades sozinhas, sem rede.

O público-alvo apresenta um grande comprometimento da sua mobilidade, o que agrava o contexto de isolamento. Para além destas vulnerabilidades, muitas delas próprias da idade, têm dificuldades económicas.

Temos aqui, portanto, um contexto de intervenção onde o serviço de Teleassistência é utilizado por uma população que acumula uma série de indicadores de vulnerabilidade.

Com base na metodologia do estudo de caso, e considerando o contexto acima referido, avaliaram-se um conjunto de dados resultantes das atividades correntes das equipas técnicas envolvidas neste serviço, onde se realizam levantamentos regulares tendo em vista perceber como é que os utentes o estão a receber.

3. RESULTADOS

Os inquéritos de satisfação realizados sugerem a análise de algumas dimensões. De facto, no conjunto de indicadores analisados, o indicador que se prende com questões mais materiais de qualidade de vida e de bem-estar e aquele mais diretamente ligado com aquilo que seria, à partida, o objetivo primeiro do programa, apresenta o resultado mais modesto. Tal como podemos constatar na figura 1 apresentada abaixo, verifica-se que as dimensões de maior satisfação passam pela componente emocional e até mesmo relacional.

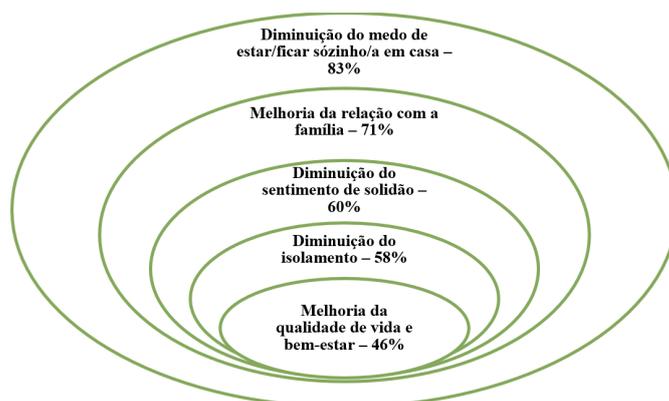


Figura 1 Avaliação de impacto 2018-2021

4. DISCUSSÃO

O gradual aumento da população com mais de 65 anos condicionou a intervenção dos profissionais do setor social. "Esta intervenção é configurada de acordo com as políticas do estado de bem-estar, fundada nos direitos e dignidade humana e num paradigma de desenvolvimento social orientado para a coesão social" (Carvalho, 2014).

A literatura atual indica que a solidão e o isolamento são fatores de risco significativos para várias condições de saúde mental e física dos adultos mais velhos.

Na lógica das políticas públicas, quando se pensa um serviço de teleassistência e quando o poder local se mobiliza para promover este tipo de respostas à população, no horizonte quer dos decisores quer dos próprios técnicos está a necessidade de intervir na dimensão mais material da vida, assegurando bem-estar, conforto, respostas rápidas em casos de emergência. O que parece de assinalar, e em alguns aspetos de forma muito surpreendente, são os impactos que remetem para dimensões de conforto emocional, de alívio de sentimentos de solidão, dimensões de natureza mais imaterial. Salientamos também o facto de a teleassistência acabar por responder a um conjunto de solicitações que, não sendo trabalhadas, poderiam dar origem a uma certa sobrecarga familiar, mas que, desta forma, melhoram a qualidade das próprias relações familiares.

Em suma, a Teleassistência é uma resposta integrada que potencia os diversos recursos/serviços envolvidos, promove o trabalho em Rede e possibilita a autonomia das pessoas mais velhas – Ageing in Place. É uma resposta que retarda/evita a institucionalização precoce, ataca os riscos da longevidade, através do combate ao isolamento e à solidão. É importante ainda referir que o serviço de Teleassistência é uma resposta de alargada cobertura e baixo custo. Efetivamente os destinatários do serviço beneficiam do mesmo 24h/dia sendo que o custo para os municípios que o adquirem se situa na ordem dos 20€/mês por cada beneficiário.

5. CONCLUSÕES

Tendo em conta a reflexão crítica sobre o alcance da teleassistência, os resultados observados no decurso das atividades permitem-nos construir um argumento em defesa do potencial deste serviço para responder àquilo que são os desafios de uma longevidade muitas vezes vivida em isolamento e com alguma fragilidade. A teleassistência apresenta a possibilidade de responder ao paradigma do Ageing in Place, promovendo a vida em comunidade e retardando a institucionalização. Este serviço tem ainda a mais-valia de poder ser uma opção em contextos desafiantes para recursos públicos escassos e que exigem alguma criatividade nas soluções.

O facto de a tecnologia utilizada neste serviço ser de fácil utilização e baixo custo permite alcançar um número significativo de pessoas e, com isso, aumentar o valor social da resposta.

Referencias bibliográficas

- Dias, I., & Lopes, A. (2016). Envelhecimento e políticas sociais em Portugal: Tendências e desafios. En M. C. Antunes & M. E. Leandro (Orgs.), *Envelhecimento: Perspetivas, projetos e práticas inovadoras* (pp. 67–90). Vila Nova de Famalicão: Edições Húmus. ISBN: 978-989-755-195-6.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estimativas anuais da população residente*. INE.
- Lopes, A. (2014). Pobres idosos ou idosos pobres? Discussão sobre o tema da pobreza na velhice. En *Atas da VIII Conferência Nacional de Sociologia* (pp. 1–15).
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: S.O.H. – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Capítulo 6. Población centenaria gallega: estilos de vida, variables sociodemográficas y contextuales asociadas a la longevidad.

José María Faílde Garrido¹

¹Profesor de la Universidad de Vigo, Grupo de Investigación en Envejecimiento y Longevidad (LONXEN).

RESUMEN

As melloras sanitarias, os avances en tecnoloxía médica e farmacoloxía, e o incremento do nivel de vida prolongaron a vida humana. En España, a esperanza de vida aumentou de 34 anos a principios do século XX a 84 anos na actualidade, a máis alta da Unión Europea.

Este avance posiciona a España entre os países con maior esperanza de vida global, con proxeccións que a colocan como líder mundial en 2040. A investigación sobre envellecemento e lonxevidade creceu, impulsada por avances tecnolóxicos e novos paradigmas en biomedicina.

Descríbóronse as claves do envellecemento, pero as súas interaccións son complexas. En síntese, os factores xenéticos explican un 15-30% da variabilidade en esperanza de vida, e o resto débese a factores tales como vos estilos de vida, ou ambiente físico e social e ou sistema sanitario. Galicia é a segunda comunidade autónoma con maior taxa de centenarios e Ourense, xunto con Soria, son as provincias con maior prevalencia de persoas centenarias. 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).

Palabras clave: lonxevidade, personas maiores, centenarios.

1. INTRODUCCIÓN

As melloras nas condicións sanitarias, os avances na tecnoloxía médica e na farmacoloxía, e o incremento do nivel de vida, entre outros factores, contribuíron significativamente á prolongación da vida humana en todos os tramos de idade. Segundo a División de Poboación das Nacións Unidas, a esperanza de vida mundial ao nacer pasou de 46,5 anos en 1950 a 71,7 anos en 2022, e proxéctase que alcance 77,3 anos para 2050 (United Nations, 2022).

En España, a evolución foi especialmente notable: en pouco máis dun século, a esperanza de vida incrementouse en case 50 anos, desde unha media aproximada de 34 anos a principios do século XX (Conde-Ruiz & González, 2021; INE, 2022) ata os 84 anos actuais, destacándose como a máis alta da Unión Europea, seguida por

Italia con 83.8 anos e Malta con 83.6 anos (OECD, 2023). Este notable avance posiciona a España entre os países con maior esperanza de vida a nivel global, con proxeccións que a colocan como líder mundial en 2040 (Foreman et al., 2018). Así a cuestión, a investigación sobre o envellecemento e a lonxevidade incrementouse significativamente nas últimas décadas, sendo un tema que esperta alto interese científico (Faílde et al., 2021), impulsada por avances tecnolóxicos, novos paradigmas na biomedicina, e un crecente interese de institucións académicas, inversionistas e gobernos.

1.1. LONXEVIDADE E FACTORES DETERMINANTES

O estudo da lonxevidade e o envellecemento é profundamente complexo, pois aínda que avanzamos significativamente na súa comprensión, persisten moitas incógnitas sobre os mecanismos biolóxicos, xenéticos e ambientais que inflúen nestes procesos: 1) dano no ADN; 2) o acortamiento dos telómeros; 3) o efecto da contorna no noso xenoma; 4) problemas para eliminar proteínas defectuosas; 5) a senescencia celular; 6) o equilibrio entre nutrientes e antioxidantes; 7) unha adecuada acción antioxidante; 8) a disfunción mitocondrial e inflamación crónica e 9) o rol das células nais na reparación dos tecidos-, as interaccións entre estes nove factores parecen ser extremadamente complexas e non están suficientemente coñecidas (López-Otín et al., 2013). Ademais, poderían existir outros mecanismos aínda non descubertos.

Por outra banda, o equilibrio entre dano acumulativo e mecanismos de reparación en organismos vivos, clave para a teoría do envellecemento refugable, segue sendo difícil de cuantificar na súa totalidade (Kirkwood, 2015). Isto resalta a incerteza respecto á relación entre o envellecemento e os factores externos como a dieta, o estrés ou a microbiota intestinal.

A lonxevidade, pola súa banda, parece asociarse a múltiples adaptacións evolutivas que involucran cambios xenómicos e epixenéticos únicos, moitos dos cales aínda non foron ben caracterizados (Omotoso et al., 2021).

Cando falamos de lonxevidade, este concepto alude á máxima duración posible da vida humana. Significa longa vida e non se refire só a vivir por un longo período de tempo, senón que este tempo de vida sexa en boa saúde, con autonomía e boa calidade de vida.

Diversos estudos teñen demostrado que os factores xenéticos explican entre un 15 e un 30% da variabilidade da esperanza de vida (Herskind et al., 1996; Passarino et al., 2016). Esta contribución xenética á lonxevidade pode observarse claramente en estudos de xemelgos e en análises familiares, onde a duración da vida tende a ser similar entre parentes próximos, especialmente entre irmáns centenarios (Perls et al., 2002). En conxunto, os factores xenéticos non actúan de forma illada, senón que interactúan cunha ampla gama de factores ambientais e comportamentais. Así, mentres que certos perfís xenéticos poden predispor a unha maior lonxevidade, a súa expresión depende en gran medida de hábitos de vida saudables e da contorna social e ambiental ao longo do ciclo vital (Franceschi et al., 2018).

Pola súa parte, os factores ambientais (a contorna física e social, os estilos/hábitos de vida e o sistema sanitario) explicarían entre un 70 e un 85% da variabilidade restante. Ademais, os factores extrínsecos vense afectados por macro factores (económicos, sociais e culturais) que xunto coas condicións persoais determinan os estilos de vida dos individuos, influíndo de modo decisivo na morbi-mortalidade.

1.2. AS ZONAS AZUIS

O estudo científico sobre a lonxevidade extrema comezou nos anos 70 con estudos sobre Okinawa (Xapón) e máis tarde en Sardeña (Italia), acuñándose o termo Blue Zones ou Zona Azul (ZA; Poulain & Herm, 2024). Este termo emprégase para denominar unha área xeográfica do mundo habitada por poboacións excepcionalmente lonxevas, que comparten un estilo de vida e unha contorna común (Yáñez-Yañez & Mc Ardle Draguicevic, 2021). Ata o momento, foron documentadas científicamente como ZA a illa de Okinawa en Xapón, a illa de Ikaria en Grecia, a zona montañosa da illa de Sardeña en Italia e a península de Nicoya en Costa Rica (Pes et al., 2022). Algúns autores falan, mesmo dunha quinta zona azul, Loma Linda na baixa California, Estados Unidos (Herbert et al., 2022), que congrega unha gran comunidade de adventistas (unha rama da Igrexa evanxélica) e que ten unha esperanza de vida 10 anos superior á media estadounidense.

A lonxevidade nas Zonas Azuis resulta dunha interacción complexa entre xenética, ambiente e factores culturais, sociais e comportamentais. Entre os factores comúns destacan dietas ricas en antioxidantes, actividade física constante pero moderada, e unha sólida vida social e comunitaria (Poulain et al., 2013; Pes et al., 2022). Ademais, o illamento xeográfico e histórico pode favorecer a conservación de estilos de vida tradicionais e, posiblemente, unha selección xenética que contribúa a unha vida máis longa e saudable (Deiana et al., 2004; Tanaka et al., 2020).

A escaseza de estudos sobre esta poboación en España e en Galicia (Córdoba et al., 2018) imposibilita saber cales son as verdadeiras causas que explican as diferenzas xeográficas en lonxevidade. Especulouse que as ZA, ao estar situadas en zonas illadas (illas e rexións montañosas), poderían xerar estilos de vida tradicionais, caracterizados por unha moderada e continua actividade física que se estende máis aló dos 80 anos, o consumo de alimentos de proximidade, un nivel reducido de estrés e unha maior solidariedade interpersonal e comunitaria (Poulain et al., 2013; Yañez et al., 2021). Con todo, aínda que non dispoñemos de abundantes datos, a literatura científica destacable a influencia dos factores xenéticos na lonxevidade (Andersen et al., 2012; Bycroft et al., 2019; Šetinc et al., 2024).

1.3. PREVALENCIA DE PERSOAS CENTENARIAS EN GALICIA

A esperanza de vida, a nivel mundial, creceu de forma significativa nos últimos 70 anos (United Nations, 2022) e, con iso, tamén se incrementou considerablemente a poboación de persoas centenarias (Frankowska et al., 2023). Segundo datos estatísticos do padrón continuo de habitantes do INE, ao 1 de xaneiro de 2022, existen 19.639 persoas centenarias, representando o 0,04% da poboación española (Pérez Díaz et al., 2023). Isto equivale a unha prevalencia de 0.41 persoas centenarias por cada mil habitantes, lixeiramente superior á de Europa, situada en 0.20 (Frankowska et al., 2023; Teixeira et al., 2017). Con todo, na súa distribución obsérvase unha gran variabilidade entre territorios, a máxima concentración localízase na zona noroeste da península, en lugares pertencentes a Galicia e Castela e León. Pola contra, a zona sur (Andalucía) e este (Cataluña, Comunidade Valenciana e Murcia) presentan prevalencias significativamente máis baixas. Se consideramos o período comprendido entre 2004 e 2024, preto de 10.000 persoas superaron a idade dos 100 anos en Galicia (INE, 2024).

A escaseza de estudos sobre esta poboación en España (Córdoba et al., 2018) imposibilita saber cales son as verdadeiras causas que explican as diferenzas xeográficas en lonxevidade. Especulouse, que as ZA, ao estar situadas en zonas illadas (illas e rexións montañosas), este factor podería ser a explicación de que se xerasen

nos devanditos lugares estilos de vida tradicionais, caracterizados por unha moderada e continua actividade física que se estende máis aló dos 80 anos, o consumo de alimentos de proximidade, un nivel reducido de estrés e unha maior solidariedade interpersonal e comunitaria, (Poulain et al., 2013; Yáñez & Ardle, 2021).

Se analizamos, a distribución xeográfica de persoas centenarias en Galicia, observamos un contraste Norte-Sur e Este-Oeste, situándose as maiores concentracións na zona máis oriental de Pontevedra, no Sur de Lugo e en múltiples comarcas da provincia de Ourense (ver figura 1). Pola contra, as zonas costeiras de Pontevedra, Lugo e A Coruña, presentan prevalencias baixas; coa única excepción da comarca coruñesa de Ortelgal, que rexistra unha taxa de 122,10 centenarios por cada cen mil habitantes.

As comarcas de maior concentración de persoas centenarias, tales como A Paradanta e Deza (Pontevedra), Terras de Lemos e Chantada (Lugo) ou as de Terras de Celanova, Terras de Caldelas ou o Ribeiro (Ourense) están localizadas en zonas rurais semimontañosas (cunha altitude media entre os 500 e os 900 metros), con baixa densidade poboacional e con climas moderados (ver figura 2).

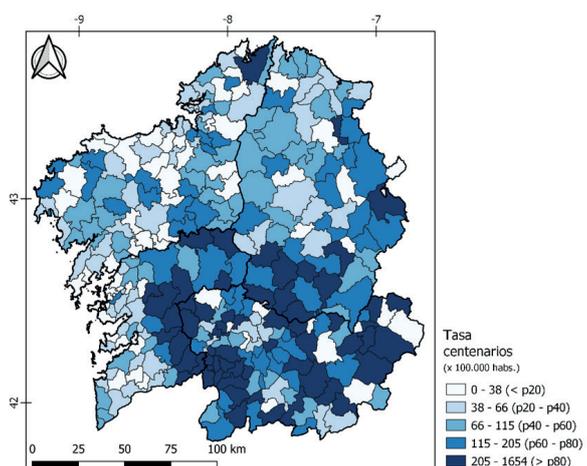


Figura 1 Prevalencia de centenarios galegos por concellos por cada 100.000 habitantes
Nota. Elaboración propia a partir de datos del IGE, 2024.

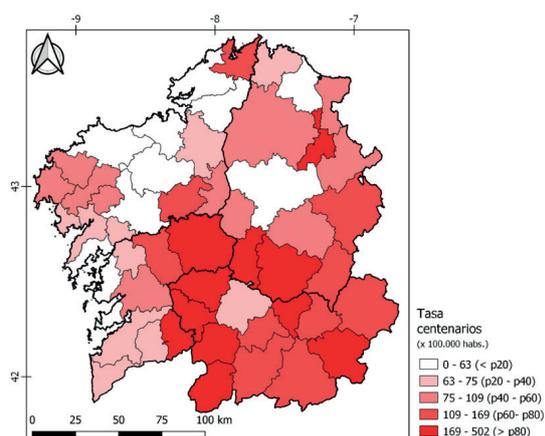


Figura 2 Prevalencia de centenarios galegos por comarcas (escala natural breaks)
Nota. Elaboración propia a partir de datos do IGE (2024).

A este respecto a literatura científica reflicte que a lonxevidade extraordinaria asociada ás ZA adoita localizarse en zonas montañosas, con pouca densidade poboacional e climas moderados (Pes et ao., 2018). Estes territorios, prescriben tamén comportamentos activos fisicamente e hábitos alimentarios, ao ter como actividade produtiva principal a autoexploración agrícola e gandeira (González-Díez & Moral-Benito, 2019). Ademais, estas zonas teñen climas moderados que permiten ter actividade ao aire libre e con baixos niveis de estrés (Pes et al., 2018; Poulain et al., 2021).

Na explicación dos factores que determinan a lonxevidade das persoas centenarias, máis aló de saber que se trata dun fenómeno multicausal, pódese aventurar como hipótese explicativa da extrema lonxevidade a existencia dun certo equilibrio entre os beneficios do estilo de vida tradicional e os da modernidade - que supuxeron melloras significativas nas condicións de vida e na atención santiatria- (Yáñez & Ardle, 2021). Factores que poderían facilitar un medio ideal para a aparición de fenotipos de longa vida a nivel poboacional (Poulain & Herm, 2024; Poulain et al., 2013).

É probable que o anterior proporcionase unha acumulación inusual de condicións ideais capaces de minimizar os factores negativos que poderían impactar na saúde e calidade de vida das persoas centenarias. Con todo, habemos de ter en conta que as persoas centenarias están expostas aos mesmos condicionantes ambientais que os seus contemporáneos, polo que a xenética e a epixenética poden xogar un papel importante nesta poboación (Borras et al., 2020). Neste sentido parece haber certa evidencia que demostra que a contribución xenética a unha vida saudable nos centenarios pode ser maior que na poboación xeral, polo que as persoas centenarias poden estar mellor protexidas contra a senescencia celular (Ínguas et al., 2019).

Por outra banda, o estilo de vida e as tradicións culturais galegas facilitan a conexión social e, nas contornas rurais máis tradicionais a solidariedade e cooperación comunitaria forma parte do seu acervo cultural. Neste sentido, a literatura científica sinala que ademais dos factores xenéticos, variables psicosociais tales como a personalidade resiliente, as emocións positivas, a calidez, a enerxía, a sociabilidade e o optimismo poden axudar ás persoas para afrontar con maior éxito os eventos estresantes que enfrontan ao longo das súas vidas (Borras et al., 2020; Zhdanov et al. 2023).

Finalmente, se realizamos unha análise en función do xénero observamos que as taxas das mulleres son tres veces superiores ás dos homes. Este aspecto, mantense constante cando analizamos os datos a nivel nacional, autonómico, provincial, comarcal e de concellos. Como sucede na maioría de ZA a prevalencia de mulleres centenarias é claramente superior á dos homes (máis de tres veces), dato que é concordante con lo observado habitualmente na literatura científica (Osorio-Parraguez et al., 2022), con algunhas excepcións como é o caso de Sardeña (Italia) e Uygur (China), onde os resultados mostran que a proporción de homes e mulleres é similar (Córdoba et al., 2018; Poulain, et al., 2021).

2. CONCLUSIÓNS

A modo de síntesis podemos establecer as seguintes conclusións:

1. Progreso na esperanza de vida: As melloras sanitarias, os avances tecnolóxicos e o aumento do nivel de vida contribuíron significativamente ao aumento da esperanza de vida global e en España en particular. España destácase neste aspecto, posicionándose entre os países con maior esperanza de vida e con proxeccións favorables para o futuro.
2. Importancia da investigación científica: A investigación sobre o envellecemento e a lonxevidade cobrou importancia nas últimas décadas, debido a avances tecnolóxicos e novos enfoques en biomedicina. Este campo esperta gran interese científico e conta co apoio de diversas institucións.
3. Complexidade do envellecemento: Aínda que se identificaron varios factores craves do envellecemento, as súas interaccións son complexas e aínda non están completamente comprendidas. A xenética e o ambiente xogan roles importantes, pero aínda existen moitas incógnitas por resolver.
4. Rol dos factores xenéticos e ambientais: Os factores xenéticos explican entre o 15% e o 30% da variabilidade na esperanza de vida, mentres que os factores ambientais e comportamentais representan o resto. A interacción entre xenética e ambiente é crucial para entender a lonxevidade.

5. Interacción entre factores intrínsecos e extrínsecos: Os factores xenéticos non actúan de forma illada, senón que interactúan cunha ampla gama de factores ambientais e comportamentais. Así, mentres que certos perfís xenéticos poden predispor a unha maior lonxevidade, a súa expresión depende en gran medida de hábitos de vida saudables e da contorna social e ambiental ao longo do ciclo vital.
6. O rol da epixenética: Habemos de ter en conta que as persoas centenarias están expostas aos mesmos condicionantes ambientais que os seus contemporáneos, polo que a xenética e a epixenética poden xogar un papel importante nesta poboación
7. Zonas Azuis: As Blue Zones son áreas onde as poboacións teñen unha lonxevidade excepcional. A investigación sobre estas zonas mostrou que a lonxevidade resulta dunha combinación de xenética, contorna e factores culturais e sociais. A conservación de estilos de vida tradicionais e unha sólida vida comunitaria son aspectos comúns nestas áreas.
8. Necesidade de máis investigación en Galicia: A falta de estudos sobre a lonxevidade en Galicia dificulta a comprensión das causas que explican as diferenzas xeográficas en lonxevidade. Necesítase máis investigación para identificar as características xenéticas, os estilos de vida e as variables contextuais asociadas á lonxevidade extrema nesta rexión.

Estas conclusións subliñan a importancia de continuar investigando os factores que inflúen na lonxevidade e como estes poden ser aproveitados para mellorar a calidade de vida en diferentes contextos.

Referencias bibliográficas

- Andersen, S. L., Sebastiani, P., Dworkis, D. A., Feldman, L., & Perls, T. T. (2012). Health span approximates life span among many supercentenarians: Compression of morbidity at the approximate limit of life span. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 67(4), 395–405. <https://doi.org/10.1093/gerona/glr223>
- Borrás, C., Inglés, M., Mas-Bargues, C., Dromant, M., Sanz-Ros, J., Román-Domínguez, A., & Viña, J. (2020). Centenarians: An excellent example of resilience for successful ageing. *Mechanisms of Ageing and Development*, 186, 111199. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2019.111199>
- Bycroft, C., Fernández-Rozadilla, C., Ruiz-Ponte, C., Quintela, I., Carracedo, A., Donnelly, P., & Marchini, J. (2019). Patterns of genetic differentiation and the footprints of historical migrations in the Iberian Peninsula. *Nature Communications*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08272-w>
- Conde-Ruiz, J. I., & González, C. I. (2021). *El proceso de envejecimiento en España*. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Recuperado de <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>
- Córdoba, V., Pinazo-Hernandis, S., & Viña, J. (2018). Envejecimiento exitoso en nonagenarios y centenarios valencianos: Estudio de los centenarios en Valencia. *Terapeia: Estudios y Propuestas en Ciencias de la Salud*, 10, 33–55. Recuperado de <https://revistas.ucv.es/terapeia/index.php/terapeia/article/view/567>
- Deiana, L., Pes, G. M., Carru, C., Baggio, G., Franceschi, C., & Ferrucci, L. (2004). Genes, lifestyles, and longevity: Lessons from Sardinia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(7), 29–33.
- Faílde, J., Dapía, M., Vázquez, M., Ruiz, L., & Vázquez-Rodríguez, L. (2021). The perspective of different age groups regarding old age and aging in highly aged contexts. *The Social Science Journal*, 58, 77–90.
- Frankowska, N., Bryl, E., Fulop, T., & Witkowski, J. M. (2023). Longevity, centenarians and modified cellular proteodynamics. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(3), 2888. <https://doi.org/10.3390/ijms24032888>
- Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., ... & Murray, C. J. L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death. *The Lancet*, 392(10159), 2052–2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)
- Franceschi, C., Garagnani, P., Morsiani, C., Conte, M., Santoro, A., Grignolio, A., ... & Capri, M. (2018). The continuum of aging and age-related diseases: Common mechanisms but different rates. *Frontiers in Medicine*, 5, 61. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00061>
- Herbert, C., House, M., Dietzman, R., Climstein, M., Furness, J., & Kemp-Smith, K. (2022). Blue zones: Centenarian modes of physical activity: A scoping review. *Journal of Population Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09396-0>
- Herskind, A. M., McGue, M., Holm, N. V., Sørensen, T. I. A., Harvald, B., & Vaupel, J. W. (1996). The heritability of human longevity: A population-based study of 2872 Danish twin pairs born 1870–1900. *Human Genetics*, 97(3), 319–323. <https://doi.org/10.1007/BF02185763>

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Población por comunidades, edad (grupos quinquenales), españoles/extranjeros, sexo y año*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
- Kirkwood, T. B. L. (2015). Deciphering death: A commentary on evolutionary aspects of ageing. *Nature Reviews Genetics*, 16(9), 615–628. <https://doi.org/10.1038/nrg3968>
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194–1217. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2023). *Health at a glance 2023*. OCDE Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Omotoso, O., Gladyshev, V. N., & Zhou, X. (2021). Lifespan extension in long-lived vertebrates rooted in ecological adaptation. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 9, 704966. <https://doi.org/10.3389/fcell.2021.704966>
- Osorio-Parraguez, P., Arteaga, C., Rodríguez, B., Navarrete, I., & Jiménez, A. (2022). Curso de vida y familias de mujeres centenarias en Chile. *Revista Mexicana de Sociología*, 84(4), 979–1009.
- Passarino, G., De Rango, F., & Montesanto, A. (2016). Human longevity: Genetics or lifestyle? It takes two to tango. *Immunity & Ageing*, 13(12), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12979-016-0066-z>
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Escudero Martínez, J., Bueno López, C., Castro Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales, J., Fernández Morales, I., & Villuendas Hijosa, B. (2023). *Un perfil de las personas mayores en España, 2023: Indicadores estadísticos básicos (Informes Envejecimiento en red, nº 30)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Recuperado de <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enredindicadoresbasicos2023>
- Pes, G. M., Dore, M. P., Errigo, A., & Poulain, M. (2018). Analysis of physical activity among free-living nonagenarians from a Sardinian longevous population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 26, 254–258. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0088>
- Pes, G. M., Dore, M. P., Tsofliou, F., & Poulain, M. (2022). Diet and longevity in the Blue Zones: A set-and-forget issue? *Maturitas*, 164, 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.06.004>
- Perls, T., Wilmoth, J., Levenson, R., Cohen, M., & Silverman, L. (2002). The genetic contribution to longevity: Insights from centenarian studies. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 57(7), B268–B274. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.7.B268>
- Poulain, M., & Herm, A. (2024). Exceptional longevity in Okinawa: Demographic trends since 1975. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.13764>
- Poulain, M., Pes, G. M., & Grasland, C. (2021). Longevity and environmental factors: Insights from the Blue Zones. *Journal of Population Ageing*, 14(2), 153–167. <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09325-4>
- Poulain, M., Herm, A., & Pes, G. M. (2013). The Blue Zones: Areas of exceptional longevity around the world. *Vienna Yearbook of Population Research*, 11, 87–108. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/43050798>

- Šetinc, M., Celinščak, Ž., Bočkor, L., Zajc Petranović, M., Stojanović Marković, A., Peričić Salihović, M., et al. (2024). The role of longevity-related genetic variant interactions as predictors of survival after 85 years of age. *Mechanisms of Ageing and Development*, 219, 111926. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2024.111926>
- Tanaka, T., Basisty, N., Fantoni, G., Candia, J., Moore, A. Z., Biancotto, A., et al. (2020). Plasma proteomic biomarker signature of age predicts health and life span. *eLife*, 9, e61073. <https://doi.org/10.7554/eLife.61073>
- United Nations. (2022). *World population prospects 2022*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Recuperado de <https://www.un.org>
- Yáñez, R., & Ardle, N. (2021). Zonas azules: Longevidad poblacional, un anhelo de la sociedad. *Revista Médica de Chile*, 149(1), 154–155. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000100154>
- Zhdanov, A., Kiesenhofer, D., Hainzer, H., Holz, P. C., Bock, M., Ollikainen, T., & Roos, C. F. (2023). Controlling two-dimensional Coulomb crystals of more than 100 ions in a monolithic radio-frequency trap. *PRX Quantum*, 4(2), 020317. <https://doi.org/10.1103/PRXQuantum.4.020317>

Capítulo 7. Fisioterapia comunitaria y envejecimiento saludable: Diseño y uso de Espacios Ecosanitarios desde la fisioterapia.

María Jesús Martínez Martínez¹ y María Jesús Martínez Martínez¹.

¹*Fisioterapeutas Comunitarias en el Área Sanitaria de Vigo, SERGAS.*

RESUMEN

La buena salud es pilar fundamental de una sociedad próspera, cuyos individuos se acercarán a un equilibrio a todos los niveles de salud física, mental, social y espiritual.

En este Workshop inmersivo queremos poner de manifiesto cómo el entorno tiene un papel fundamental en la salud y en la calidad de vida del individuo y de la sociedad.

Como reza la primera parte del título del Congreso en el que llevamos a cabo esta actuación, el reto es conseguir el cambio de paradigma en el abordaje de la salud por parte del sistema sanitario, de la sociedad general y del individuo en particular, de forma que cada uno de estos sectores entienda y quiera asumir su parte de corresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad. En cuanto a la oportunidad, es ahora, es el diseño y uso responsables de los Espacios Ecosanitarios, espacios salutogénicos, próximos a los centros de salud, donde la modificación del entorno con un coste-efectividad positivo, y a través del personal sanitario, se pretende influir en los factores o determinantes de la salud. Desde estos espacios se pretende promover de manera efectiva hábitos de vida saludables y estilos de vivir no sedentarios.

Palabras clave: fisioterapia comunitaria, envejecimiento activo, salutogénesis, espacio ecosanitario, dinamización del entorno.

1. INTRODUCCIÓN

El contexto actual de las sociedades modernas nos reta a afrontar las transiciones demográfica y epidemiológica, las cuales nos ofrecen una alta esperanza de vida, en España de las más altas del mundo (82,1 años), pero no necesariamente con buena salud pues la esperanza de vida con buena salud es de 61,5 años en hombres y 59,4 en mujeres.

El patrón epidemiológico dominante está representado por las patologías crónicas, aquéllas de larga duración y progresión lenta que causan mortalidad prematura, conllevan una limitación en la calidad de vida y provocan efectos adversos económicos, psicológicos y sociales importantes en familias, comunidades y la sociedad general. Ejemplos de ello son las enfermedades causadas por los FRCV (factores de riesgo cardiovascular), las enfermedades metabólicas y las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (EryMEs), que también tienden a cronificarse y suponen la primera causa de discapacidad física, asociándose, por lo general, a dolor crónico. Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria.

Los organismos nacionales y supranacionales que entienden y atienden este acuciante aumento de problemas de salud crónicos coinciden en que el primer nivel de contacto con individuo y comunidad, la Atención Primaria, debe hacer efectivos los principios de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. Es el nivel apropiado para detectar y actuar sobre los factores o “determinantes de la salud” más frecuentes y comunes a todas estas enfermedades, los cuales pueden facilitar su aparición o empeorar su evolución. Todos ellos están relacionados con las conductas de salud por lo que son modificables, destacando en este workshop el abordaje de la inactividad física y el sedentarismo.

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad se basan en un enfoque integral de salud, con sus tres componentes inseparables, por lo que no debemos continuar centrando la atención casi exclusivamente en el componente físico, sino, además, reforzar el componente mental de salud o «salud mental», y el componente social de la salud.

La propuesta de los Espacios Ecosanitarios asume este reto y aspira a convertirse en una herramienta útil y habitual del centro sanitario para el abordaje de la salud desde sus 3 vertientes, teniendo siempre en cuenta que el objetivo es actuar lo más precozmente posible sobre los “determinantes de la salud”.

1. Componente físico de la salud: Abordaremos fundamentalmente dos aspectos, considerados problemas de Salud Pública.

- La Obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en países industrializados, de forma que desde 1975 se ha casi triplicado en el mundo. Es en sí misma factor de riesgo de desarrollar diabetes mellitus II, enfermedad cardiovascular e hipertensión y cáncer (próstata, colorrectal, endometrio, cérvix, mama y vías biliares).

En España, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 53,6% y en Galicia del 55,7%. En Galicia, 4 de cada 10 personas son sedentarias y 6 de cada 10 no realiza ningún ejercicio físico durante el tiempo de ocio.

- La prevención de la Fragilidad y la discapacidad se encuentran entre las principales prioridades para un envejecimiento saludable. El ejercicio multicomponente se ha establecido como el método más eficaz para conseguirlo.

Según la OMS, la actividad física puede reducir un 30-40% la probabilidad de que personas de mediana edad y mayores desarrollen enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes, sarcopenia y ciertos tipos de cáncer.

Los Espacios EcoSanitarios pretenden ser espacios salutogénicos en sí mismos, promueven la adquisición de estilos de vida no sedentarios con la práctica de ejercicio físico regular dentro de un entorno social y medioambiental donde la opción saludable se establece como la más fácil de elegir.

2. Componente mental de la salud: Los problemas de salud mental se asocian con una menor calidad de vida, un alto costo económico y social y una mayor mortalidad. Los trastornos de salud mental

son la tercera causa principal de años vividos con discapacidad, con una prevalencia global superior al 10%, siendo la ansiedad y depresión las que más bajas laborales causan.

Un reciente metaanálisis de 2021 mostró que las intervenciones basadas en la naturaleza son efectivas para mejorar el estado de ánimo depresivo, reducir la ansiedad, mejorar el afecto positivo y reducir el negativo. Son eficaces como respuesta terapéutica para gestionar problemas de salud mental preexistentes y como enfoque preventivo.

Los Espacios EcoSanitarios se presentan como entornos basados en activos que ayudan a las personas a interactuar con la naturaleza de manera estructurada.

3. Componente social de la salud: Las conexiones sociales son vitales para el bienestar humano a lo largo de la vida, la ausencia de relaciones sociales y de contacto social satisfactorios puede dar lugar a la soledad, definida como “experiencia desagradable que se produce cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante”.

La disponibilidad en el entorno de espacios amigables y de equipos de ejercicio al aire libre son una infraestructura ambiental perfecta para la conexión social sin costo para los residentes. Además, se genera un sentimiento de pertenencia a la comunidad y de cuidado del entorno.

Los Espacios EcoSanitarios cumplen estas características, son física y socialmente activos, pues promueven la Educación para la salud y facilitan la integración y cohesión social.

La concienciación sobre hábitos de vida saludables y la potenciación de estilos de vivir no sedentarios es prioritario en todas las agendas políticas de salud, sin embargo, el sistema sanitario continúa centrado fundamentalmente en la atención individual a los procesos agudos, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico, y valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre su propia salud.

1. ACTIVOS EN SALUD DE LA COMUNIDAD

Dentro de los activos en salud de los que se dispone en Atención Comunitaria, no debemos olvidar la importancia y el peso que tienen la Naturaleza y los Espacios a la hora de fomentar los hábitos de vida saludables. Cómo estos espacios pueden mejorar nuestra calidad de vida, emociones, conductas e influir en que los aprendizajes que nos llegan sean más significativos.

Según esta visión, es de interés valorar los espacios naturales y sociales del entorno del centro de salud para darle la especificidad en el diseño e implementación de actividades orientadas a la mejora de la salud.

El objetivo es adelantarnos, salir del Centro de Salud, llevando la promoción y educación para la salud y la “actividad comunitaria” a la población, a la Comunidad. Transformar espacios y recursos ya existentes en activos para la salud en sí mismos, de forma que los profesionales sanitarios, quieran y puedan trasladar hábitos saludables en un entorno comunitario y Ecosanitario, guiando y empoderando a la población para una vida activa y un envejecimiento saludable.

A la hora de utilizar como activo comunitario los diferentes entornos del municipio, es necesario distinguir el grado de desarrollo de estos Espacios definiendo el impacto en salud que proporcionan y las posibilidades que nos ofrecen desde un punto de vista sanitario.

A. "Espacio Natural". Se define como aquella zona, dentro de un entorno natural, que permite la realización de actividad física en contacto con la naturaleza y en un ambiente de ocio y participación, tanto individual como grupal. Estos "Espacios Naturales" pueden ser: Playas - Bosques - Montaña - Sendas naturales - Riveras fluviales

B. "Espacio Saudable". Se definen como zonas concretas dentro de un "Espacio natural", bien definidas, con información concreta sobre el tipo de espacio y actividad para la que se define (ruta a pie, en bicicleta, dificultad, longitud, tiempo de duración, zonas de interés...).

Estos "Espacios Saludables", aunque están bien definidos, no incorporan en sus estructuras zonas específicas para la realización de alguna actividad concreta que se oriente a mejorar la salud individual de la población. Serían: Paseos costeros - Paseos fluviales - Rutas de senderismo - Rutas de montaña

C. "Espacio EcoSanitario": Se definen como "Espacios Saludables" que incorporan zonas donde se pueden realizar actividades específicas de mejora de la salud individual o grupal. Están diseñadas por profesionales sanitarios, y son trasladadas a la población en modo de actividad comunitaria participativa por los profesionales del Centro de Salud donde se encuentre este activo Comunitario.

2. ESPACIO ECOSANITARIO

2.1. CARACTERÍSTICAS QUE DEBE POSEER UN ESPACIO ECOSANITARIO.

Para poder definir un "Espacio Saludable" como "EcoSanitario", debe adquirir el valor salud, y para ello, las zonas donde los profesionales sanitarios lleven a cabo su actividad comunitaria de promoción de la salud deben estar bien definidas.

A. Proximidad al Centro de salud. Debe establecerse en un entorno cercano a donde los profesionales de la salud trabajan (centro de salud, residencia, centro de día, etc.).

B. Zonas básicas del Espacio EcoSanitario Contará, al menos, con una fuente de agua potable y con un aseo público debidamente señalado.

Desde Fisioterapia Comunitaria proponemos un mínimo indispensable de zonas básicas, sin embargo, en su etapa de diseño pueden surgir nuevas ideas o modificaciones.

Todas las zonas estarán bien acondicionadas, es decir, serán accesibles, se mantendrán en buen estado a través de un mantenimiento regular y no tendrán barreras, de forma que ningún ciudadano quede excluido en su uso (caminabilidad, bancos, sombra, etc.).

En cada apartado propondremos algún ejemplo sobre cómo el Fisioterapeuta puede aportar un plus al valor salud que ya tienen estos Espacios. No sobra decir que están a disposición de cualquier profesional de la salud para llevar a cabo su actividad comunitaria, siendo lo más aconsejable un trabajo interdisciplinar con una atención centrada en el paciente.

1. Zona de ejercicio físico aeróbico: ruta saludable. Los beneficios de la actividad física aeróbica para un envejecimiento libre de factores de riesgo cardiovascular contienen un gran respaldo científico, por lo que es de imperativa necesidad crear rutas que inviten a ello.

Se trata de un trayecto para utilizar a pie o en vehículo pequeño con ruedas.

Debe informar a la ciudadanía de sus características y de su potencial en salud para que la población tome consciencia y gane autonomía en su actividad. La señalización de la ruta y su información puede transmitirse a través de carteles, "tótems", etc., siempre en los extremos de la ruta y, si fuera necesario, en ciertos intervalos.

Ejemplos de información sobre la ruta son: tipo de ruta (circular), distancia, dificultad, etc.

Ejemplo de información útil sobre la actividad a realizar son: recomendaciones de ejercicio físico aeróbico de la OMS (minutos/semana y/o pasos al día), intensidad de la actividad (test del habla), indicaciones para progresar la intensidad, gasto calórico, etc.

Esta ruta podría utilizarse con un grupo de pacientes con EAP (enfermedad arterial periférica) o patología cardíaca en fase III, donde el Fisioterapeuta orienta y da indicaciones sobre cómo gestionar la intensidad del trabajo, para que posteriormente ellos puedan continuar con seguridad realizándolo regularmente de forma autónoma y/o en pequeño grupo autogestionado.

2. Zona de ejercicio de Calentamiento y Movilidad y Estiramientos

En ambos extremos de la ruta es preciso concienciar a la ciudadanía de la importancia de la movilidad articular para mantener la funcionalidad y prevenir lesiones.

Se propone un "tótem" (podría utilizarse el mismo del apartado anterior) donde se establece este apartado con un código QR que da acceso a un vídeo guiado con esta modalidad de ejercicio.

Esta zona toma especial relevancia con, por ejemplo, un grupo de pacientes con kinesiofobia o miedo al movimiento por dolor, muy frecuente tras una intervención protésica musculoesquelética o una patología reumática. Las/os fisioterapeutas pueden y deben reforzar mensajes destinados a reducir el miedo o la ansiedad sobre el dolor, pues un rol fundamental de la profesión es enseñar a gestionar de forma segura el movimiento y el dolor.

3. Zona de ejercicio de Fuerza. El fortalecimiento muscular es imprescindible para prevenir y enlentecer la sarcopenia inherente al proceso de envejecimiento, la fragilidad, dependencia y discapacidad posteriores. El aumento de masa muscular es fundamental para una buena salud metabólica e inmunitaria, sin embargo, la población a partir de mediana edad desconoce sus beneficios y no se plantea llevar a cabo un entrenamiento de fuerza (incluso considera que coger peso está contraindicado en cualquier patología musculoesquelética crónica).

Se propone una zona para llevar a cabo, como mínimo, 6 ejercicios de fuerza: 3 ejercicios de tren superior y 3 ejercicios de tren inferior. Debe estar acondicionada con bancos y barra horizontal.

Se propone un “tótem” donde aparezca información útil sobre la actividad a realizar: recomendaciones de ejercicio de fuerza de la OMS, descripción de los ejercicios con letra y dibujo, dosificación de los mismos, y un código QR que de acceso a un vídeo guiado con su explicación. Podrían establecerse diferentes grados de dificultad (inicio, medio y avanzado).

Esta zona es imprescindible para, por ejemplo, un grupo de pacientes con dolor lumbar crónico (DLC) y creencias limitantes sobre la actividad que pueden hacer. La correcta dosificación de movimiento y la adecuada gestión de las cargas reduce el dolor crónico y previene lesiones futuras. Asimismo, se abordará de manera directa y/o indirecta, el catastrofismo, presente en un no despreciable porcentaje de personas con esta (y otras) patología crónica, pretendiendo lograr que su mejoría física consiga modificar creencias erróneas sobre su proceso.

4. Zona de parque biosaludable. El impacto en salud que deberían tener estos “gimnasios al aire libre” en zonas urbanas o periurbanas debería ser reseñable ya que integran diversos equipos para el desarrollo de la resistencia aeróbica, la fuerza muscular y la movilidad articular. En el año 2010 se registraron un total de 110 parques biosaludables en Galicia, sin embargo, siguen estando poco frecuentados e incorrectamente utilizados.

Dichos parques deben ser accesibles y seguros y contener de manera fácil y sencilla la explicación del uso de la máquina, con letra y dibujo, la musculatura implicada, y además un código QR que dé acceso a un vídeo explicativo.

Esta zona es imprescindible para, por ejemplo, un grupo de pacientes que para su tratamiento (o prevención) necesiten de la integración del ejercicio físico, y/o quieran continuar con los beneficios del mismo posteriormente. El Fisioterapeuta explicará la forma correcta sobre su uso y establecerá tablas de ejercicio específicas a cada paciente según su patología si fuese preciso.

5. Zona de Actividades Grupales. Las actividades en formato grupal, cumpliendo siempre criterios de equidad, han demostrado favorecer la empatía, la interacción y cohesión social, la motivación al cambio y el aprendizaje. Además, se genera un sentimiento de pertenencia al grupo, el cuál mejora el compromiso con sus compañeros/as y aumenta la asistencia/adherencia a las diferentes actividades o programas propuestos.

6. Zona de Educación para la Salud. Se propone presentar un listado de programas que se realicen en él, diseñados y coordinados en su realización por profesionales sanitarios, con un calendario anual, y que sirva para realizar actividades asistenciales, formativas e informativas a la población adscrita al Centro de Salud de referencia en ese entorno.

La aspiración final es que todas las personas, sanas y con patología, adquieran una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema sanitario, haciéndoles darse cuenta de que ellos/as mismos/as deben ser parte del cambio, ayudándoles a asumir la responsabilidad sobre su propia calidad de vida y acerca de los cambios a realizar sobre esos factores o determinantes de salud modificables.

Este empoderamiento se consolidará en el momento en el que se perciban a sí mismos/as como “agentes de salud” y quieran y puedan compartir y divulgar su aprendizaje, convirtiéndose en agentes útiles para avanzar

hacia una participación real de la ciudadanía, activando su comunidad y fomentando la promoción de la salud y el autocuidado en su entorno.

Desde la Fisioterapia, la nueva Cartera de Servicios de Fisioterapia de AP y Comunitaria del SERGAS 2024 se hace eco de esta necesidad de cambio de paradigma asistencial y establece una línea de actuación basada en diversos Programas. Estos programas pretenden optimizar los recursos llevando a cabo intervenciones en las que el balance coste-efectividad sea positivo.

Constarán de una parte de EPS (educación para la salud) y otra parte práctica basada en la actividad y ejercicio físicos (se llevará a cabo en cualquiera de las zonas básicas anteriores).

Ejemplo de los Programas de Fisioterapia en AP y Comunitaria:

Programa de detección precoz del sedentarismo y de la inactividad: promoción de la actividad física y prescripción de ejercicio terapéutico; Programa para la prevención del deterioro funcional; Programa de prevención de Fragilidad y riesgo de caídas; Programa de Afrontamiento activo del dolor crónico musculoesquelético no oncológico con características de sensibilización central; Programa de atención a personas con problemas respiratorios crónicos; Programa cardiovascular; Programa de Suelo Pélvico.

2.2. DISEÑO DE UN ESPACIO ECOSANITARIO.

Su diseño debe hacerse de forma rigurosa y ordenada, con una planificación previa. Es una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre todos los niveles, sectores y actores implicados, y además una demanda de nuestro entorno.

- A. Mapeo del entorno del Centro de salud. Se establecerá una lista con los activos comunitarios próximos, su estado, su posible uso, etc.
- B. Participación de la ciudadanía. El diseño de estos espacios está hecho para la Comunidad, y como tal, se debe hacer partícipe a la misma. El sentir poblacional, sus necesidades, ideas y expectativas deben ser tenidas en cuenta, aportan valor y sostenibilidad en el tiempo. Para ello se establecerá una red de contacto directo y continuo con asociaciones vecinales, culturales, de diferentes enfermedades, o de otra índole, para conseguir que toda la sociedad se vea representada y siempre teniendo presente criterios de inclusión, capacidad y equidad.
- C. Participación de los profesionales sanitarios. Los Espacios deben tener en cuenta a todos los profesionales sanitarios que formarán parte del proyecto, por lo que es conveniente crear un grupo de personal Comunitario que lleve a cabo reuniones periódicas y que representa a cada una de las profesiones de salud.

Se deben identificar cuáles son los problemas de salud más prevalentes para poner el foco en la posterior intervención comunitaria en estos espacios.

- D. Intersectorialidad. Para su desarrollo es fundamental que las entidades locales y autonómicas se comprometan con el proyecto y, por ende, con la ciudadanía, creando estos espacios “de todos” y “para todos”. Su gran capacidad para recabar datos, realizar encuestas, comunicaciones, etc. hace posible identificar problemas de salud como soledad, dependencia, etc., lo que permitirá la planificación de intervenciones y la implementación de acciones para abordarlos.

Los gobiernos local y autonómico, sumándose a redes que fomentan y financian las propuestas de promoción de la salud, como la Red de Ciudades Saludables, Estrategias de Promoción de la Salud, Planes locales de salud, REGAPS, deben prestarse a la colaboración con los servicios de salud, poniendo a su alcance los medios de los que se dispongan, para entre todos dotar y mejorar esos recursos comunitarios y transformarlos en activos para la salud.

CONCLUSIONES

Desde la Fisioterapia Comunitaria creemos que el diseño y uso responsable de estos Espacios se perfila como la forma más eficiente de dar respuesta al cambio de paradigma sobre la salud y sobre el sistema sanitario.

Este proyecto va más allá de la tradicional visión de la comunitaria como educación para la salud o talleres o charlas puntuales. Plantea diseñar unos espacios que quedarían ilustrados para iniciar programas de salud que continuaría la población de forma autónoma, empoderándola y responsabilizándola del papel activo que debe seguir para un envejecimiento saludable y vida activa, implicando a todos los sectores públicos y población en todas las etapas, desde su diseño, como planificación y uso. Serán “espacios vivos”, siempre reevaluados, rediseñados y redirigidos por los profesionales sanitarios a expensas de las necesidades de la población.

Está totalmente centrado en mejorar la calidad de vida de las personas, de gran valor tanto para los pacientes como para el sistema sanitario y totalmente sostenible, ya que no requiere ningún material o recurso del que carezcamos, sino poner en valor y darle funcionalidad y salud al entorno local, con los mismos profesionales de los que ya disponemos proponiéndonos todos dar un paso hacia un enfoque más salutogénico de la Atención Primaria.

La promoción de la salud real y participativa de todo el entramado local, no solo produce beneficios para el sistema sanitario público gallego y sus usuarios, sino que es totalmente escalable y coste eficiente, estando totalmente alineado con el Plan de Prioridades Sanitarias y la Estratexia Galega de Saúde 2030 en las líneas de actuación de su programa 4 de “Ecosistema Saudable e Atención Comunitaria”.

Las desigualdades sanitarias pueden reducirse y las enfermedades pueden prevenirse prestando atención al diseño, a la construcción y a los entornos, a las ciudades y a los barrios, en los que viven las personas.

Promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía implicando activamente a otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de los individuos permitirá a la población tener capacidad para ejercer un mayor control sobre su salud.

Por último, y haciendo mención a la segunda parte del título del Congreso, no se nos ocurre mejor lugar para iniciar este proceso de cambio que Galicia, con una población de las más longevas de España y del Mundo. Los años de vida los tenemos, lo que debemos ahora es darles vida a los años, pero fuera del centro de salud.



- 1. Zona Aeróbica
- 2. Zona de Movilidad
- 3. Zona de Fuerza
- 4. Zona de Actividad grupal
- 5. Zona de EPS
- 6. Zona de Parque biosaludable



Figura 1 Ejemplo de Espacio EcoSanitario. Ilustración y adaptación al entorno de la Ciudad de la Cultura de Santiago de Compostela

Referencias bibliográficas

- Arufe Giráldez, V., Cortés Seoane, L., & Alcides Suárez, X. (2013). Estudio descriptivo de los servicios ofrecidos para los usuarios de parques biosaludables de Galicia. *Retos, Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 24, 60–62. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i24.34528>
- Bhatia, D., Salbach, N. M., Akinrolie, O., Alsbury-Nealy, K., Barbosa dos Santos, R., Eftekhar, P., ... (2022). Intervenciones de deambulacion comunitaria al aire libre para mejorar la salud física y mental en adultos mayores: Revisión sistemática y metanálisis. *Revista de Envejecimiento y Actividad Física*, 30(1), 1–10. <https://doi.org/10.1123/japa.2021-0172>
- Casas Herrero, A., Cadore, E. L., Martínez Velilla, N., & Izquierdo Redín, M. (2015). El ejercicio físico en el anciano frágil: Una actualización. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 50(2), 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.003>
- Coventry, P. A., White, B. L., Marrón, J. V. E., Pervin, J., Brabyn, S., Pateman, R., Gilbody, S., ... (2021). Actividades al aire libre basadas en la naturaleza para la salud física y mental: Revisión sistemática y metanálisis. *SSM - Population Health*, 16, 100936. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100936>
- Madera, C. J., & Barton, J. L. (2022). El impacto de la jardinería comunitaria terapéutica en el bienestar, la soledad y la satisfacción con la vida de las personas con enfermedad mental. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16556. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416556>
- Marcos Pardo, P. J., Espeso García, A., Vaquero-Cristóbal, R., Abelleira-Lamela, T., Esparza-Ros, F., & González-Gálvez, N. (2023). Efectos físicos y psicológicos del entrenamiento con equipos de fitness al aire libre en adultos de mediana edad y mayores: Protocolo de estudio de un ensayo controlado. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 9(4), e001829. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2023-001829>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.murciadiario.com/articulo/salud/estrategia-para-el-abordaje-de-la-cronicidad-en-el-sistema-nacional-de-salud/20230214102902090756>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2013). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la Fragilidad*. <https://www.murciadiario.com/articulo/salud/estrategia-para-el-abordaje-de-la-cronicidad-en-el-sistema-nacional-de-salud/20230214102902090756>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2015). Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con Recursos Comunitarios en Población Adulta. <https://www.murciadiario.com/articulo/salud/estrategia-para-el-abordaje-de-la-cronicidad-en-el-sistema-nacional-de-salud/20230214102902090756>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) de España, & Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) de España. (2018). *Hacia Rutas Saludables: Guía para Diseño, Implementación y Evaluación de un Plan de Rutas Saludables*. <https://www.murciadiario.com/articulo/salud/estrategia-para-el-abordaje-de-la-cronicidad-en-el-sistema-nacional-de-salud/20230214102902090756>

Ministerio de Sanidad de España. (2022). *Actualización del Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Persona Mayor*. <https://www.murciadiario.com/articulo/salud/estrategia-para-el-abordaje-de-la-cronicidad-en-el-sistema-nacional-de-salud/20230214102902090756>

Servicio Gallego de Salud. (2024). *Cartera de Servicios de Fisioterapia de Atención Primaria y Comunitaria del Servicio Gallego de Salud*. Xunta de Galicia.

Capítulo 8. Proyecto: carné de longevidad.

Pablo García Vivanco¹, Cristina Conde Rodríguez², Ricardo de la Fuente Cid³, María Vanessa Villar Armada⁴, Cristina Margusino Framiñan⁵.

¹*Miembro de SEFAC Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. Miembro de la Academia de Española de Nutrición y Dietética. Asociación Ourensidad.*

²*Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ourense. Asociación Ourensidad.*

³*Colegio Oficial de Nutricionistas de Galicia. Asociación Ourensidad.*

⁴*Fundación San Rosendo, Ourense. Asociación Ourensidad.*

⁵*Centro Médico Valle Inclán. SERGAS. Asociación Ourensidad.*

RESUMEN

Ourensidad, entre sus intervenciones, propone realizar un Plan de Promoción de Salud y Prevención en distintos Ayuntamientos de la provincia con el nombre de “Carné de Longevidad”.

Uno de los objetivos principales es el de promover la salud de cada Ayuntamiento fomentando la Dieta Atlántica y sus productos de proximidad. La actividad principal para desarrollar en el Ayuntamiento abarca la creación de un carné y/o un diploma de longevidad que potenciará la longevidad y un envejecimiento saludable en cada Ayuntamiento y por lo tanto en el entorno natural de la persona mayor.

Dentro de este reto, los distintos profesionales bajo el amparo de las administraciones, instituciones y asociaciones establecen un plan de promoción de salud actuando en la prevención, sobre todo en el colectivo de nuestras personas mayores. La implementación de este proyecto del carné de la longevidad requiere una buena coordinación y ha sido implementado en partes en distintos ayuntamientos.

Palabras clave: longevidad, salud, prevención

1. INTRODUCCIÓN

Ourensidad es una asociación sin ánimo de lucro que pone en valor la alta longevidad en la provincia de Ourense. Es un punto de encuentro de varios profesionales relacionados con la nutrición, la medicina, la farmacia, la educación, determinadas asociaciones y el mundo empresarial donde se observan las diferentes causas genéticas y epigenéticas que provocan que en la provincia de Ourense haya un número tan elevado de

centenarios en relación con otras partes del mundo. En ese sentido pretende ser un observatorio de longevidad que relacione la alimentación de proximidad, los hábitos saludables y el medio ambiente con una mejor calidad de vida de nuestros mayores generando así un producto turístico.

Para alcanzar algunos de sus fines, propone realizar un Plan de Promoción de Salud y Prevención en distintos Ayuntamientos de la provincia con el nombre de proyecto del "Carné de Longevidad".

La obtención del carné se realizará mediante unas actividades que desarrollaremos en la metodología que fomentan la alimentación de proximidad, los hábitos de vida saludable y la divulgación de costumbres y características medioambientales de la zona, como el termalismo.

Además, pretende potenciar proyectos que promuevan la autonomía personal y el bienestar de las personas mayores, haciendo especial énfasis en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales e intergeneracionales, en la lucha contra la soledad no deseada y el edadismo y en la prevención e intervención en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad. Es importante empoderar al adulto mayor que vive en el medio rural y generar espacios de participación y diálogo, pues la sabiduría de las personas mayores del medio rural alberga contenidos sobre la tierra, los alimentos, costumbres y oficios, y esto debe de ser transmitido a la sociedad en general.

Objetivos generales:

- Promover la salud de cada Ayuntamiento fomentado la Dieta Atlántica y sus productos de proximidad.
- Promover el uso de los entornos saludables y reforzar la participación ciudadana especialmente con la población más mayor luchando frente al edadismo.
- Implementar un programa conjunto con centros de salud, farmacias, asociaciones vecinales para promover los hábitos saludables mediante un proyecto único de longevidad.

Objetivo específico:

- Difundir recursos comunitarios para la salud empleando metodologías de participación conjunta e implementando un plan de acción que conlleve a la obtención de un diploma y carné de longevidad del ciudadano.

2. METODOLOGÍA

La actividad principal para desarrollar en el ayuntamiento abarca la creación de un carné y/o un diploma de longevidad conseguido al completar las casillas de asistencia a las actividades saludables (Se coordinará con el Ayuntamiento la posibilidad de acompañar el carné con un lote de alimentos con Denominación de Origen Protegido (DOPs) o de Indicación Geográfica Protegida (IGPs), alguna estancia en un balneario o por ejemplo un menú degustación en restaurante emblemático de la zona.

Para la obtención del carné y/o diploma de longevidad la persona censada debe de realizar las siguientes actividades organizadas por el Ayuntamiento y por Ourensividad:

1º Talleres de Ourensividad. Los talleres estarán formados por una parte teórica realizada mediante una charla didáctica que relaciona nuestra dieta atlántica con la longevidad y posteriormente, una medición de parámetros saludables (glucosa, tensión arterial, IMC). Dichos talleres se realizarán con el apoyo de las farmacias de la zona y siguiendo el calendario de los días mundiales de las distintas enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, dislipemias, insuficiencia renal u obesidad.

2º Charla sobre hábitos de vida saludables dentro de nuestro entorno natural. Los hábitos de vida saludables estarán dentro del marco de definición de la OMS de salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

3º Actividades organizadas por el Sergas a través del Ayuntamiento o el Centro de Salud.

4º Showcooking organizados por Ourensividad con un chef y productos de proximidad, productos de Denominación Origen Protegido (DOP) e Indicación Geográfica protegida (IGP) con una posterior cata de los productos de proximidad.

5º Participación en la Andaina de la Longevidad que cada año celebra Ourensividad y/o participación en, al menos, una de las actividades deportivas del Ayuntamiento (Pilates, hipopresivos, zumba...)

6º Concurso intergeneracional en el Concello:

- Concurso de dibujo para todas las edades
- Concurso de recetas de "la abuela" (que después se promoverá con un concurso de pinchos en la hostelería del Concello)
- Concurso intergeneracional de cartas (brisca, tute, escoba o cinquillo)

7º Curso de primeros auxilios: Se realizará anualmente un curso básico de primeros auxilios con el fin de saber activar el sistema de emergencia (PAS), aprender y poner en práctica las técnicas básicas de primeros auxilios (heridas, hemorragias quemaduras, etc.), maniobra de reanimación cardiopulmonar en adultos, niños y lactantes y finalmente la maniobra de Heimlich.

8º Las actividades organizadas para el fomento de la participación ciudadana en las actividades que colabore el Servicio Gallego de Saúde a través de los centros de salud o del Concello. (Enumerar actividades según año de implementación del Plan de Salud y Prevención) Ejemplo:

- Práctica de ejercicio en la tercera edad (pilates, yoga, hipopresivos).
- Manejo de e-saude en el móvil: app sergas móvil.
- Asistencia a programas de cribados: cáncer mama, cáncer de colon, etc.
- Participación en el paseo de la salud.

- Evaluación de la condición física en los centros de salud con seguimiento mensual.
- También se integran en esta partida, la participación en cursos relacionados con los alimentos de proximidad dentro del marco de la agricultura, ganadería e industria agroalimentaria.

MATERIALES.



2. RESULTADOS

Se ha implementado alguna actividad en 4 ayuntamientos: Barbadás, Celanova, Ourense y Xinzo.

No se ha podido hacer todo el cronograma para la obtención del carné de longevidad que se ampliará en su próxima edición. El proyecto no se debe de realizar de forma anual pues hay actividades que no son coincidentes en las convocatorias anuales.

En Celanova se realizó una charla taller impartida por tres profesionales que abarcaron, la longevidad, la nutrición y el termalismo desde el punto de vista de un envejecimiento saludable. Al finalizar la charla se procedió a una cata de productos autóctonos y degustación de alimentos de proximidad.

En Ourense se impartió un curso de primeros auxilios impartidos por médicos MIR que duró 2 meses al realizarse todos los viernes por la tarde. El resultado fue óptimo con un pleno en la asistencia y un avance en la consecución de los conocimientos.

En Barbadás realizamos una andaina con dos recorridos diferentes, según la dificultad para el asistente. El primer recorrido de 4 km y el segundo recorrido de 12 km con un poco más de dificultad.

En Xinzo de Limia se realizó una jornada intercomunitaria. Dicha jornada contó con varias ponencias de distintos temas relacionados con los objetivos generales del proyecto y con la degustación de productos de proximidad como pulpo, jamón autóctono, castaña, miel, pan, patata o pimientos.

Se ha podido promover la salud y la longevidad en la población, educando en salud para la prevención de enfermedades crónicas. En los cuatro ayuntamientos hemos podido fortalecer los vínculos vecinales y crear un tejido social solidario intergeneracional.

No hemos podido, en la ejecución del proyecto, incluir el plan de intervención dentro del Estrategia de Promoción de Salud y Prevención (EPSP) ya que no todos los Ayuntamientos están incluidos en la Red Española de Concellos Saludables (RECS) y tampoco había la adecuada coordinación

3. DISCUSIÓN

La propuesta para implementar un carné de longevidad en los ayuntamientos de Ourense, que se obtiene al completar ocho actividades en el transcurso de un año, representa una interesante iniciativa orientada a la promoción de la salud y el bienestar de la población. Sin embargo, el proyecto enfrenta diversos desafíos que deben ser abordados para garantizar su éxito.

El ayuntamiento debería estar inscrito en la RECS es la sección de la FEMP, dedicada a la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos, en concordancia con los principios de actuación correspondientes al proyecto "Healthy Cities", de la OMS. En este sentido se propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Dichas acciones que se llevarán a cabo en el Concello están dentro del marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (EPSP). Nuestro cronograma, que se intenta desarrollar de febrero a noviembre en un año natural, es difícil de cumplir si no hay un presupuesto dedicado a estas partidas dentro de los ayuntamientos RECS. La coordinación en las distintas concejalías hace difícil la anualidad del proyecto. Deberíamos de reestructurar el cronograma siendo más flexibles en el cumplimiento de todos estos procesos.

No se ha podido dentro de la promoción de salud y dentro de nuestros objetivos, proporcionar formación e información de la población en salud, especialmente personas mayores, enfermos crónicos, objetivo prioritario para el proyecto cuya finalidad es el aumento de la longevidad. Un aumento en un futuro venidero, pero también centrándonos en la actualidad y en el contexto reciente. Importante también que las personas mayores participen en la adquisición del carné de longevidad.

Los ayuntamientos también necesitan de una coordinación para poder establecer sinergias entre los distintos profesionales. La adjudicación del carné de longevidad debería alcanzarse con cuatro de las ocho actividades propuestas en el proyecto para tener una mejor viabilidad en los mismos.

Este carné no solo actúa como un reconocimiento para quienes completan las ocho actividades en un año, sino que también incentiva una mayor conciencia sobre el envejecimiento saludable y la participación comunitaria. La burocracia y las exigencias administrativas también hay que tenerlas en cuenta. Cada ayuntamiento puede tener sus propios procedimientos, lo cual podría ralentizar la organización de las actividades o la emisión del carné. La burocracia y los trámites administrativos varían entre municipios, lo que implica una coordinación cuidadosa para asegurar la uniformidad del programa.

La sincronización de calendarios y las distintas exigencias de los diversos ayuntamientos junto con diversidad y accesibilidad de las actividades.

4. CONCLUSIONES

El trabajo de promoción de salud debe de ser un trabajo multidisciplinar en la que varios colectivos pongan en común sus conocimientos. De esta manera los distintos profesionales bajo el amparo de las administraciones, instituciones y asociaciones establecen un plan de promoción de salud actuando en la prevención, sobre todo en el colectivo de nuestras personas mayores. La implementación de este proyecto del carné de la longevidad requiere una buena coordinación y obliga a cada persona a educarse en salud desde los distintos puntos de vista y desde las perspectivas dadas por la OMS. Es decir, desde la parte física pero también mental y social.

Varios Ayuntamientos se hicieron eco de esta necesidad y han participado en el proyecto con distintas actividades que fomenta la mejora de la calidad de vida de los usuarios, la educación sanitaria en materia de nutrición, actividad física, hábitos saludables, termalismo y salud ambiental.

Por eso al promover y ejecutar proyectos para el colectivo de personas mayores, mejoramos su calidad de vida y su longevidad y, por tanto, su salud física, mental y emocional. Hemos visto como todo esto impulsa su autonomía en zonas rurales en riesgo de despoblación y promover el envejecimiento activo que debe de realizarse a través de la motivación con actividades y participación como puede ser la adquisición del carné de longevidad.

Referencias bibliográficas

- García-García, F. J., Rodríguez-Mañas, L., & Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Envejecimiento activo y prevención de la dependencia: Nuevas oportunidades para la promoción de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 203–213. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000300001>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2010). *Envejecimiento activo: Estrategias y propuestas de acción*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.imserso.es>
- Nolasco, A., Melchor, I., Pereyra-Zamora, P., & Tamayo-Fonseca, N. (2016). Evaluación de intervenciones municipales en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas. *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.005>
- Red Española de Ciudades Saludables. (s.f.). *Red Española de Ciudades Saludables*. Federación Española de Municipios y Provincias. Recuperado de <https://recs.es/>

Capítulo 9. Fragilidad y envejecimiento saludable, ¿cómo evitar la dependencia?

Vanessa Álvarez Vidal¹

¹*Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.*

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente en los países desarrollados, estados como España evidencian un notable aumento en la proporción de personas mayores de 65 años. Este cambio demográfico trae consigo un aumento de enfermedades crónicas y degenerativas y una prevalencia significativa de la fragilidad, una condición caracterizada por una disminución progresiva de la capacidad intrínseca y funcional. Este artículo explora la prevalencia, etiopatogenia, consecuencias y estrategias de identificación y tratamiento de la fragilidad, así como la importancia de promover un envejecimiento saludable a través de intervenciones multidimensionales para evitar, de esta manera, consecuencias catastróficas de la misma como es la dependencia.

Palabras clave: fragilidad, personas mayores, envejecimiento saludable, dependencia.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los países desarrollados han apreciado un aumento significativo en la esperanza de vida, circunstancia que nos arroja un cambio demográfico notable. España, por ejemplo, tiene un 19.4% de su población con 65 años o más y un 6.1% con 80 años o más. Este envejecimiento poblacional ha alterado los patrones de enfermedad, con un aumento de enfermedades crónicas y degenerativas y una prevalencia preocupante de discapacidad y dependencia en las personas mayores. Nos enfrentamos entonces a un cambio en la tipología del paciente, caracterizado por una edad avanzada, una alta comorbilidad y complejidad, siendo por ello un consumidor importante de recursos sanitarios y socioeconómicos.

La fragilidad se destaca como un síndrome geriátrico crucial que requiere atención urgente debido a sus consecuencias adversas para la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Otra información preocupante es que la ENSE (Encuesta Nacional de Salud de España) presenta datos alarmantes sobre la discapacidad de la población española objetivada entre los mayores de 65 años, con tasas de dependencia del 36,7% en movilidad, 34,2% en actividades de autocuidado y 37,4% en labores domésticas. Estos porcentajes aumentan todavía más llegando a cifras del 77,8 %, 72,2% y 78,1% respectivamente en los mayores de 85 años.

La discapacidad es un proceso catastrófico con consecuencias nefastas (no solo para el individuo que la padece, sino también para su familia y entorno socioeconómico y ambiental) y está estrechamente relacionado con años perdidos de salud y de vida. Por ello, detectar los casos con predisposición debería ser uno de los pilares a estudio más importantes de las nuevas sociedades. Dada la vulnerabilidad de los pacientes ancianos a presentar discapacidad, debería fomentarse la implicación y el aumento de los profesionales sociosanitarios

que controlen las patologías y problemas más frecuentes en los pacientes mayores.

El proceso de enfermar en el anciano se comporta de manera distinta a cómo lo hace en el adulto joven. Las características propias del anciano conllevan a un manejo diferente, basado en la valoración geriátrica integral, un equipo multidisciplinar y un continuum asistencial en distintos niveles.

Sabemos, por tanto, que el individuo mayor es diferente al joven, pero también nos encontramos con una sociedad mayor muy heterogénea. El abordaje de esta diversidad de tipologías es importante para determinar el manejo y los objetivos en esta población, por ello, conviene resaltar la importancia del término "fragilidad".

1.1. LA FRAGILIDAD.

La fragilidad es un estado de prediscapacidad dentro del continuum funcional que va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se define la fragilidad como un síndrome biológico complejo caracterizado por un declinar progresivo de los sistemas fisiológicos relacionados con el envejecimiento, que resulta en una reducción de la capacidad intrínseca (combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, las características del entorno que afectan a esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características) y de la reserva funcional, que deriva en una pérdida de la capacidad homeostática y confiere una extrema vulnerabilidad a estresores, aumentando así el riesgo de presentar eventos adversos de salud.

Es importante no confundir el término fragilidad con discapacidad (alteración funcional) ni con comorbilidad (médica o psicológica) porque, aunque se pueden cumplir las 3 condiciones a la vez, existen también pacientes que tienen fragilidad sin presencia de dishabilidad o comorbilidad asociada. Por ello, consideremos la fragilidad como una entidad clínica diferente a la discapacidad y a la comorbilidad.

1.2. PREVALENCIA Y ETIOPATOGENIA DE LA FRAGILIDAD.

La prevalencia de la fragilidad varía ampliamente según las poblaciones y ámbitos seleccionados, aunque la mayoría de los estudios la sitúan entre un 10-15% de los mayores de 65 años, aumentando exponencialmente con la edad. Esta prevalencia se obtiene principalmente al emplear el fenotipo de fragilidad de Linda Fried, pero, si se aplica el acúmulo de déficits o escalas multidimensionales puede oscilar entre un 20-25%. Es más común en mujeres que en hombres con un ratio 2:1 y está asociada con factores socioeconómicos bajos y baja educación.

La etiopatogenia de la fragilidad es una combinación compleja de disrregulación fisiológica con impulsores biológicos que llevan al fenotipo de Linda Fried (pérdida de peso, debilidad, fatiga, bajo nivel de actividad física y reducción de la velocidad de la marcha). En la siguiente imagen se muestra la complejidad de la misma.

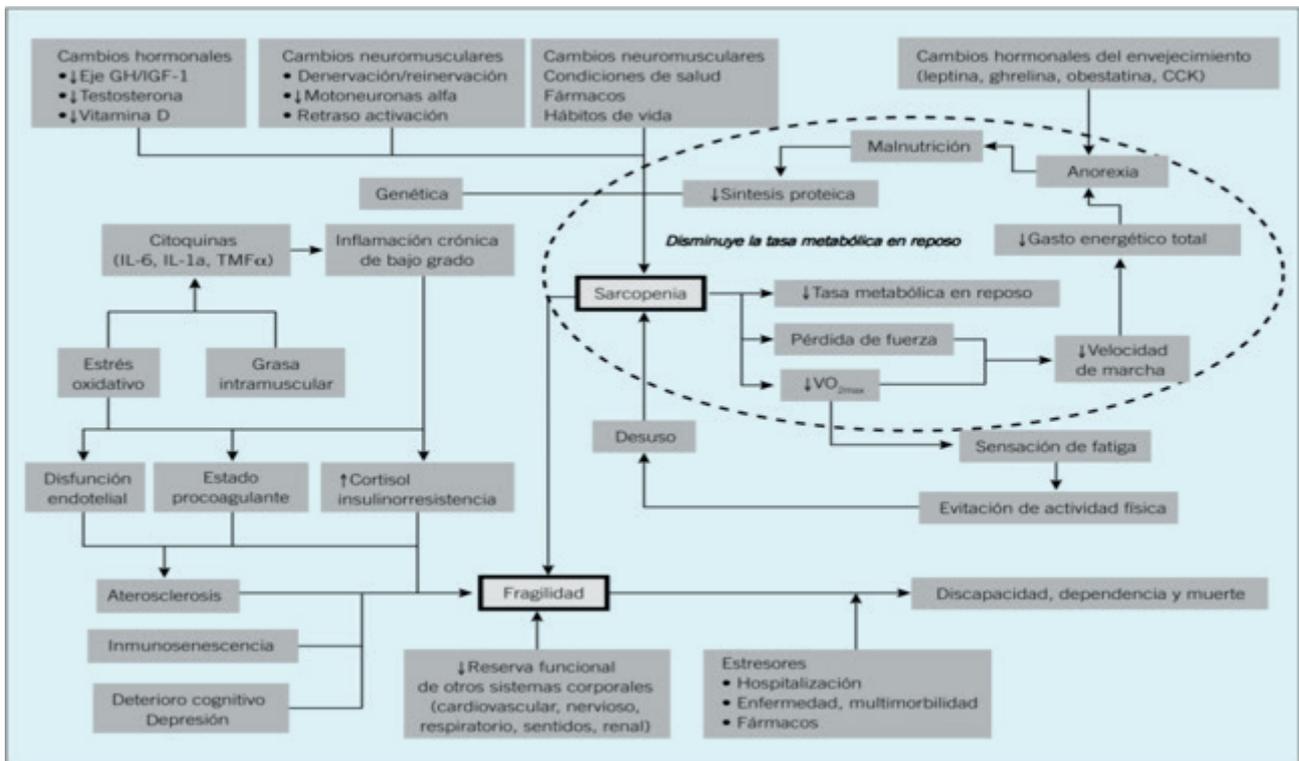


Figura 1 Patogénesis de la fragilidad

1.3. ASOCIACIÓN Y CONSECUENCIAS.

La fragilidad se asocia con consecuencias clínicas negativas como el aumento de la comorbilidad, las complicaciones médicas y quirúrgicas, la presencia de discapacidad, otros síndromes geriátricos (caídas, incontinencia de esfínteres, delirium, depresión, demencia...), el mayor uso de sistemas de salud y recursos sociosanitarios (hospitalizaciones, aumento de la estancia hospitalaria, reingresos, institucionalización) y, en última instancia, la muerte.

1.4. IDENTIFICACIÓN DE LA FRAGILIDAD.

La identificación temprana de la fragilidad es crucial para intervenir y prevenir su progresión, ya que se trata de una entidad dinámica y potencialmente reversible.

La presentación clínica en muchos casos es asintomática. No tiene síntomas claros que nosotros reconozcamos como asociados con una enfermedad. Esto es algo muy frecuente en pacientes ancianos en los que la presentación clínica de las enfermedades es muchas veces atípica. De esta forma, con la fragilidad ocurre lo mismo, puede aparecer como una exacerbación de enfermedades crónicas, como una complicación después de procedimientos invasivos o quirúrgicos, presentarse mediante otro síndrome geriátrico como el delirium o las caídas, o podemos sospecharla en pacientes más propensos a efectos adversos de los fármacos.

Tener en cuenta todo esto es la mejor pauta para sospechar que un paciente pueda ser frágil. El gold estándar con el que se consigue identificar la fragilidad es la valoración geriátrica integral (VGI). La VGI es un proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar la función física, mental y social, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos

asistenciales. Su praxis exige un profundo conocimiento de los recursos e instrumentos que en cada área deben ser utilizados y, por tanto, una sólida formación al respecto.

El fenotipo de fragilidad descrito por Linda Fried es en la actualidad el instrumento más ampliamente usado y referenciado en la literatura científica. Está formado por cinco criterios clínicos objetivos: pérdida de peso, debilidad muscular, baja resistencia y agotamiento, lentitud en la velocidad de la marcha y bajo nivel de actividad física.

El índice de fragilidad (FI, Frailty Index) es el más representativo y de referencia dentro de los índices de acúmulo de déficits o multidimensionales. Se basa en la evaluación y en la puntuación sumativa/acumulativa en varias áreas y dimensiones. La versión inicial contenía 70 ítems, pero posteriormente se han publicado versiones reducidas en las que una puntuación de 0,25 o 0,30 (valor relativo) es indicativa de fragilidad. Además, el que se pueda calcular fácilmente y el hecho de que presente buenas características de prueba diagnóstica facilitan la aplicabilidad clínica y su seguimiento en el tiempo. De este índice ha derivado la escala clínica de fragilidad, que clasifica los mayores en nueve categorías que incluyen la discapacidad.

Actualmente, disponemos también de la herramienta FRAIL que permite la realización auto administrada o telefónica y comparte componentes de ambos modelos, el fenotipo de Fried y el acumulativo (índice de fragilidad). Los cinco aspectos que valora son cansancio, incapacidad para subir un piso de escaleras y caminar una manzana, presencia de más de 5 enfermedades y pérdida de peso mayor del 5% en los últimos 6 meses. Es una herramienta rápida y sencilla con gran capacidad predictiva de discapacidad y mortalidad.

Sin embargo, probablemente las herramientas más empleadas para la detección de la fragilidad son las pruebas de ejecución. Las más utilizadas son la Short Physical Performance Battery (SPPB), el test de la velocidad de la marcha o el test de "levántese y ande" (Timed Up and Go), apoyadas todas ellas de una valoración multidimensional en forma de valoración geriátrica integral (VGI).

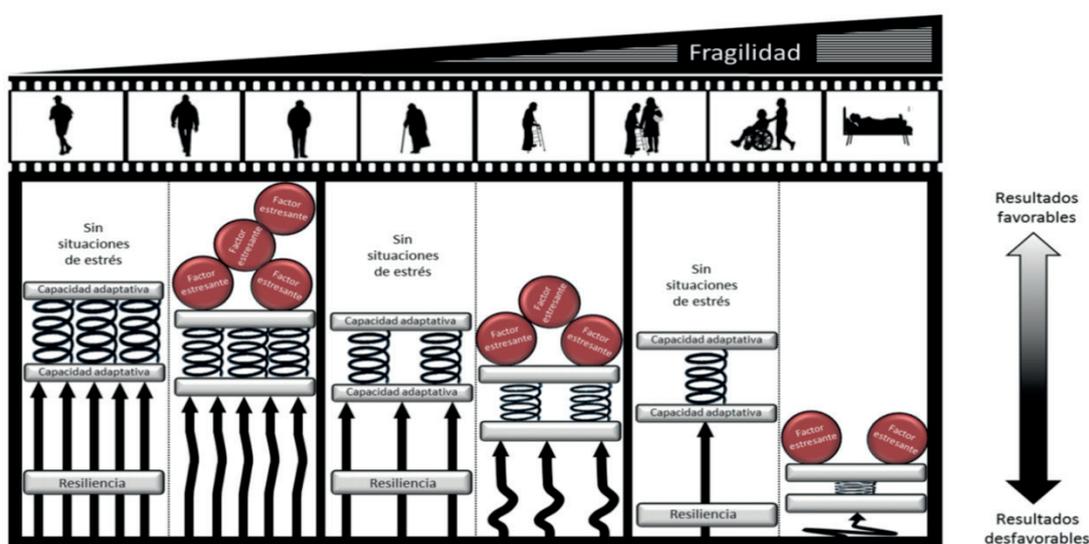


Figura 2 Fragilidad y reserva fisiológica

Nota. Imagen conceptual adaptada de Rockwood y Ethun donde se representa el declive de los sistemas fisiológicos objetivado según progresa la fragilidad (que conlleva a la pérdida de la capacidad adaptativa y el mantenimiento de la homeostasis ante situaciones de estrés).

1.5. MANEJO DE LA FRAGILIDAD.

La fragilidad puede retrasarse, además de revertirse, mediante ejercicio físico, adaptación de la dieta (a veces con necesidad de suplementos) y otras intervenciones específicas e individualizadas de los componentes específicos de la fragilidad, como pueden ser el ajuste de la medicación, el control de las enfermedades y síndromes geriátricos, muchas veces ocultos y simultáneos en un mismo paciente.

La intervención sobre la fragilidad se puede entender en tres niveles. El primer nivel, evitando que aparezca con medidas de fomento de la actividad física y estilos de vida saludable, lo conocido como prevención primaria. En segundo lugar, detectándola precozmente en etapas preclínicas o en sus primeras fases evitando su progresión (prevención secundaria). Y el tercer nivel, la llamada prevención terciaria, para evitar las consecuencias asociadas una vez que se haya establecido la fragilidad.

Hay que tener en cuenta que, para que el tratamiento del síndrome de fragilidad sea efectivo, se deben cumplir las siguientes premisas: el abordaje debe ser individualizado y personalizado, las intervenciones deben ser lo suficientemente largas y mantenidas en el tiempo y multidimensionales (físicas, mentales y sociales), promoviendo medidas de apoyo facilitadoras que aseguren la adherencia al plan de intervención y la implicación de familiares/allegados y cuidadores.

Podemos apoyarnos en los siguientes pilares para el manejo de la fragilidad: el ejercicio físico multicomponente, las intervenciones nutricionales, el control de las patologías de base del anciano, de los síndromes geriátricos y de la polifarmacia, siempre intentando transmitir una buena información y conseguir una adecuada comunicación con el paciente y familia, allegados o cuidadores para lograr una correcta adherencia.

El ejercicio físico es la terapia que ha manifestado la mayor eficacia hasta el momento para prevenir y tratar la fragilidad. Ha demostrado en las personas mayores, ser capaz de reducir la mortalidad y la discapacidad, mantener la masa muscular, aumentar la fuerza y la funcionalidad, estabilizar la densidad mineral ósea, favorecer el metabolismo hidrocarbonado y la dinámica cardiovascular. Existen cuatro tipos principales de ejercicio: el de fuerza, el de resistencia, el equilibrio y la flexibilidad. La edad no es una contraindicación para realizar ejercicio físico, pues, la única condición que debemos de tener en cuenta es que los programas de entrenamiento sean individualizados y adaptados a las características de los mayores, considerando que no se precisan grandes intensidades para conseguir beneficios funcionales. En la actualidad hay programas prácticos para la prescripción de ejercicio físico multicomponente según el grado de fragilidad en personas mayores. Uno de los programas más utilizados es el VIVIFRAIL, disponible online (www.vivifrail.com) y se puede descargar gratuitamente aplicaciones en español para su utilización en el ámbito comunitario.

A nivel nutricional sabemos que la malnutrición, la anorexia y la pérdida de peso se ha relacionado con la aparición de fragilidad. Por ello, una valoración y una intervención nutricional apropiadas resultan imprescindibles para su prevención y tratamiento. Se ha demostrado la eficacia de la dieta mediterránea, de las recomendaciones dietéticas y de la suplementación oral hiperproteica y con diferentes compuestos como la vitamina D, el hidroximetilbutirato (HMB) o la leucina, consiguiendo mejoras en la función física, calidad de vida, composición corporal, estado nutricional y en los biomarcadores de inflamación, especialmente si se acompañan de programas de ejercicio físico.

La polifarmacia también puede considerarse como uno de los principales contribuyentes en el desarrollo de la fragilidad, aunque la relación es bidireccional y no queda claro el mecanismo subyacente. Lo que sí parece

claro es que la prescripción farmacológica en sujetos frágiles o prefrágiles debe ser cuidadosa, evitando los fármacos potencialmente inapropiados, mientras que en sujetos robustos la polifarmacia no tendría un efecto perjudicial tan importante. Así, la deprescripción (retirada de fármacos o reducción de dosis) y la prescripción apropiada en los mayores frágiles y prefrágiles, deben ser valoradas y reevaluadas periódicamente, utilizando herramientas validadas de apoyo como son los criterios STOPP-START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/ Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) o los criterios de Beers, valorando además el tiempo hasta el beneficio.

1.6. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

El envejecimiento activo es un tema que continúa generando interés y potenciando nuevas investigaciones. Lograr un envejecimiento activo implica optimizar la capacidad funcional a lo largo de la vida, promoviendo estilos de vida saludables y la participación en redes sociales.

La dieta, el ejercicio físico y mental, la meditación, el descanso y el soporte social son pilares fundamentales. La resiliencia o la capacidad de adaptarse y recuperarse de adversidades, también juega un papel crucial.

Las comunidades con estilos de vida activos, como son las “zonas azules”, demuestran que una nutrición adecuada, la actividad física regular y unas fuertes conexiones sociales producen beneficios en su longevidad y bienestar. Investigaciones recientes siguen explorando cómo los principios de las zonas azules pueden aplicarse en otras partes del mundo para mejorar la salud, además de la calidad y esperanza de vida. Aquí se detallan algunas de las claves estudiadas para un envejecimiento saludable:

1. Dieta balanceada: Consumir una dieta rica en frutas, verduras, granos integrales, proteínas magras y grasas saludables puede ayudar a mantener la salud física y cerebral a medida que envejecemos.
2. Ejercicio regular: Mantenerse físicamente activo puede mejorar la fuerza muscular, la flexibilidad y la salud cardiovascular, además de reducir el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.
3. Mantenerse mentalmente activo: Estimular el cerebro con actividades como rompecabezas, lectura, aprendizaje de nuevas habilidades o juegos puede ayudar a mantener la función mental y prevenir el deterioro cognitivo.
4. Controlar el estrés: El estrés crónico puede afectar negativamente la salud física y mental. Estrategias como la meditación, el yoga, la respiración profunda y la socialización pueden ayudar a reducir el estrés.
5. Sueño adecuado: Dormir lo suficiente y mantener una rutina de sueño regular es crucial para la salud física y mental a largo plazo. El cuerpo, la mente y el sistema inmunológico se recuperan con el descanso.
6. Mantenimiento de relaciones sociales fuertes y significativas tiene un impacto positivo en la salud emocional y cognitiva.

7. Visitas médicas regulares y chequeos de salud periódicos, siguiendo las recomendaciones médicas, puede ayudar a identificar y tratar problemas de salud antes de que se conviertan en mayores preocupaciones.
8. Evitar hábitos poco saludables: Reducir el consumo de alcohol, no fumar y evitar otro tipo de drogas puede contribuir significativamente a un envejecimiento más saludable. Otras acciones como la protección de nuestra piel ante los rayos ultravioleta y la de nuestros sentidos (audición y visión especialmente), ayudan a prevenir enfermedades y aumentan nuestra calidad de vida.

Estas claves son fundamentales, pero, es importante recordar que cada persona es única y puede requerir ajustes específicos e individualizados en función de sus necesidades y condiciones de salud.

2. CONCLUSIONES

La reducción de la fragilidad y sus consecuencias negativas es una prioridad de salud pública, aunque para ello es importante conocer la evolución temporal de la fragilidad. Resulta así, esencial, fomentar estrategias de envejecimiento activo y saludable, centradas en la optimización de la capacidad funcional y la prevención de la fragilidad. Se requiere para ello, un enfoque multisectorial, involucrando a todos los profesionales que trabajan con la población mayor, promoviendo cambios en los sistemas de salud y la sociedad en general.

La transmisión de la información sobre el envejecimiento saludable tiene un enorme potencial para promover cambios sociales y conductuales que pueden mejorar la posibilidad de vivir más años y con mejor calidad de los mismos.

La investigación continua, así como la adaptación a nuevas tecnologías y métodos que son fundamentales para avanzar en el manejo de la fragilidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Referencias bibliográficas

- Abizanda Soler, P., & Cano Gutiérrez, C. (2021). *Medicina geriátrica: Una aproximación basada en problemas* (2ª ed.). Elsevier España.
- Abizanda Soler, P., & Rodríguez Mañas, L. (2020). Tratado de medicina geriátrica: *Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores* (2ª ed.). Elsevier España.
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Voshaar, R. C. O. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
- Ministerio de Sanidad. (2014). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS: Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 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. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Hoogendijk, E. O., et al. (2019). A new functional classification based on frailty and disability stratifies the risk for mortality among older adults: The FRADEA study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(9), 1105–1110. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.129>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Picca, A., Calvani, R., Cesari, M., Landi, F., Bernabei, R., Coelho-Júnior, H. J., & Marzetti, E. (2020). Biomarkers of physical frailty and sarcopenia: Coming up to the place? *International Journal of Molecular Sciences*, 21(16), 5635. <https://doi.org/10.3390/ijms21165635>
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology: Series A*, 62(7), 722–727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
- World Health Organization. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- World Health Organization. (2020). *WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2019: Report of Consortium Meeting held 21–22 November 2019 in Geneva, Switzerland*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333913/9789240009752-eng.pdf>

Capítulo 10. Comparación de variables sociales y sanitarias entre personas de más de ochenta años según su lugar de residencia (institución o domicilio) en zona rural de montaña.

Gloria Puertas Aznárez¹, Alberto De Dios Romero².

¹Universidad Pública de Navarra, UPNA. Departamento de Ciencias de la Salud.

²Hospital FSH (Fundació Sant Hospital) La Seu de Urgell, Lleida.

RESUMEN

Estudio transversal de 114 personas de más de 80 años que residían en 2023 en la región rural y montañosa de Jacetania (Huesca). Hipótesis: el perfil social y de salud de las personas institucionalizadas es diferente al de las que viven en sus domicilios.

Metodología: muestreo por conveniencia de 78 personas institucionalizadas y 36 en sus domicilios. Se utilizaron test de Pfeiffer (cognición), escala abreviada de Yesavage (depresión), Lawton & Brody (actividades vida diaria) y TUG (movilidad). Se recogió frecuentación de hospitales y centros de salud, medicación, salud dental, variables sociales, conocimiento sobre voluntades anticipadas y eutanasia.

Resultados: La media de edad de la muestra estudiada fue de 88,7 años, 42% hombres, pensión media entre 500-1000 euros, 84% con vivienda en propiedad y 8,5% con estudios universitarios. Un 34% de los institucionalizados no realiza ninguna actividad de ocio, frente a un 25% de los que residen en domicilio. Un 92% de los institucionalizados y un 75% de los no-institucionalizados puntuaron más de 12 en el TUG, presentando riesgo de caídas. Un 41% tuvo carnet de conducir, un 12% conduce hoy y un 9% de las mujeres condujo alguna vez. Los institucionalizados tienen 6,7 prescripciones diarias activas, los residentes en domicilio 4,7. Un 31% de los institucionalizados y un 19% de los residentes en domicilio ha ingresado en el hospital en el último año. Un 56% de los residentes en domicilio realiza higiene dental más de una vez al día, frente al 4% de los institucionalizados. El test de Pfeiffer detecta nivel cognitivo similar en ambos grupos. El test de Yesavage mostró 6 personas deprimidas (5 institucionalizadas).

Conclusiones: las personas participantes institucionalizadas presentan menor nivel económico, higiene dental y movilidad, mayor medicación, más ingresos hospitalarios, y peor salud mental comparadas con personas que residen en sus domicilios.

Palabras clave: ancianos, institucionalización, fragilidad, movilidad.

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio describe la situación de las personas mayores de ochenta años que residen en una región rural, montañosa, y con baja densidad de población. La región dispone de cuatro residencias de ancianos de gestión privada. La edad media en la región es de 45,3, superior a la media nacional de 44 según el Instituto Nacional de Estadística. Según la misma fuente, el índice de envejecimiento en la provincia superó en el año 2022 en 29 puntos a la media nacional.

La salud de las personas mayores y su relación con el estatus socioeconómico, la demografía y el acceso a la salud, la influencia del género, la etnicidad y la genética en la salud al final de la vida, son ramas de las ciencias que han generado un corpus de investigación y estudios en los últimos decenios, especialmente en los países desarrollados.

A nivel internacional, destacan estudios poblacionales que observan el gasto y las políticas de salud para personas mayores, la supervivencia tras la jubilación, la importancia de la educación en la salud al final de la vida, aspectos de la vida rural en las desigualdades en salud, intervenciones para mejorar la movilidad, estudios de cohortes a nivel nacional, y muchos otros. Las residencias de ancianos, como instituciones cerradas, también han generado un elevado número de publicaciones en revistas científicas de economía de la salud, de cuidados de enfermería, de procedimientos terapéuticos concretos, de autoinformes de salud de los residentes, de demencia y problemas psiquiátricos, por citar las más relevantes. Sin embargo, existen pocos estudios a larga escala que comparen ancianos que viven en sus domicilios con los que residen en instituciones tuteladas. Así mismo, existen pocos estudios realizados en zonas rurales.

La hipótesis de esta investigación es que, en una zona rural y en un marco temporal delimitado, puede haber diferencias sociales y de salud entre las personas mayores de ochenta años según su ámbito de residencia, es decir, entre las que viven en sus casas y las que viven en residencias.

METODOLOGÍA

La ley de protección de datos autonómica ha impedido el muestreo al azar, dificultando el acceso al censo poblacional de los mayores de ochenta años residentes en la Jacetania. Así, se ha tenido que realizar un muestreo por conveniencia, en las cuatro residencias de ancianos existentes y en domicilios, visitando lugares de alta frecuentación de los mayores, como son casinos y asociaciones de mayores. Se ha obtenido la aprobación del comité de ética de la UPNA. Mediante un cuestionario en papel, se han recogido datos de tipo cuantitativo, de salud, cognitivos, de movilidad, actividades de la vida diaria y sociales y se han utilizado cuestionarios estandarizados (Pfeiffer, Yesavage, Lawton & Brody, TUG (Time Up and Go)). Los datos se han volcado anonimizados en una base de Excel. Todos los participantes en el estudio han firmado un consentimiento informado. Todos los participantes han sido entrevistados en su entorno habitual (residencia o domicilio) y la participación ha sido voluntaria.

Se ha realizado un primer análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. El tipo de muestreo por conveniencia limita el uso de intervalos de confianza y análisis estadístico. El análisis se ha efectuado con Excel y PSPP.

Este artículo muestra la línea de base de los datos recogidos el primer año del estudio, ya que el diseño del mismo es longitudinal y van a recogerse datos de los mismos participantes un año después.

RESULTADOS

La media de edad de la muestra estudiada fue de 88,7 años, 42% hombres, pensión media entre 500-1000 euros, 84% con vivienda en propiedad y 8,5% con estudios universitarios. Las personas que residen en sus domicilios tienen una pensión media entre 1000-2000 euros, 95% tienen vivienda en propiedad; las personas institucionalizadas tienen pensión media de 500-1000 euros, 78% propietarias de vivienda. El cuidador principal para ambas poblaciones son los hijos o un familiar de primer grado. Sólo dos entrevistados no tenían a nadie. Un 34% de los institucionalizados no realiza ninguna actividad de ocio, frente a un 25% de los que residen en domicilio; las actividades de ocio más frecuentes entre los que residen en residencias son la gimnasia organizada, caminar, jugar a cartas y leer. Entre los que residen en sus casas, las actividades que más realizan son caminar, leer, cultivar el huerto, gimnasia organizada y viajar.

Un 92% de los institucionalizados y un 75% de los no-institucionalizados puntuaron más de 12 en el TUG, presentando por ello riesgo de caídas. Utilizando un punto de corte de 20 segundos (más adecuado para mayores de 80 años), un 60 % de personas institucionalizadas presenta riesgo de caídas, frente a un 36 % de los no institucionalizados. 25 personas no pudieron realizar el test, o se interrumpió la realización al superar los 50 segundos; de esos 25, 21 están institucionalizados.

Un 41% de la muestra tuvo carnet de conducir en algún momento y un 12% conduce hoy; sólo 9% de las mujeres han tenido alguna vez carnet de conducir. Los institucionalizados tienen 6,7 prescripciones diarias activas, los residentes en domicilio 4,7. Los fármacos para problemas cardiovasculares suponen la mitad de la medicación habitual diaria en ambos grupos. Los institucionalizados toman antidepresivos en mayor grado que los residentes en domicilio. Un 31 % de los institucionalizados ha tenido ingreso hospitalario en el último año, frente a un 19% de los residentes en domicilio. La frecuentación del centro de salud es mayor entre los que residen en domicilio, si bien las instituciones disponen de cuidados de enfermería regulares que podrían disminuir la frecuentación del centro de salud entre sus residentes, al ocuparse de actividades como la vacunación, control de la tensión arterial, cuidado de úlceras y otros. Un 87% de la muestra realiza higiene dental a diario, pero un 56% de los residentes en domicilio lo hace más de una vez, frente a un 4% de los institucionalizados. Ambas poblaciones presentan un nivel cognitivo similar según el test de Pfeiffer. El test abreviado de Yesavage detectó 8 personas con depresión (7 en instituciones); de ellas sólo 3 estaban bajo tratamiento antidepresivo, las 3 institucionalizadas. Un 17% de la muestra estaba bajo tratamiento antidepresivo.

La mayoría de entrevistados no conoce el documento de voluntades anticipadas, y sólo un encuestado institucionalizado ha hecho sus voluntades anticipadas. Los dos grupos de personas definen correctamente el concepto de eutanasia.

DISCUSIÓN

El muestreo por conveniencia limita la generalización de los resultados de este estudio, que sólo representan a la población entrevistada y no a la de la región de la que provienen. Este estudio pretende aumentar el conocimiento relativo a diversas variables de interés de la población anciana, especialmente de movilidad, de uso de servicios de salud y cognitivas, en una zona rural y montañosa.

El estudio pone a la luz diferentes perfiles de las personas mayores de ochenta años que actualmente residen

en la misma región, sea en sus domicilios o en residencias tuteladas. El conocimiento de la situación de unos y otros, la heterogeneidad de este grupo de edad, podrían permitir la puesta en práctica de nuevas políticas y estrategias, tanto sanitarias como sociales, adaptadas a este grupo de población, en un contexto de gradual aumento de la población de mayores en los próximos treinta años y en una población que ya está envejecida por encima de la media nacional. Así, se ve que la salud dental es uno de los aspectos mejorables en los centros tutelados, donde la mayoría de los ancianos realiza higiene dental sólo antes de acostarse. El número de prescripciones farmacológicas es superior en las personas que viven en residencias, incluyendo los antidepresivos, que parecen utilizarse frecuentemente en esta franja de edad. Existe gran variabilidad en el número de prescripciones farmacológicas en cada persona, pero la preparación diaria de la medicación supone un reto para la mayoría de los entrevistados, que prefieren delegar esta tarea en los cuidadores (independientemente del lugar de residencia).

Se presupone que la mejora de la salud y situación social de los mayores de ochenta años es interesante desde un punto de vista de salud pública. Los mayores sanos producirán menos gasto en el sistema nacional de salud que los no sanos, y serán capaces de seguir contribuyendo a la sociedad, a través de su conocimiento y participación voluntaria en actividades. La mayoría de los entrevistados realizan actividades de entretenimiento, generalmente en función de su disponibilidad, y han expresado su interés en mantenerse activos. Las actividades físicas organizadas, de tipo yoga, taichi, u otros movimientos bajo supervisión, son ampliamente valoradas por los entrevistados. También son bien aceptadas actividades de estimulación de la memoria, sopas de letras y juegos de cartas. El acceso a la información y a la actualidad lo realizan mediante la prensa escrita y televisión. Un 77% de los participantes en el estudio tiene teléfono móvil, si bien la brecha digital es clara, ya que sólo un 30% de los residentes en sus domicilios utiliza internet (7% en instituciones) y sólo una persona utilizaba la aplicación de acceso al sistema público de salud. Es responsabilidad de las administraciones públicas el dedicar recursos a abordar la brecha digital en esta franja de edad, mediante formación de las personas y adaptación de las diferentes plataformas a posibles limitaciones relacionadas con la edad (como la pérdida de visión, el temblor, la pérdida de memoria).

La relación entre estructuras, procesos y resultados de los cuidados en salud es compleja. Múltiples estudios en ancianos han utilizado muestras pequeñas y resultados basados en autoinformes de salud de los participantes; otros estudios utilizan opiniones de los cuidadores, otros estudios técnicos terapéuticas para un problema de salud determinado. Este estudio presenta un corte transversal de la situación de los mayores de ochenta años en una región, mediante cuestionarios estandarizados, en un marco temporal bien delimitado y con datos objetivos. La disminución de la movilidad, la pérdida de capacidades sensoriales (vista y oído) aparecen como factores importantes en este grupo que condicionan su vida cotidiana, afectando desde la preparación de una comida, hasta las relaciones sociales o la adaptación del entorno. Un dato consistente en los estudios de personas mayores es la preferencia a residir en sus domicilios mientras sea posible; es necesaria la planificación de la mejora de barreras arquitectónicas, de servicios sociales, de apoyo a la actividad física adaptada a la edad, entre otros, para que este deseo expresado a voces sea factible. El estudio aprecia una mayor movilidad entre los residentes en sus domicilios, con un relativo menor uso de ayudas dinámicas y menor riesgo de caídas. Los coches fueron introducidos de forma gradual durante las vidas de este grupo, pero sólo un 41% de los entrevistados ha conducido vehículos en algún momento de sus vidas, con una clara brecha de género (sólo un 9% de las mujeres ha conducido alguna vez). Este dato contrasta con la dependencia actual del coche en entornos rurales, en gran parte debida a la falta de transporte público y de servicios. En

entornos rurales, el momento preciso en que se deja de utilizar el vehículo es, en algunos casos, cuando se decide dejar la residencia habitual para ingresar en instituciones o ir a vivir con los hijos. Otros factores son las caídas con fracturas, los ictus y el deterioro cognitivo severo.

Durante las últimas fases de la vida, según el estado de salud, puede necesitarse tomar decisiones importantes en relación con cuidados y procedimientos terapéuticos. Los participantes en el estudio no conocen la posibilidad de redactar unas voluntades anticipadas y la mayoría entiende lo que es la eutanasia; no existen diferencias en estos conceptos en base al lugar actual de residencia.

El diseño de este estudio es longitudinal, entrevistando a los participantes un año después, lo cual le dará un valor añadido del estudio de la evolución de ambos grupos a nivel de los parámetros estudiados.

CONCLUSIONES

Las personas participantes institucionalizadas presentan una renta media inferior, menor higiene dental y movilidad, mayor toma diaria de medicación, más ingresos hospitalarios, y peor salud mental que las personas que residen en sus domicilios. Ambos grupos son similares desde el punto de vista cognitivo. Existen intervenciones sencillas que permitirían mejorar la salud de este grupo de personas y su integración social.

Referencias bibliográficas

- Azevedo, S., Maia, R., & Guerreiro, E. (2021). Ancianos: Relación entre residencia y estado de salud. *Galicia Clínica*, 82(2), 75-80. <https://doi.org/10.22546/61/2069>
- Baks, M., Wouterse, B., & Van Doors, E. (2022). Estimating the health value added by nursing homes. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 203, 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.08.028>
- Blondeau, R., Guiguère, M., & Rousseau, J. (2022). Les effets de l'environnement de soins sur les comportements réactifs des personnes ayant des troubles neurocognitifs vivant en centre d'hébergement: Une revue de la portée. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 41(1), 33-55. <https://doi.org/10.1017/S0714980822000356>
- Cornell, P. Y., Zhang, W., Smith, L., Rahman, M., Grabowski, D. C., Carder, P., & Thomas, K. S. (2022). Memory care reduces nursing home admissions among assisted-living residents with dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 18(10), 1880-1888. <https://doi.org/10.1002/alz.12513>
- Czwikla, J., Schmidt, A., Schulz, M., Gerhardus, A., Schmiemann, G., Wolf-Ostermann, K., Gand, D., Friedrich, A. C., & Hoffmann, F. (2022). Contacts with general practitioners, dentists, and medical specialists among nursing home residents. *BMC Health Services Research*, 22(35). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07347-0>
- Fernández, A. M., & Rodríguez, M. D. (2018). *Estudio de necesidades de las personas mayores de sesenta años de los municipios rurales*. Comarca de la Jacetania. Publicación interna.
- Gong, J., Wang, G., Wang, Y., Chen, X., Chen, Y., Meng, Q., Yang, P., Yao, Y., & Zhao, Y. (2022). Nowcasting and forecasting the care needs of the older population in China: Analysis of data from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *The Lancet Public Health*, 7(12), e1007-e1015. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00247-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00247-0)
- Lapointe-Shaw, L., Jones, A., Ivers, N. M., Rahim, A., Babe, G., Stall, N. M., Sinha, S. K., Costa, A. P., & Rochon, P. A. (2022). Homebound status among older adult home care recipients in Ontario, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(2), 568-578. <https://doi.org/10.1111/jgs.17501>
- Lee, A. K., Díaz Ramírez, L. G., Boscardin, W. J., Smith, A. K., & Lee, S. J. (2022). A comprehensive prognostic tool for older adults: Predicting death, ADL disability, and walking disability simultaneously. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(10), 2884-2894. <https://doi.org/10.1111/jgs.17932>
- Liu, Z. (2000). The probability of nursing home use over a lifetime in Australia. *International Journal of Social Welfare*, 9(3), 169-180. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00126>
- Long, K. H., Smith, C., Petersen, R., Emerson, J., Ransom, J., Mielke, M. M., Hass, S., Leibson, C., & Rocca, W. A. (2022). Medical and nursing home costs: From cognitively unimpaired through dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 18(1), 393-407. <https://doi.org/10.1002/alz.12400407>
- Lundby, C., Glans, P., Simonsen, T., Sondergaard, J., Ryg, J., Lauridsen, H., Pottgard, A., & Hallas, J. (2021). Attitudes towards deprescribing: The perspectives of geriatric patients and nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(6), 1508-1518. <https://doi.org/10.1111/jgs.17056>

- Mor Catalán, M. C. (2000). *En la tercera edad, estudio comparativo de ancianos en residencias y en familia*. Tesis doctoral, Universitat de València.
- Oliveira Gordo, S. M. (2016). *Estudio del funcionamiento ejecutivo y de las actividades de la vida diaria en ancianos en función del ámbito de residencia habitual*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca.
- Pottegård, A., Lundby, C., Jårbol, D. E., Larsen, S. P., Hoppe, B. C., Hoffmann, H., & Thompson, W. (2021). Use of sedating medications around nursing home admission in Denmark. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 30(11), 1560-1565. <https://doi.org/10.1002/pds.5341>
- Shiroiwa, T., Fukuda, T., Murashima, S., & Akechi, T. (2012). Institutional care versus home care for the elderly in a rural area: Cost comparison in rural Japan. *Rural and Remote Health*, 12(4), 1817. <https://doi.org/10.22605/RRH1817>
- Spang, L., Holmefur, M., Hermansson, L., & Lidström, K. (2022). Applying to a nursing home is a way to maintain control of life—Experiences from Swedish nursing home applicants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 106–116. <https://doi.org/10.1111/scs.13104>
- Young, C., Hall, A. M., Gonçalves-Bradley, D. C., Quinn, T. J., Hooft, L., van Munster, B. C., & Stott, D. J. (2017). Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9), CD009844. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009844.pub2>

Bloque temático II:

Otros temas y propuestas en el ámbito de la gerontología y geriatria

Capítulo 11. Abordaje del paciente mayor con Insuficiencia Cardíaca.

Beatriz Seoane González¹, Iría Rodríguez Osorio², Fernando de la Iglesia Martínez³.

¹*Unidad de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca.*

²*Servicio de Medicina Interna.*

³*Complejo hospitalario Universitario de A Coruña.*

RESUMEN

El abordaje del paciente anciano con insuficiencia cardíaca es un reto para el sistema sanitario, por su alta prevalencia y consumo de recursos y por la doble necesidad de, por un lado, hacer llegar a esta población las novedades terapéuticas, al mismo tiempo que debemos evitar intervencionismo que no aporten valor y causen efectos adversos indeseados.

Es fundamental un manejo desde equipos multidisciplinares con formación específica, con un enfoque global y actuando sobre la fragilidad modificable. Existe suficiente evidencia en eficacia y seguridad de las nuevas terapias farmacológicas en población anciana, por lo que no deben de dejar de implementarse, aunque debemos ser especialmente cuidadosos en la aparición de efectos adversos. Es importante educar a los pacientes en el autocuidado y mejorar su conocimiento de la enfermedad, teniendo en cuenta que las medidas de restricción dietéticas deben ser aplicadas en base a la evidencia real y sin que tenga impacto negativo en su estado nutricional y dinámica de vida, manteniendo la mejoría de calidad de vida como objetivo primordial.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, anciano, nuevas terapias.

1. INTRODUCCIÓN

El abordaje de la Insuficiencia Cardíaca (IC) en el paciente mayor tiene sus peculiaridades. Aunque envejecimiento, fragilidad y comorbilidad suelen convivir en este perfil de pacientes con IC es importante diferenciar dichos conceptos. Es primordial caracterizar el escenario para ofrecer a cada paciente la mejor terapia posible, sin causar daño, pero sin que exista pérdida de oportunidades por el sesgo que puede suponer la edad. Desde el punto de vista de la gestión de la patología es imprescindible el manejo en equipos multidisciplinares que integren la atención médica del paciente.

2. DESARROLLO

Ante un paciente anciano con IC debemos inicialmente hacer una valoración integral de su fragilidad (Tomasoni et al., 2020) que incluya además de su situación clínica una valoración funcional, social y psicocognitiva, que nos permita caracterizar correctamente su situación y actual sobre su fragilidad modificable, de existir.

Existe amplia bibliografía que demuestra que los pacientes ancianos y los pacientes frágiles son aquellos que presentan peor pronóstico y mayor número de eventos, siendo a su vez el subgrupo donde se implementan las terapias de manera más subóptima, con menor número de fármacos iniciado y dosis menores (Stolfo et al., 2022)

En los últimos años han aparecido nuevas terapias farmacológicas que han mejorado claramente el pronóstico de la enfermedad y a las que nuestros pacientes ancianos son candidatos. Sin embargo, es importante conocer cuál es la evidencia real de las nuevas moléculas en este subgrupo de pacientes, dado que como sabemos están infrarrepresentados en los ensayos. En este sentido un reciente trabajo (Orso et al., 2021) revisa en profundidad los motivos por los que los pacientes mayores no suelen formar parte de los ensayos clínicos (dificultad logística, polifarmacia, enfermedad renal crónica, ...) a la vez que plantea la necesidad de que los pacientes mayores estén más representados en los trabajos, de cara a que los ensayos sean más cercanos a la vida real, y se incluyan objetivos que midan mejor el impacto de las terapias en estos pacientes, como la calidad de vida.

Respecto a los pacientes con IC y fracción de eyección reducida las últimas guías de práctica clínica (McDonagh et al., 2024) establecen como pilares del tratamiento farmacológico y con el mismo nivel de evidencia sacubitrilo/valsartan, betabloqueantes, dapaglifozina/empaglifozina y antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM). En el caso de betabloqueantes y ARM existe clásica evidencia de su eficacia y seguridad en pacientes ancianos.

Sacubitrilo-valsartan tiene actualmente evidencia no solo en los ensayos clínicos si no en largas series en vida real que avalan su uso en el paciente anciano. Es la primera opción frente a IECA en todos los escenarios por su mejoría tanto en objetivos clínicos clásicos de mortalidad como en mejoría de péptidos, remodelado y calidad de vida, con resultados precoces desde su inicio, ya en 2-4 semanas. De cara a evitar efectos secundarios en su inicio en el paciente anciano se recomienda el uso de dosis bajas, con titulación lenta y cautelosa, la monitorización inicial estrecha de función renal e iones y la educación al paciente respecto a la posible aparición de ortostatismo, con revisión frecuente del estado de volemia.

La causa más frecuente de intolerancia a sacubitrilo-valsartan es hipotensión; en este caso es posible el inicio de IECA a dosis bajas o de fármacos facilitadores (isglt2, vericiguat), valorando el cambio en un segundo tiempo si la situación hemodinámica mejora.

En el caso de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (isglt2), dapaglifozina y empaglifozina, existe amplia representación de pacientes mayores de 75 años en los ensayos clínicos, demostrando que su uso en esta población es eficaz y seguro, sin que se detectase mayor incidencia de efectos secundarios. En el análisis que hicimos de nuestra población mayor de 85 años a tratamiento con isglt2 (Figura 1) obtuvimos resultados similares: se analizaron 230 pacientes con una media de 87 años, 51% mujeres; a los 6 meses de seguimiento no se detectaron eventos adversos graves, solo en 2 casos fue necesario suspender el fármaco por intolerancia digestiva. Un 3% sufrieron infecciones urogenitales, que se resolvieron con tratamiento estándar. La baja incidencia de efectos secundarios en nuestra serie puede ser atribuible a la educación realizada por previamente al inicio por la enfermería del programa.

Existen trabajos recientes que han evaluado el impacto de la implementación de la cuádruple terapia en pacientes mayores de 80 años (Vaduganathan et al., 2020), calculándose que el beneficio teórico sería un aumento de supervivencia de 1,4 años y 2,7 años libres del evento combinado de muerte cardiovascular o ingreso por insuficiencia cardíaca, lo que hace énfasis en la necesidad de intentar iniciar las cuatro líneas de tratamiento en todos los enfermos en los que sea posible, independientemente de su edad.

En esta línea ha sido de especial importancia el análisis del estudio STRONG (Mebazaa et al., 2022) donde se comparaba la implementación y titulación rápida de las cuatro líneas de tratamiento con el seguimiento habitual, siendo necesario detener precozmente el estudio por las diferencias detectadas en el brazo de la titulación rápida. Esta estrategia puede resultar difícil de llevar a cabo en la práctica clínica diaria en el paciente anciano o frágil, lo que ha generado controversia en el motivo principal del beneficio tan importante en el brazo de titulación intensiva, ya que además del uso de los fármacos se seguían de manera muy estrecha con unas 6 visitas en el primer mes tras la hospitalización. Esto pone de nuevo de relieve que además del uso de las terapias modificadoras de la enfermedad es fundamental el seguimiento estructurado por programas multidisciplinares específicos, que han demostrado reducir hospitalización, mejorar morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con IC, siendo especialmente relevante este hallazgo en los pacientes mayores.

Respecto a las recomendaciones higiénicas dietéticas, fundamentales para un manejo correcto de la enfermedad, hay que valorar el impacto que las restricciones y cambios en la dieta pueden tener en los pacientes mayores. En el último consenso acerca del consumo recomendado de líquidos y sal en pacientes con IC (Mullens et al., 2024) no se recomendaban restricciones amplias. En el caso de la sal se recomienda un consumo normal, entre 1,5 y 4 gr/día, tanto en pacientes agudos como crónicos, evitando regímenes de restricción estrictos. En cuanto a los líquidos, se sugiere un consumo normal, permitiendo el consumo mayor según sed o necesidad del medio en pacientes crónicos estable; en el paciente descompensado se limita la restricción a aquellos con hiponatremia, donde sí podría haber beneficio.

3. CONCLUSIONES

El abordaje del paciente anciano con IC debe realizarse desde la multidisciplinariedad con profesionales con diferentes formaciones y con el paciente en el centro.

Existe evidencia en subanálisis y experiencia en vida real para afirmar que la mejoría pronóstica y seguridad de los fármacos se mantiene en un espectro amplio de edad y fragilidad.

La edad no debe ser impedimentos para implementar terapias, aunque la titulación debe ser lenta y con monitorización estrecha de efectos secundarios y debe valorarse de manera integral el beneficio de terapias intervencionistas.

La mejoría de la calidad de vida y funcionalidad debe ser un objetivo primordial.



Figura 1 Análisis de seguridad en vida real de pacientes ancianos con isglt2

Referencias bibliográficas

- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., ... & European Society of Cardiology Heart Failure Association. (2023). 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 44(37), 3627–3639. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>
- Mebazaa, A., Gheorghide, M., Piña, I. L., Filippatos, G., Ponikowski, P., Metra, M., ... & McMurray, J. J. V. (2022). Safety, tolerability, and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): A multinational, open-label, randomized trial. *The Lancet*, 400(10358), 1659–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01747-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01747-0)
- Mullens, W., Damman, K., Harjola, V. P., Mebazaa, A., Brunner-La Rocca, H. P., Martens, P., ... & European Society of Cardiology Heart Failure Association. (2024). Dietary sodium and fluid intake in heart failure: A clinical consensus statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 26(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2670>
- Orso, F., Mazzola, M., & Mazzola, S. (2021). New drugs for heart failure: What is the evidence in older patients? *Journal of Cardiac Failure*, 27(6), 602–610. <https://doi.org/10.1002/jcf.1558>
- Stolfo, D., Mazzola, M., Mazzola, S., & Orso, F. (2022). Use of evidence-based therapy in heart failure with reduced ejection fraction across age strata. *European Journal of Heart Failure*, 24(5), 741–749. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2560>
- Tomasoni, D., Adamo, M., Lombardi, C. M., Metra, M., & European Society of Cardiology Heart Failure Association. (2020). Heart failure in the last year: Progress and perspective. *ESC Heart Failure*, 7(6), 3505–3530. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13056>
- Vaduganathan, M., Claggett, B. L., Desai, A. S., McMurray, J. J. V., Packer, M., Rouleau, J. L., ... & Solomon, S. D. (2020). Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: A comparative analysis of three randomized controlled trials. *The Lancet*, 396(10244), 121–128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30518-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30518-3)

Capítulo 12. Farmacia comunitaria: servicios profesionales farmacéuticos y atención al mayor.

N. Floro Andrés Rodríguez, ^{1,2,3,12}; José A. Fornos Pérez ^{1,2,4,5,12}; Natalia Vérez Cotelo^{1,6,12}; Iván Busto Domínguez^{7,8,12}; Rocío Mera Gallego^{9,12}; Bibiana Guisado Barral ^{10,11,12}.

¹*Doctor en Farmacia.*

²*Miembro de la Real Academia de Farmacia de Galicia.*

³*Farmacéutico comunitario en Vigo jubilado.*

⁴*Profesor Asociado de la USC.*

⁵*Farmacéutico comunitario en Cangas do Morrazo (Pontevedra).*

⁶*Profesora de FP en Vigo (Pontevedra).*

⁷*Farmacéutico.*

⁸*Departamento Profesional del Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra.*

⁹*Farmacéutica comunitaria en Vigo.*

¹⁰*Máster en Salud Digital de la UOC.*

¹¹*Farmacéutica comunitaria en Crecente (Pontevedra).*

¹²*Grupo Berbés de Investigación y Docencia. www.grupoberbes.org.*

RESUMEN

La función del farmacéutico comunitario ha evolucionado, pasando de la elaboración de medicamentos en la farmacia a convertirse en un garante del acceso a ellos por la población. Su papel se centra en ayudar a los pacientes a utilizar los medicamentos de manera segura, efectiva, eficiente y responsable, mientras se involucra activamente en la obtención de los mejores resultados en salud. Ante los cambios experimentados por la

sociedad en los últimos tiempos, el farmacéutico por su accesibilidad, proximidad, formación y experiencia pone a disposición de los pacientes una serie de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales para mejorar su calidad de vida en relación con la farmacoterapia y sus objetivos.

En este trabajo describimos uno de los más importantes, el Servicio de mejora de la adherencia mediante Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), orientado a mejorar, reforzar y mantener el cumplimiento terapéutico de los pacientes con dificultades para conseguirlo. De él se benefician especialmente personas mayores con dificultades cognitivas y se evitan problemas de falta de efectividad y aparición de efectos adversos.

Se propone también un programa de detección de personas en situación de soledad no deseada en las farmacias comunitarias, valorando al mismo tiempo la posible existencia de problemas relacionados con el uso de sus medicamentos, que incluye proporcionarles información y educación sanitaria y, en caso de considerarlo necesario, un procedimiento de derivación a las instituciones disponibles para ayuda a las personas que se encuentran en dicha situación.

Palabras clave: mayores, farmacia comunitaria, adherencia, soledad no deseada, Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.

1. INTRODUCCIÓN

El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario que forma parte de la Atención Primaria de Salud, al que el usuario accede con una inmediatez no conseguida en otros niveles asistenciales del Sistema Sanitario. Su misión consiste en atender las necesidades de los pacientes en relación a los medicamentos que utilizan, colaborando con las administraciones sanitarias para garantizar la prestación farmacéutica y desarrollando todas aquellas cuestiones que estén relacionadas con la salud y dentro de su ámbito de actuación profesional.

El farmacéutico ha de garantizar a la población el acceso a los medicamentos y productos sanitarios de forma segura, efectiva, eficiente y responsable ayudando e implicándose en la consecución de resultados en salud.

Su función ha evolucionado con el paso de los años desde la tradicional elaboración manual de los medicamentos, en la propia oficina de farmacia, hoy prácticamente inexistente, hasta la distribución de los fármacos preparados industrialmente por los laboratorios farmacéuticos. Esta labor logística ha dado lugar a una red de farmacias que acercan el medicamento hasta todos los pacientes que los necesitan con profesionalidad y eficiencia. Pero en los últimos años la Sociedad ha ido cambiando, los medicamentos son cada vez más potentes, complejos y con más potenciales efectos secundarios. Al mismo tiempo la población está más preocupada por lograr su bienestar, mejor informada y tiene mayor formación en todos los aspectos relacionados con la salud.

En este nuevo entorno social, el farmacéutico junto con su accesibilidad, proximidad, formación y experiencia, pone a disposición de los pacientes sus competencias profesionales, conocimientos, habilidades y actitudes específicas para mejorar su calidad de vida en relación con la farmacoterapia y sus objetivos.

2. DESARROLLO

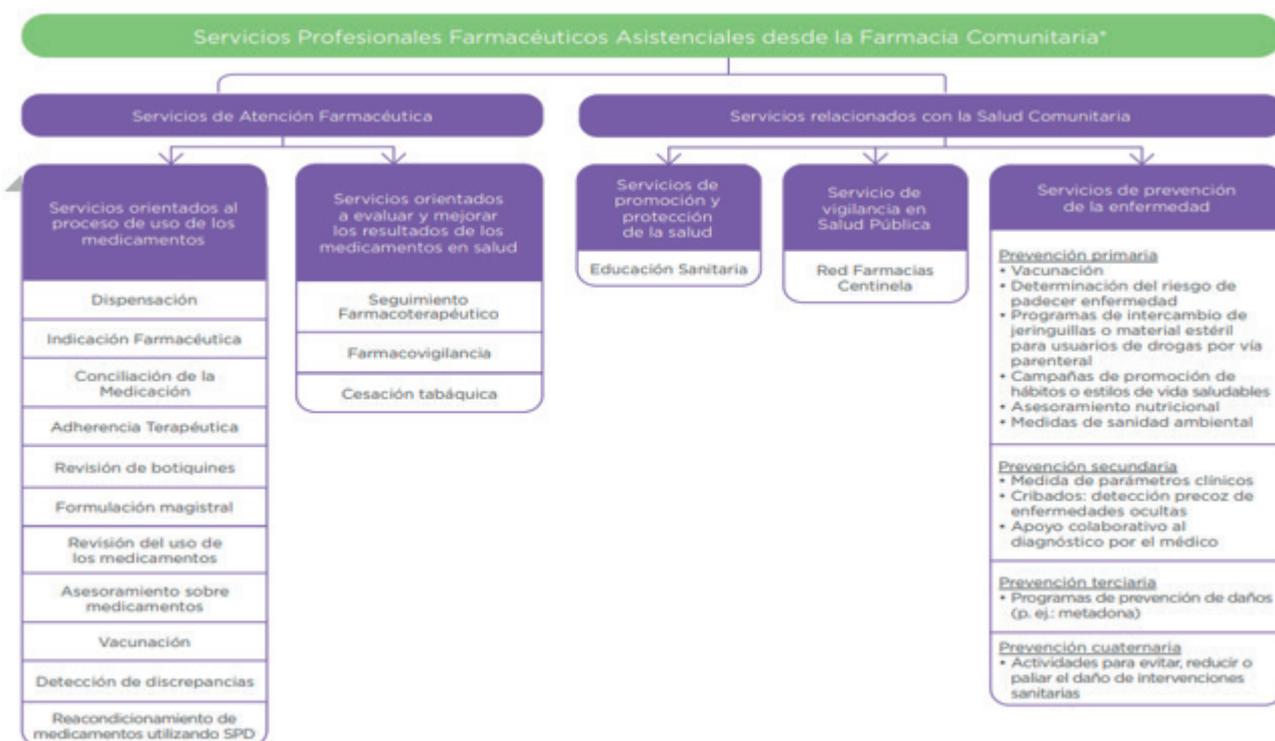
2.1. SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS ASISTENCIALES (SPFA)

El Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) (Foro, 2024) los define como:

Aquellas actividades sanitarias prestadas desde la FC por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad.

Foro AF-FC clasifica los SPFA en los que se relacionan con los pacientes que utilizan medicamentos, que denomina Servicios de AF, y los relacionados con la Salud Comunitaria (Foro de AF-FC, 2024) (Figura 1).

Algunos de estos servicios son tradicionales de las farmacias comunitarias y bien conocidos por la población, como los de dispensación, indicación y consejo farmacéutico, información sobre medicamentos, formulación magistral, educación y campañas sanitarias, etc. Algunos otros, aun siendo también tradicionales o incorporados ya por numerosas farmacias, son menos conocidos: seguimiento farmacoterapéutico, medida de parámetros clínicos, farmacovigilancia, cesación tabáquica, vigilancia epidemiológica, revisión del uso de la medicación (RUM), mejora de la adherencia, reacondicionamiento de medicamentos mediante Sistemas Personalizados de Dosificación, etc.



*Esta clasificación no excluye otros SPFA que pueden ser contemplados o se encuentren en proceso de nuevos consensos.

SPD: Sistema Personalizado de Dosificación.

Figura 1 Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria

Vamos a exponer brevemente algunos SPFA ofertados por las farmacias comunitarias destinados a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes, con especial beneficio para los de mayor edad, usuarios de medicación crónica, generalmente afectados por numerosos problemas de salud y polimedicados.

2.2. SERVICIO DE MEJORA DE LA ADHERENCIA

Foro AF-FC (2024) lo define como:

El SPFA en el que el farmacéutico, ante las potenciales dificultades que pueda presentar un paciente en el uso de su terapia, identifica las barreras y sus causas, y mediante su intervención, en su caso en coordinación con otros agentes sanitarios, colabora con el paciente para que siga las recomendaciones sobre el adecuado proceso de uso de los medicamentos y productos de salud, con los hábitos higiénico-dietéticos y/o con el estilo de vida, con el fin de conseguir los resultados esperados de su tratamiento.

2.2.1 PROBLEMAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

La falta de adherencia al tratamiento se relaciona con el aumento de ingresos y reingresos hospitalarios, mayor uso de servicios de urgencias, descenso de las funciones básicas y en general riesgo de peor estado de salud, mayores gastos de los sistemas sanitarios e incremento del riesgo de muerte.

El aumento de la esperanza de vida conduce a una situación en que el paciente mayor suele estar afectado por numerosas patologías crónicas. Esta pluripatología implica generalmente el uso de numerosos medicamentos. En el estudio CUMPLEGA (Fornos-Pérez et al, 2017), con una muestra de 1700 pacientes gallegos de edad media de 68 años, el número medio de medicamentos por paciente resultó de 4,6, con casi la mitad de ellos utilizando 5 o más.

La pérdida de facultades cognitivas y funcionales que acompaña al proceso de envejecimiento se suma a los diversos factores que influyen en la falta de adherencia en estos pacientes: el número de medicamentos, los cambios en la apariencia de las diferentes presentaciones, la mayor complejidad de algunos de ellos, las dificultades para extraerlos de los envases, los problemas en la organización de las tomas, etc.

Todo ello conduce a que los medicamentos no sean administrados adecuadamente y se produzcan problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que puedan provocar resultados negativos de la medicación (RNM) por infra o sobre dosificación: ineffectividad e inseguridad (Martín et al, 2020).

2.2.2 REACONDICIONAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS MEDIANTE SPD O DPD

Por ello, con el fin de mejorar, reforzar y mantener la adherencia terapéutica de estos pacientes en las farmacias con farmacéuticos formados específicamente, y capacitados para ello, se les ofrece el servicio de adherencia terapéutica mediante el reacondicionamiento de los medicamentos en SPD (Sistemas Personalizados de Dosificación) utilizando dispositivos de dosificación personalizada (DDP) (CGCOF, 2018; Martín et al, 2020).

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), un Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) es (AMPS, 2023):

El conjunto de actuaciones profesionales farmacéuticas posdispensación desarrolladas por la farmacia, previa autorización por parte del paciente o de su representante legal, que confluyen en el proceso de reacondicionamiento de todos o de parte de los medicamentos que toma un paciente polimedicado en dispositivos de dosificación personalizada (DDP), tipo multidosis (blíster con alvéolos), multicompartimental

(pastilleros semanales o bandejas de medicación compartimentadas) u otros similares con igual finalidad, para un periodo determinado, con el objetivo de facilitar la correcta utilización de los mismos mediante una buena información al paciente y una adecuada preparación y supervisión del tratamiento. Los medicamentos pueden extraerse de su envase primario original antes de prepararse en DDP o ser preparados en DDP manteniendo el envase primario.

Para la prestación del servicio, el farmacéutico, capacitado mediante la realización de cursos acreditados sigue el procedimiento que se resume en la Figura 2 (Foro de AF-FC, 2024):

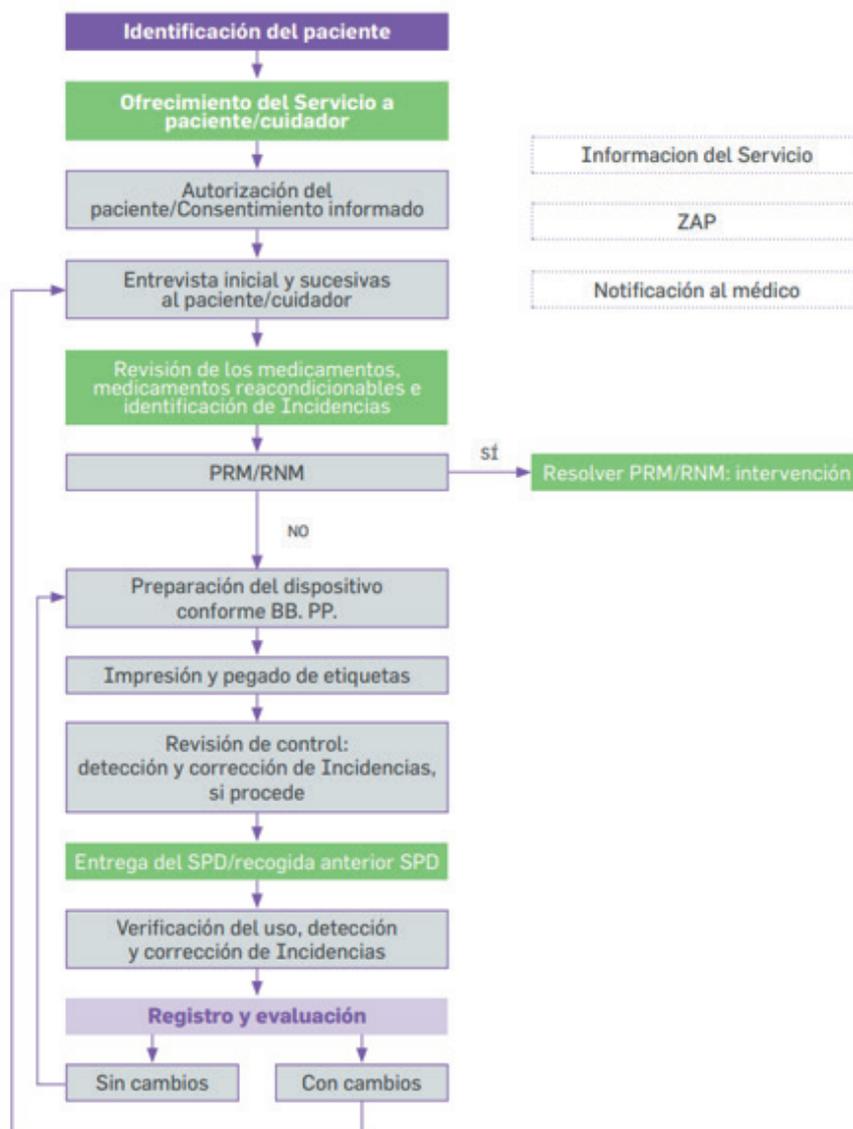


Figura 2 Diagrama del procedimiento del Servicio de Reacondicionamiento de Medicamentos utilizando SPD

En el procedimiento se respeta toda la legislación vigente que le afecta, en especial la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD) y se obtiene el consentimiento informado del paciente o de la persona responsable de su cuidado. Siempre que es posible se contacta con el médico para informarle y contrastar la información que se tiene sobre la medicación que el paciente utiliza.

El primer paso consiste en entrevistarle y revisar los medicamentos reacondicionables y la identificación de posibles incidencias para su resolución mediante la correspondiente intervención (facilitar información personalizada sobre dichos medicamentos, derivar al médico de atención primaria, etc.). Los medicamentos no acondicionables se entregarán al paciente y/o cuidador.

Una vez verificada la no existencia de incidencias, o resueltas, se reacondicionarán los medicamentos, de forma manual o automática, utilizando el SPD (Figura 3) de acuerdo con el procedimiento de buenas prácticas (BP) (CGCOF, 2018): se rellenarán los dispositivos y se imprimirán las correspondientes etiquetas, tanto la que describe los medicamentos reacondicionables como la de los no reacondicionables. Una vez finalizado el proceso de preparación se realizará siempre una revisión de control (verificación) por un segundo profesional, resolviéndose las incidencias que pudieran haber surgido.

Seguidamente se entrega el SPD al mismo tiempo que se recoge el anterior, en su caso, lo que proporciona una medida indirecta de la adherencia. Igualmente, permite la eliminación del dispositivo y los envases dispensados a través del punto SIGRE para una gestión adecuada de los residuos.



Figura 3 Ejemplo de SPD

Nota. Fuente Diario Médico; CINFA

El proceso se repite tal como se ha descrito según la periodicidad que procede mientras no se produzcan cambios en la medicación ni incidencias en la salud del paciente: preparación, recogida/entrega, verificación y registro. Cuando, por el contrario, se producen cambios, se debe repetir la entrevista, revisar de nuevo el tratamiento y continuar el proceso. En la Figura 4 se muestra el cartel informativo sobre el programa, en el que se informa de manera resumida a los posibles usuarios.

El servicio y el procedimiento para desempeñarlo han demostrado su efectividad y eficiencia en la práctica como se refleja en diversos estudios (Bonilla y Rodríguez, 2020; León-Rodríguez et al, 2021; Refoyo y Codesal, 2022). En Galicia constituye un servicio remunerado para pacientes mayores de 75 años y altamente polimedicados (más de 10 tratamientos), concertado con el Servicio Galego de Saúde (SERGAS, 2024).



Figura 4 Cartel anunciador del servicio de SPD en las farmacias gallegas

2.3. FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS FRENTE A LA SOLEDAD NO DESEADA

La soledad en todas las edades, pero especialmente en los mayores, puede tener un impacto significativo en su bienestar físico y emocional. Se asocia a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, depresión, ansiedad y suicidio (SoledadES, 2024).

Un artículo de prensa (Domínguez, 2024) que cita datos del INE de enero de 2024, eleva en Galicia el número de hogares unipersonales al 30,8%. Aunque vivir solo no significa sentirse solo: existen personas que viven acompañadas y, sin embargo, se sienten solas, a menudo con un sentimiento de exclusión y de falta de conexión con lo que les rodea. Un estudio reciente cifra la soledad no deseada (SND) el tramo etario de 65-74 en el 7,8% y se eleva entre las personas mayores de 75 años, situándose en el 12,2% (SoledadES, 2024).

Combatir la soledad es una tarea en la que debe implicarse la propia persona, su familia y toda la sociedad. Se deben generar y desarrollar programas sociales y terapéuticos de prevención y control de la soledad y las patologías del estado de ánimo derivadas.

En numerosas instituciones y órganos administrativos territoriales se han implementado programas de acompañamiento a nivel de Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, Cruz Roja, Centros sociales y Asociaciones de vecinos, Fundaciones de entidades financieras, etc., pero la persona que se encuentra en la situación de SND no siempre es consciente de ello, al no percibir el origen de sus problemas de estado de ánimo, y por otra parte en muchas ocasiones no sabe a dónde o cómo acudir para buscar ayuda.

Es importante abordar este problema desde la proximidad y buscar soluciones para mejorar la calidad de vida de los mayores. La farmacia comunitaria puede desempeñar un papel relevante, especialmente en el caso de las personas mayores, pues son el sector de la sociedad que con mayor frecuencia recibimos en las farmacias.

Los farmacéuticos pueden colaborar de manera eficiente en la detección del problema y brindarles apoyo emocional y social, al tiempo que ofrecen servicios de salud y otros relacionados con los medicamentos. Al farmacéutico, su perfecta inserción en la comunidad, le permite colaborar con otros profesionales de la salud, trabajadores sociales, etc., en la identificación de las personas en situación de soledad y orientarlas facilitando su acceso a los recursos y servicios adecuados, siendo la farmacia comunitaria un punto de partida para abordar esta situación y brindar un apoyo integral a quienes se sienten solos.

El Grupo Berbés, en colaboración con la Sociedade Galega de Xeriatría e Xerontoloxía se ha planteado diseñar, pilotar para comprobar su viabilidad y poner en marcha en farmacias comunitarias gallegas un programa de detección de personas en situación de soledad no deseada que incluye proporcionarles información y educación sanitaria, valorar la posible existencia de problemas relacionados con el uso de sus medicamentos y, en caso de considerarlo necesario, un procedimiento de derivación a las instituciones disponibles para ayuda a las personas que se encuentran en dicha situación.

MÉTODOS

- Diseño: metodología de "grupo nominal" mediante reuniones de un grupo focal formado por farmacéuticos comunitarios expertos en servicios asistenciales, que diseñaron un procedimiento de actuación. Fue revisado por un psicólogo y otro grupo de farmacéuticos de distintos ámbitos, cuyas sugerencias se incorporaron al diseño final.
- Población diana: mayores de 65 años, que acuden a la farmacia y a criterio del farmacéutico que les atiende muestren indicios de SND.
- Procedimiento: Se diseñó un procedimiento de actuación en farmacias comunitarias para la detección de SND y derivación a las entidades colaboradoras (EC). Se obtuvo el apoyo de la SGXX y se pretende extenderlo a Colegios de Farmacéuticos, Servicios Sociales Municipales, Cruz Roja, etc. El esquema del procedimiento se presenta en la Figura 5.



Figura 5 Esquema del procedimiento de actuación

Tras la explicación del objetivo del programa y obtener la aceptación del participante, se registrarán los datos demográficos y se cumplimentarán los cuestionarios. A todos los participantes se les resolverán sus posibles dudas sobre las cuestiones planteadas. Se les proporcionará material informativo sobre el problema de la SND.

En la hoja de recogida de datos (HRD) (Anexo 1) se registrará el teléfono de contacto del participante para seguimiento de la intervención. Se le entregará una hoja de información y copia del consentimiento firmado para la participación en el programa.

Para la valoración de su situación se utilizarán los siguientes cuestionarios:

Situación de soledad: Se utilizará la Escala de la Soledad de Tres Ítems (ESTI) (TILS) (Hughes et al, 2004) cuya traducción al español fue validada por Pedroso-Chaparro et al (2022). Consiste en tres preguntas:

- ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?
- ¿Con qué frecuencia se siente excluido/a?
- ¿Con qué frecuencia se siente aislado/a?

Valoradas de 1 a 3 en una escala tipo Likert: 1 - casi nunca; 2 - algunas veces; 3 - con frecuencia. El rango de puntuaciones va 1 a 9, considerando a las personas que obtienen un resultado de 1 a 5 como “no solitarias” y a las que resultan de 6 a 9 como “solitarias” (Figura 6).



Figura 6 Rango de puntuaciones de la escala ESTI

SOLEDAD PERCIBIDA: EVALUADA MEDIANTE LA PREGUNTA PROPUESTA POR KOOL Y GENEEN (2012):

- ¿Cuánta soledad siente? Puntuada de 0 (no me siento solo/a en absoluto) a 10 (me siento completamente solo/a)
- Tristeza y ansiedad percibidas: evaluadas mediante el procedimiento de Christensen et al (2020):
- ¿Cuánta tristeza siente? Puntuada de 0 (no me siento triste en absoluto) a 10 (me siento totalmente triste)
- ¿Cuánta ansiedad siente? Puntuada de 0 (no me siento ansioso/a en absoluto) a 10 (me siento totalmente ansioso/a). *Problemas para la utilización de sus medicamentos: evaluación basada en el test de Heynes-Sacket (1979):*
- ¿Tiene dificultades para tomar sus medicamentos? Si la respuesta es Sí, profundizar: ¿en qué consiste el problema?

INTERVENCIÓN

Tras la detección de un participante en una situación de SND la intervención abordará diversos aspectos, teniendo en cuenta los factores que pueden tener mayor influencia en ella.

- Apoyo emocional y social: los farmacéuticos comunitarios pondrán a disposición de estas personas el ambiente acogedor y discreto de las zonas de atención personalizada, ofreciéndoles una escucha atenta y profesional, en un espacio adecuado para que compartan sus preocupaciones e inquietudes.
- Educación para la Salud (EpS): educar a las personas solas sobre la importancia de mantener contactos sociales y proporcionarles consejos sobre cómo hacerlo. Se le informará sobre los recursos y servicios disponibles en la comunidad y en caso de considerarlo conveniente se le propondrá la derivación a una de las EC que los proporcionen en su entorno.
- Servicios profesionales farmacéuticos: en caso de detectar problemas en la utilización de los medicamentos se le incorporará al SPFA adecuado: educación terapéutica (EpS), revisión de uso de los medicamentos (RUM), mejora de adherencia (SPD), seguimiento farmacoterapéutico (SFT), etc.

ENTIDADES COLABORADORAS

En la actualidad comienza a difundirse en la Sociedad la importancia del problema de la soledad no deseada y numerosas organizaciones públicas y privadas ofrecen programas de atención a las personas afectadas. En cada lugar donde exista una farmacia colaboradora con el proyecto de detección de personas en situación de SND, estas entidades a las que se solicitará colaboración como receptoras de la derivación y que hemos denominado Entidades Colaboradoras, pueden ser diferentes, pero se intentará que sean las mismas en el mayor número posible de localidades. El farmacéutico colaborador contactará con las posibles EC de su localidad para acordar los procedimientos de derivación y seguimiento.

Esperamos contar con: Servicios Sociales Municipales (SSM), Servicios sociales de la Xunta de Galicia, Cruz Roja. Programa Te Acompaña. Otras iniciativas: Previsión Sanitaria Nacional (PSN), Programa Filia. <https://psn.es/programa-filia>, Fundación Amigos de Galicia: Programa Mellor acompañad@s, de Primera Atención, Inmediata y Seguimiento de las Personas Mayores que Viven en Soledad no Deseada en Santiago de Compostela. Obra Social de ABANCA, https://www.afundacion.org/es/centros/centro/centro_de_mayores_afundacion_vigo, Ourensividad. La longevidad a tu alcance, <https://ourensividad.com/>

3. CONCLUSIONES

Creemos que la farmacia comunitaria y los farmacéuticos que en ellas trabajan son unos profesionales sanitarios más, con excelente formación y motivación, que están aportando mucho y pueden ofrecer mucho más en la atención al mayor.

Los servicios profesionales asistenciales que ya están implantados en las farmacias no están suficientemente aprovechados por las estructuras sanitarias y de asistencia social y son poco conocidos.

Esperamos que el proyecto de detección y derivación a programas de acompañamiento y ayuda en casos de SND, si consigue apoyo y difusión, sea un elemento importante para colaborar en la atención a los mayores afectados.

Referencias bibliográficas

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). (2023). *Criterios consensuados entre las diferentes comunidades autónomas y la AEMPS, para la preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD)* por parte de las Oficinas de Farmacia FC [Informe]. Recuperado el 16 de agosto de 2024, de https://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/industria/docs/labFarma/CTI_SPD_229_00_21_CRITERIOS_SPD_O_FARMACIA-2307.pdf
- Bonilla Guijarro, A., & Rodríguez López, R. (2020). El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*, 22(6), 438-446. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/609>
- Christensen, A. V., Dixon, J. K., Juel, K., Ekholm, O., Rasmussen, T. B., Borregaard, B., et al. (2020). Psychometric properties of the Danish Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cardiac disease: Results from the DenHeart survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1264-0>
- Diario Médico. (2023). Galicia da los primeros pasos para legislar sobre los sistemas personalizados de dosificación. Recuperado el 25 de enero de 2025, de <https://diariomedico.com/farmacia/politica/galicia-da-los-primeros-pasos-para-legislar-sobre-los-sistemas-personalizados-de-dosificacion.html>
- Domínguez, D. (2024, marzo 16). La soledad crece un 30% en una década: 346,000 gallegos viven sin compañía. *Faro de Vigo*. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.farodevigo.es/galicia/2024/03/16/soledad-crece-30-decada-346-99549597.html>
- Cinfa. (n.d.). Medical Dispenser: SPD. Recuperado el 25 de enero de 2025, de <https://medicaldispenser.cinfa.com/spd>
- Fornos-Pérez, J. A., Andrés-Rodríguez, N. F., Andrés-Iglesias, J. C., Mera-Gallego, R., Mera-Gallego, I., Penín-Álvarez, O., & Brizuela-Rodicio, L. (2017). Valoración del cumplimiento de los tratamientos hipoglucemiantes y antihipertensivos en Galicia ('CumpleGa'). *Farm Comunitarios*, 9(4), 5-13. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2017/Vol9\).004.02](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).004.02)
- Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. (2024). *Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2018). *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. 14, Servicio de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Haynes, R. B. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En R. B. Haynes, D. W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp. 27-47). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2024). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

- Kool, M. B., & Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: The significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 229-241. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606434>
- León-Rodríguez, L., Fernández-Puga, L., Martínez-Casal, X., González-González, K., Rodríguez-Rodríguez, M. T., Fornos-Pérez, J. A., & Andrés-Rodríguez, N. F. (2021). Análisis y mejora de la adherencia terapéutica en una farmacia comunitaria de Ourense. *Farm Comunitarios*, 13(3), 5-16. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2021/Vol13\).003.02](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2021/Vol13).003.02)
- Martín Oliveros, A., Aliaga Gutiérrez, L., Abadías Guasch, M., Iracheta Todó, M., & Olmo Quintana, V. (2020). *Documento de consenso sobre el uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD)*. Madrid: SEFAC-SEMERGEN.
- Pedroso-Chaparro, M. S., Márquez-González, M., Fernández-Pires, J. A., Gallego-Alberto, L., Jiménez-Gonzalo, L., Nuevo, R., et al. (2022). Validation of the Spanish version of the Three-Item Loneliness Scale. *Studies in Psychology*, 43(2), 311-331. <https://doi.org/10.1080/02109395.2021.1989889>
- Refoyo Romero, E., & Codesal Gervás, T. (2022). Intervención farmacéutica para la mejora de la adherencia terapéutica mediante la implantación de SPD en una farmacia comunitaria. *FarmaJournal*, 7(1), 61-70. <https://doi.org/10.14201/fj2022716170>
- SERGAS. (2024). *Programa de mellora da adherencia terapéutica a través da preparación e entrega de sistemas personalizados de dosificación (SPD): Protocolo (V.02, 2024)*. Recuperado el 18 de agosto de 2024, de https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1689/SPD_Protocolo-Feb24.pdf
- SoledadES. (2024). *Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada*. Recuperado el 19 de agosto de 2024, de <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>



Fecha:	Farmacia:	Nº registro:	Participante:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad:años		Contacto:
Vive solo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Cuidador/persona de contacto:		
Estudios: Ninguno <input type="checkbox"/>	Primarios <input type="checkbox"/>	Secundarios/FP <input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>
Escala de la Soledad de Tres Ítems:	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia se siente excluido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia se siente aislado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soledad percibida:	No me siento solo/a en absoluto ← → Me siento completamente solo/a		
¿Cuánta soledad siente?	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Tristeza percibida:	No me siento triste en absoluto ← → Me siento totalmente triste		
¿Cuánta tristeza siente?	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Ansiedad percibida:	No me siento ansioso/a en absoluto ← → Me siento totalmente ansioso/a		
¿Cuánta ansiedad siente?	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
¿Tiene dificultades para tomar sus medicamentos? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
¿Los toma? Algunos días <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/>			
¿En qué consiste la dificultad?			
.....			
Intervención:			
¿Resuelto? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
Evaluación: SND No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
.....			
Intervención:			
EpS <input type="checkbox"/> Información sobre entidades de ayuda <input type="checkbox"/> Derivación a SPF <input type="checkbox"/> SPD <input type="checkbox"/>			
Otra <input type="checkbox"/>			
Derivación a Entidad Colaboradora <input type="checkbox"/> ¿Acepta intervención? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
Identificación de la EC:			
Incorporación al programa de la Entidad Colaboradora: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
Observaciones			

Capítulo 13. Patrones de ocio en función de la edad.

Laura Ruiz Soriano¹, María D. Dapía Conde¹, José María Faílde Garrido¹, Antía Rivera Nieto¹.

¹*Universidad de Vigo, España.*

RESUMEN

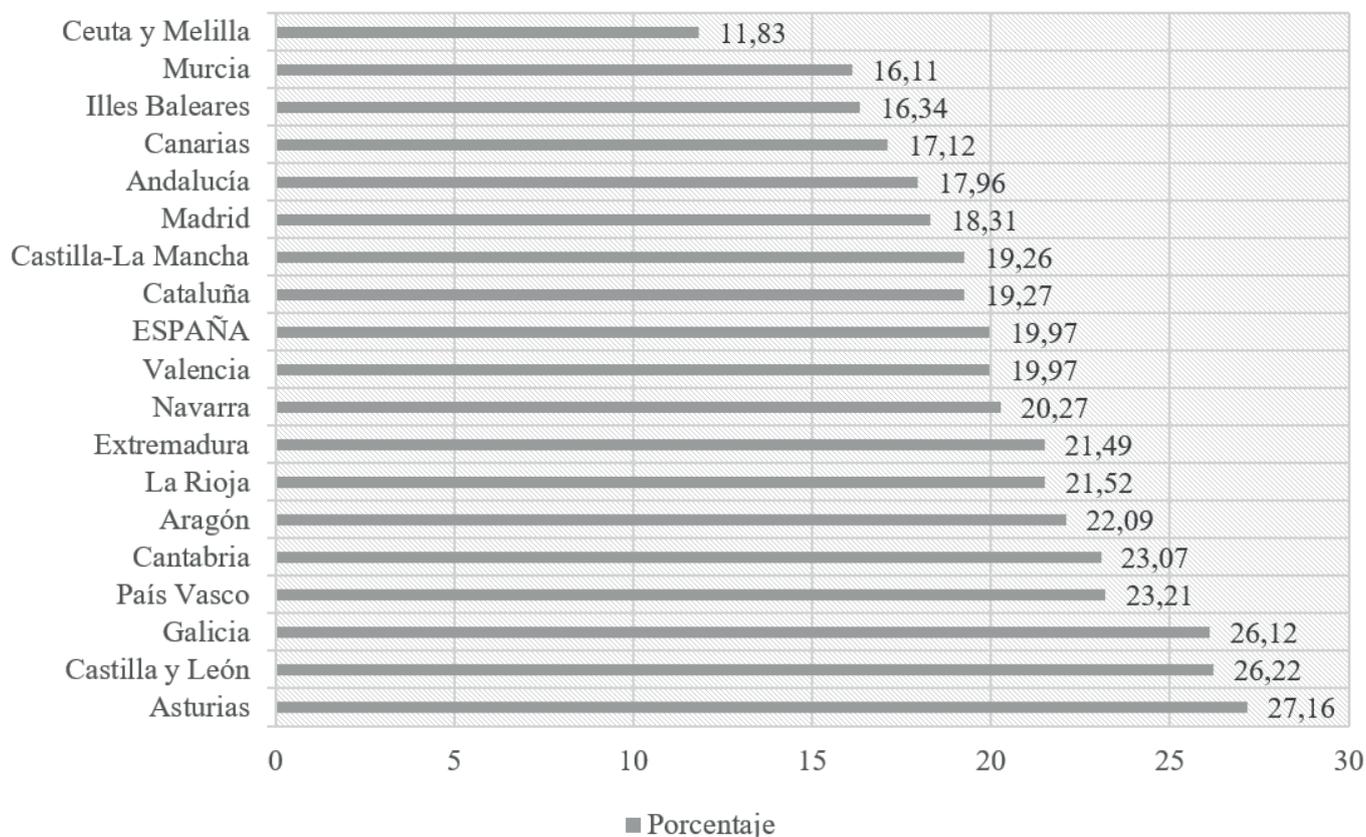
La participación en actividades de ocio genera un aumento en los niveles bienestar y calidad de vida en la población a nivel general. Las personas mayores disponen de más tiempo para emplear en actividades recreativas de su elección, algo clave para gozar de un envejecimiento activo y saludable. El objetivo de esta investigación es realizar una aproximación a los patrones de ocio de las personas mayores en comparación con otros grupos de edad. Para ello, empleamos un cuestionario basado en el estudio de Scarmeas et al. (2003), en el que se planteaban 18 actividades y las personas encuestadas eran preguntadas por su realización en los últimos 6 meses. Los resultados nos revelan importantes diferencias en los patrones de ocio cuando se compara a las personas mayores con otros grupos etarios: muestran un menor porcentaje de participación en la diversidad de actividades de ocio analizadas (exceptuando aquellas de carácter religioso), presentan un estilo de ocio más pasivo y se involucran en menos variedad de actividades. Estos datos pueden ser interés para el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a promocionar estilos de ocio que contribuyan a incrementar el envejecimiento saludable de la población.

Palabras clave: ocio, personas mayores, envejecimiento activo.

1. INTRODUCCIÓN

La población mundial envejece como nunca antes lo había hecho. Todos los países que forman parte de nuestro planeta experimentan esta evidencia y sus notables repercusiones a nivel social, económico y sanitario. Así, el estudio científico sobre el envejecimiento cada vez suscita mayor interés. Según datos de las Naciones Unidas (2022), la población de personas mayores de 65 años casi se ha triplicado entre los años 1980 y 2022, pasando de 258 millones a 771, y con la previsión de alcanzar los 1600 en el 2050. En España, el porcentaje de personas de 65 y más años se sitúa en un 19,97% (Pérez Díaz et al., 2023), siendo Asturias, Castilla y León y Galicia las comunidades más envejecidas (ver figura 1). Con este panorama, en los últimos años, la investigación sobre el envejecimiento se ha ido centrando cada vez más en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, procurando el mantenimiento de las funciones físicas, mentales y sociales durante el mayor tiempo posible.

Figura 1 Proporción de personas con 65 y más años en España. Desglose por comunidades autónomas
 Nota. Fuente: Pérez Díaz et al., 2023.



Múltiples investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre el ocio, el bienestar y la calidad de vida (Chen et al., 2022; Dury et al., 2021; Tarkar et al., 2023). El hecho de que las personas mayores se impliquen en actividades de ocio se asocia con mejoras en su salud (Alonso-Sánchez, 2017; Kim et al., 2017; Ryu y Heo, 2018), pero somos conscientes de que no todos los tipos de ocio proporcionan los mismos efectos. Las actividades de ocio activo, sociales y artísticas, emocionales, productivas y físicas, aquellas que se realizan al aire libre y los viajes (Bum et al., 2020; Zhang et al., 2017; Jeong y Park, 2020; Kepic, 2019; Cha, 2018) provocan mayores niveles de satisfacción. Asimismo, se ha constatado que participar en una amplia gama de actividades contribuye a una mayor percepción de bienestar (Kaliterna et al., 2018; Ryu et al., 2022; Yoon et al., 2020; Zhao et al., 2023). En este sentido, nos propusimos analizar el porcentaje y la frecuencia de participación de las personas mayores en diferentes actividades de ocio, estableciendo un análisis comparativo en función del grupo de edad.

2. METODOLOGÍA

Participaron 1047 personas con edades comprendidas entre 18 y 98 años residentes en Galicia. La muestra se dividió en tres grupos diferenciados: jóvenes (de 18 a 35 años), mediana edad (entre 36 y 64) y mayores de 65. El 19.9% formó parte del primero, el 52.2% del segundo y el 28.9% del tercero.

Utilizamos un cuestionario basado en el estudio de Scarmeas et al. (2003), en el que se planteaban 18 actividades y las personas encuestadas eran preguntadas por su realización en los últimos 6 meses, debiendo

elegir entre 3 opciones de respuesta: nunca, algunas veces o a menudo. Para determinar el porcentaje de participación, las respuestas fueron dicotomizadas, dando lugar a las categorías: participa o no participa.

Metodológicamente, empleamos un diseño descriptivo de corte transversal mediante encuestas y, como programa estadístico para el análisis de los datos, el software IBM SPSS Statistics for Windows, versión 24.0.

3. RESULTADOS

Tanto las personas mayores como las de mediana edad y las jóvenes participan en mayor porcentaje en las siguientes actividades: “ver la televisión o escuchar la radio” (99%, 97% y 98,6% respectivamente), “visitar o haber sido visitado por amigos, parientes o vecinos” (93,1%, 94,8% y 94,7%) y “salir a pasear o correr” (90,4%, 95% y 94,2%). A pesar de esta aparente homogeneización, detectamos asociación estadísticamente significativa en 10 de las 18 actividades analizadas: “salir a pasear o a correr” ($X^2=6,78$, $p=,034$) “jugar a las cartas u otros juegos” ($X^2=15,67$, $p=,000$), “leer libros, revistas o periódicos” ($X^2=10,54$, $p=,005$), “ir a conferencias o conciertos” ($X^2=34,57$, $p=,000$), “ir al teatro o al cine” ($X^2=82,55$, $p=,000$), “viajar o hacer excursiones” ($X^2=69,68$, $p=,000$), “participar en deportes, bailar o hacer ejercicio” ($X^2=69,05$, $p=,000$), “hacer trabajos de jardinería” ($X^2=83,60$, $p=,000$), “participar en la iglesia o actividades religiosas” ($X^2=137,83$, $p=,000$) y “hacer voluntariado y disponer de tiempo para uno mismo” ($X^2=16,99$, $p=,000$). La propensión es que el grupo de mayores presenta porcentajes más bajos de participación en todas ellas, exceptuando las actividades religiosas, en las que se involucra más que el resto (ver figura 2).

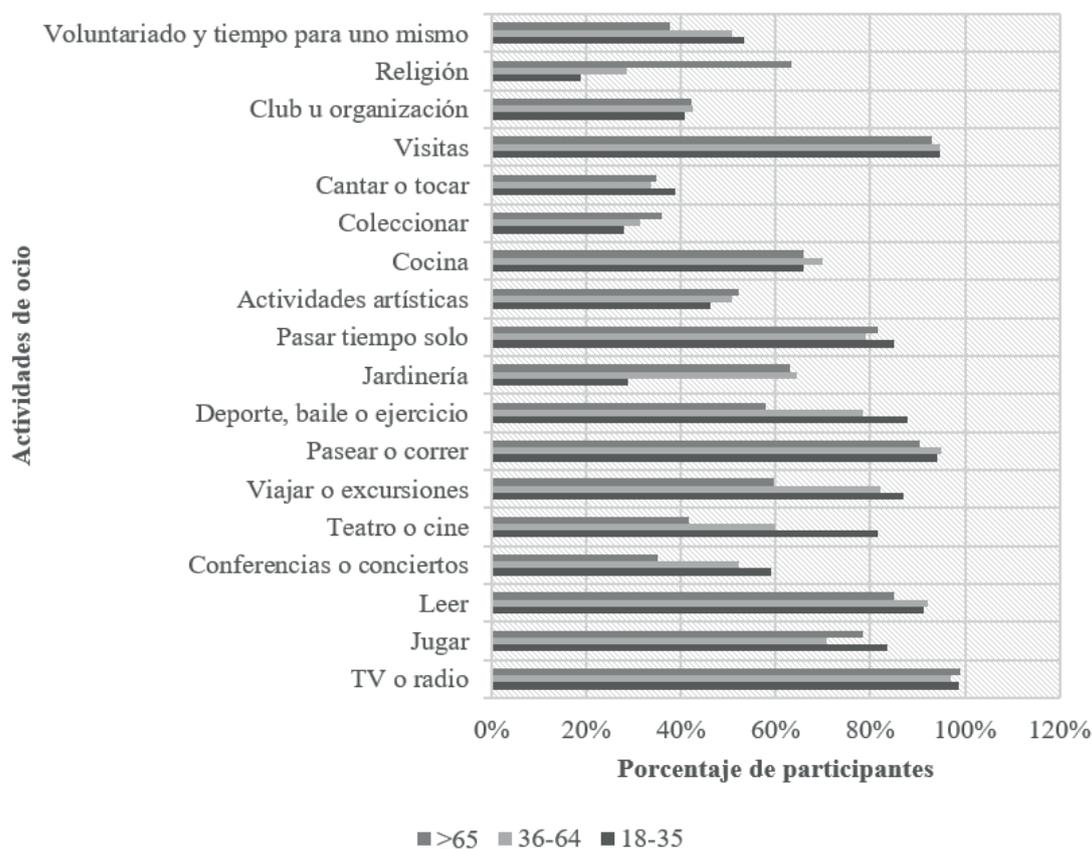


Figura 2 Porcentaje de participación en diferentes actividades de ocio por grupos de edad
Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, destacamos la existencia de cinco actividades cuya frecuencia de participación parece incrementarse con la edad (ver tabla 1): ver la televisión o escuchar la radio, jugar a las cartas u otros juegos, hacer trabajos de jardinería, pasar tiempo estando solo y participar en la iglesia o actividades religiosas; y de otras seis en la que, por el contrario, parece disminuir: ir a conferencias o conciertos, ir al teatro o al cine, viajar o hacer excursiones, salir a pasear o correr, participar en deportes, bailar o hacer ejercicio y hacer voluntariado y disponer de tiempo para uno mismo.

Por último, observamos que el grupo de personas mayores de 65 años se involucra significativamente menos que el resto en la diversidad de actividades de ocio analizadas.

Frecuencia de participación en diferentes actividades de ocio por grupos de edad

	Edad 18-	Edad 36-	Edad ≥65	X ²	Sig.	Post Hoc Grupos*
	35	64				
	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)			
Número total de actividades ocio practicadas	11,84 (3,05)	11,72 (3,16)	11,17 (3,75)	6,29	,043	1>3 2>3
Frecuencia media implicación actividades ocio	1,97 (0,36)	1,93 (0,33)	1,90 (0,34)	2,20	,332	---
1. Ver a televisión o escuchar la radio	2,66 (0,50)	2,62 (0,54)	2,75 (0,46)	11,34	,003	3>1 3>2
2. Jugar a las cartas u otros juegos	2,19 (0,69)	1,88 (0,67)	2,09 (0,72)	35,65	,000	1>2 3>2
3. Leer libros, revistas o periódicos	2,32 (0,62)	2,47 (0,64)	2,39 (0,73)	10,14	,006	2>1
4. Ir a conferencias o conciertos	1,79 (0,75)	1,64 (0,67)	1,46 (0,69)	31,01	,000	1>2 1>3 2>3
5. Ir al teatro o al cine	2,08 (0,66)	1,74 (0,69)	1,55 (0,72)	74,81	,000	1>2 1>3 2>3
6. Viajar o hacer excursiones	2,25 (0,67)	2,07 (0,65)	1,76 (0,72)	67,57	,000	1>2 1>3 2>3
7. Salir a pasear o correr	2,58 (0,60)	2,53 (0,58)	2,38 (0,65)	15,66	,000	1>3 2>3
8. Participar en deportes, bailar o hacer ejercicio	2,46 (0,70)	2,16 (0,75)	1,80 (0,78)	90,81	,000	1>2 1>3 2>3
9. Hacer trabajos de jardinería	1,40 (0,68)	1,88 (0,76)	1,86 (0,76)	70,18	,000	2>1 3>1
10. Pasar tiempo estando solo	2,21 (0,68)	2,02 (0,66)	2,19 (0,72)	17,56	,000	1>2 3>2
11. Hacer manualidades o actividades artísticas como hobby	1,64 (0,77)	1,67 (0,74)	1,74 (0,79)	2,03	,362	---
12. Cocinar o preparar comida como pasatiempo	1,90 (0,76)	2,03 (0,79)	1,98 (0,81)	3,93	,140	---
13. Coleccionar cosas como un hobby	1,40 (0,69)	1,42 (0,68)	1,44 (0,64)	2,05	,358	---
14. Cantar o tocar un instrumento musical	1,53 (0,73)	1,44 (0,68)	1,47 (0,71)	2,16	,340	---
15. Visitar o haber sido visitado por amigos, parientes o vecinos	2,46 (0,60)	2,42 (0,59)	2,37 (0,61)	3,02	,221	---
16. Participar como miembro de un club u organización	1,57 (0,76)	1,62 (0,79)	1,58 (0,75)	0,47	,792	---
17. Participar en la iglesia o actividades religiosas	1,30 (0,67)	1,36 (0,61)	1,88 (0,77)	135,14	,000	3>1 3>2 2>1
18. Hacer voluntariado y disponer de tiempo para uno mismo	1,71 (0,74)	1,63 (0,69)	1,48 (0,67)	15,73	,000	1>3 2>3

Nota. * 1: 18-35 años; 2: 36-64 años; 3: ≥65 años

Tabla 1

4. DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional es una gran conquista del siglo XXI. No solo vivimos más tiempo, sino que lo hacemos de una forma más saludable (Li et al., 2024; United Nations, 2022). Paralelamente al incremento de la esperanza de vida, también ha aumentado el tiempo de ocio del que disponen las personas mayores respecto a generaciones pasadas (Raz-Yurovich, 2022). Los estilos de vida asociados al ocio son un elemento clave para conseguir un envejecimiento saludable (Chen et al., 2022; Kim et al., 2024; Tarkar et al., 2023). Así, en el tiempo de ocio tienen lugar múltiples comportamientos que pueden influenciar la salud de los individuos (An et al., 2023; Kim et al., 2024). Por ello, es importante estudiar como los individuos gestionan su tiempo de ocio, dadas las repercusiones que este tiene en la salud, la calidad de vida y la satisfacción vital (Chen et al., 2022; Dury et al., 2021; Tarkar et al., 2023), factores relevantes para un envejecimiento saludable (Kim et al., 2024).

La literatura científica pone de manifiesto que a medida que envejecemos se reduce el número de actividades de ocio y se producen también cambios en su expresión (Faílde et al., 2021). Así, durante la etapa juvenil, ocupamos mucho tiempo en actividades de ocio digital, deportivo y cultural, entre otros (Santiago Álvarez et al., 2023). Durante la etapa adulta, se reduce sustancialmente el tiempo disponible para emplear en actividades de ocio, y este vuelve a crecer durante la vejez (Genoe et al., 2022). Sin embargo, durante esta etapa la diversidad de actividades realizadas es menor y los patrones reflejan un predominio del ocio pasivo, con niveles significativamente más bajos ocio cultural, físico y social (Faílde et al., 2021), tal y como reflejan nuestros resultados.

A pesar de que este estudio tiene como fortaleza ser uno de los pocos que, con una muestra comunitaria relativamente amplia, analiza el ocio en tres grupos etarios, tratando de profundizar en las características del ocio durante el envejecimiento, presenta también algunas limitaciones. La primera tiene que ver con haber utilizado un diseño de corte transversal, lo que puede enmascarar el efecto de cohortes, siendo deseable en el futuro incluir diseños longitudinales para observar las variaciones en las prácticas de ocio a través del ciclo vital y más concretamente durante el envejecimiento. Por otra parte, las medidas utilizadas se basaron en reportes autoinformados, por lo que existe el riesgo de deseabilidad social (Nicolini et al., 2021).

5. CONCLUSIONES

Los datos de este estudio reflejan importantes diferencias intergrupales en los patrones de ocio cuando se compara a las personas mayores con otros grupos etarios, observando cambios tanto cuantitativos como cualitativos en su expresión. Encontramos que, a mayor edad, no solo disminuye el número de actividades de ocio en el que se involucran las personas mayores, sino también el porcentaje y frecuencia de participación en las mismas. Asimismo, se evidencia la implicación en un estilo de ocio más pasivo y solitario.

Este estudio nos ha permitido acercarnos a una descripción sobre los patrones de ocio de las personas mayores en comparación con otros grupos etarios, siendo de utilidad para el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a promocionar estilos de ocio que contribuyan a incrementar el envejecimiento saludable de la población.

Referencias bibliográficas

- Alonso-Sánchez, M. F. (2017). Caracterización de las actividades de ocio como factor de reserva cognitiva: Una revisión sistemática. *Medicina naturista*, 11(2), 62-68.
- An, J., Payne, L., & Liechty, T. (2023). Exploring the role and meaning of leisure in healthy aging among older adults with chronic conditions. *Annals of Leisure Research*, 26(5), 682-700. <https://doi.org/10.1080/11745398.2022.2029511>
- Bum, C. H., Johnson, J. A., & Choi, C. (2020). Healthy aging and happiness in the Korean elderly based upon leisure activity type. *Iranian Journal of Public Health*, 49(3), 454-462. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i3.3141>
- Cha, Y. J. (2018). Correlation between leisure activity time and life satisfaction: Based on KOSTAT time use survey data. *Occupational Therapy International*. <https://doi.org/10.1155/2018/5154819>
- Chen, X., Hyun, S. S., & Lee, T. J. (2022). The effects of parasocial interaction, authenticity, and self-congruity on the formation of consumer trust in online travel agencies. *International Journal of Tourism Research*, 24(4), 563-576. <https://doi.org/10.1002/jtr.2522>
- Dury, S., Stas, L., Switsers, L., Duppen, D., Domènech-Abella, J., Dierckx, E., & De Donder, L. (2021). Gender-related differences in the relationship between social and activity participation and health and subjective well-being in later life. *Social Science & Medicine*, 270, 113668. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113668>
- Faílde, J., Dapía, M., Vázquez, M., & Vázquez, L. (2021). Are older adults' leisure patterns consistent with the active ageing model? The influence of the ageist stereotypes. *Social Policy and Society*, 21(4), 575-596. <https://doi.org/10.1017/S1474746421000221>
- Genoe, M. R., Liechty, T., & Marston, H. R. (2022). Leisure innovation and the transition to retirement. *Leisure Sciences*, 44(4), 440-458. <https://doi.org/10.1080/01490400.2019.1597791>
- Jeong, E. H., & Park, J. H. (2020). The relationship among leisure activities, depression, and quality of life in community-dwelling elderly Koreans. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6. <https://doi.org/10.1177/2333721420923449>
- Kaliterna Lipovčan, L., Brkljačić, T., Prizmić Larsen, Z., Brajša-Žganec, A., & Franc, R. (2018). Leisure activities and the subjective well-being of older adults in Croatia. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 31(1), 31-39. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000179>
- Kepic, M. (2019). Life satisfaction after spousal loss: The potential influence of age, gender, and leisure. *Adultspan Journal*, 18(2), 85-98. <https://doi.org/10.1002/adsp.12079>
- Kim, J., Lee, S., Chun, S., Han, A., & Heo, J. (2017). The effects of leisure-time physical activity for optimism, life satisfaction, psychological well-being, and positive affect among older adults with loneliness. *Annals of Leisure Research*, 20(4), 406-415. <https://doi.org/10.1080/11745398.2016.1238308>
- Kim, D., Park, J., & Park, B. J. (2024). How do leisure activities impact leisure domain and life domain satisfaction and subjective well-being? *International Journal of Tourism Research*, 26(1), e261. <https://doi.org/10.1002/jtr.2618>

- Li, Y., Tang, Y., Xie, Y., Liu, H., & Wu, H. (2024). Association of healthy lifestyle with life expectancy free of five major disabilities in Chinese older adults. *Journal of Global Health*, 14, 04034. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04034>
- Nicolini, P., Abbate, C., Inglese, S., Mari, D., Rossi, P. D., & Cesari, M. (2021). Socially desirable responding in geriatric outpatients with and without mild cognitive impairment and its association with the assessment of self-reported mental health. *BMC Geriatrics*, 21, 494. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02435-z>
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Escudero Martínez, J., Bueno López, C., Castillo Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales Sampérez, J., Fernández Morales, I., & Villuendas Hijosa, B. (2023). Un perfil de las personas mayores en España, 2023: Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 30.
- Raz-Yurovich, L. (2022). Leisure: Definitions, trends, and policy implications. *Population Research and Policy Review*, 41(3), 981-1019. <https://doi.org/10.1007/s11113-021-09675-2>
- Ryu, J., & Heo, J. (2018). Relationships between leisure activity types and well-being in older adults. *Leisure Studies*, 37(3), 331-342. <https://doi.org/10.1080/02614367.2017.1370007>
- Ryu, J., Heo, J., Ellis, G., & Widme, M. A. (2022). Leisure, eudaimonic behavior, physical activity, and well-being of older adults. *Journal of Leisure Research*, 53(4), 595-614. <https://doi.org/10.1080/00222216.2022.2051115>
- Santiago Álvarez, J., Hernández Prados, M. A., & Valero Pérez, M. (2023). Adolescent leisure typologies according to school, family, and peer group context. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 16(33), 41-53. <https://doi.org/10.25115/ecp.v16i33.9239>
- Scarmeas, N., Zarahn, E., Anderson, K. E., Habeck, C. G., Hilton, J., Flynn, J., Marder, K. S., Bell, K. L., Sackeim, H. A., Van Heertum, R. L., Moeller, J. R., & Stern, Y. (2003). Association of life activities with cerebral blood flow in Alzheimer disease: Implications for the cognitive reserve hypothesis. *Archives of Neurology*, 60(3), 359-365. <https://doi.org/10.1001/archneur.60.3.359>
- Tarkar, P., Pandoi, D., Asif, M., & Johri, A. (2023). Family support and life satisfaction of older adults: The mediating and moderating role of leisure activities and health. *Leisure Studies*, 26, e2618. <https://doi.org/10.1080/02614367.2023.2277721>
- United Nations. (2022). *World population prospects 2022*. United Nations.
- Yoon, H., Lee, W. S., Kim, K. B., & Moon, J. (2020). Effects of leisure participation on life satisfaction in older Korean adults: A panel analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4402. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124402>
- Zhang, W., Feng, Q., Lacanienta, J., & Zhen, Z. (2017). Leisure participation and subjective well-being: Exploring gender differences among elderly in Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.11.010>
- Zhao, X., Yu, J., & Liu, N. (2023). Relationship between specific leisure activities and successful aging among older adults. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 21(1), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2022.11.006>

Capítulo 14. Patrones de ocio en la población mayor de 65 años.

Antía Rivera Nieto¹, Laura Ruiz Soriano¹, María Dolores Dapía Conde¹, José María Faílde Garrido¹.

¹*Universidad de Vigo, España.*

RESUMEN

La población mundial está envejeciendo más rápidamente que en los años precedentes; de acuerdo con el Informe de Envejecimiento en Red (2020) entre los años 2019 y 2068 la población de más de 65 años aumentará de un 19,3% a un 29,4%. En el marco del envejecimiento activo, la satisfacción con el ocio es considerado como uno de los principales factores que inciden sobre la calidad de vida, siendo por ello necesario seguir profundizando en el estudio de los beneficios del ocio en el colectivo de las personas mayores, que les permita incrementar sus niveles de satisfacción con la vida.

El principal objetivo de este trabajo es aproximarse al ocio de las personas mayores a través de un análisis de las distintas actividades que realiza este grupo poblacional. Para ello se realizó un estudio en el que han participado 303 personas mayores de 65 años residentes en Galicia. Los resultados muestran la evolución del ocio en relación a la edad, avanzando hacia patrones más pasivos y menos sociales.

Es necesario proporcionar herramientas para que las personas mayores tengan la oportunidad de transformar su tiempo libre en tiempo de ocio. Para ello será necesario potenciar la educación gerontológica para el bienestar físico, psicológico y la calidad de vida de este sector de la población.

Palabras clave: ocio, personas mayores, calidad de vida.

1. INTRODUCCIÓN

El ocio, en las personas mayores, debe entenderse y apreciarse como un factor que sobrepasa lo personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de ser interpretado como una acción que proyecta lo social para crear condiciones que faciliten la evaluación de la calidad de vida de estas personas, contribuyendo al desarrollo de estilos de vida saludables y autónomos.

Diferentes investigaciones demuestran que en el envejecimiento no existe un periodo en el que predomine o se haga inevitable el deterioro de las capacidades mentales y físicas ya que, si las personas tienen la intención y motivación de mantener estilos de vida activos y productivos, además de las condiciones necesarias para el desarrollo de las experiencias, la senectud puede demorarse o incluso evitarse.

El envejecimiento activo será el término empleado para hacer referencia a este proceso vital; diversos estudios optan por una definición multidimensional del término, en la que se incluyen conceptos de salud, funcionalidad cognitiva y afectiva y estatus social (Perales, 2006). También se ha definido a través de diversas variables, entre ellas el ocio, la participación y el aprendizaje a lo largo de la vida (Tam, 2011), consideradas predictores de envejecimiento activo como componentes que mejoran el bienestar de las personas mayores y aumentan su compromiso con la vida (Boudiny & Mortelmans, 2011)

Una perspectiva simplista del ocio y de la recreación en las personas mayores, las categorizaría como una mera opción individual del tiempo libre, olvidando su carácter desarrollador, por los niveles de participación y actualización que genera; sobre todo cuando es considerada un recurso que potencia las herramientas de acción social que elevan, tanto el bienestar, como la calidad de vida de las personas mayores. Estas envejecen adecuadamente utilizando y disfrutando de todas las posibilidades de su entorno social y personal, estando preparadas para aceptar las propias limitaciones (disminución de fuerzas, necesidad de recibir algún tipo de ayuda, etc.) sin renunciar, dentro de las posibilidades, a mantener determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En el colectivo de personas mayores, la actividad física, intelectual y el interés por el entorno mediante las actividades de ocio favorecerán la calidad de vida; pues potenciarán lo individual y social, satisfaciendo diversas necesidades (individuales) de la persona y actuando como medio de integración social.

2. METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

En el siguiente estudio tomaron parte 303 participantes mayores de 65 años residentes en Galicia. Para el análisis de datos la población se dividió en dos categorías por subgrupos de edad: las personas mayores de 65 a 75 años; y las personas mayores de 75 y más años.

INSTRUMENTOS

La batería aplicada estaba compuesta por los siguientes instrumentos

Para la identificación de los patrones de ocio se utilizó un cuestionario basado en el estudio de Scarmeas et al. (2003), en el que se plantean 18 actividades y son preguntados por su realización en los últimos 6 meses, debiendo elegir entre tres opciones de respuesta: nunca, algunas veces o a menudo. Para determinar el porcentaje de participación las respuestas fueron dicotomizadas, dando lugar a las categorías: participa o no participa.

PROCEDIMIENTO

Los datos fueron recogidos en la geografía gallega, a los participantes se les administró la misma batería de pruebas en una única sesión, mayoritariamente mediante encuestas, aunque cuando fue necesario, por cuestiones de edad, se aplicó como una entrevista. Siguiendo las normas éticas para la investigación con sujetos humanos de la APA (Baltes et al., 1981) todas las personas fueron informadas de su participación en un estudio de investigación y de los objetivos; asimismo, se solicitó su consentimiento informado, pidiéndoles su colaboración libre y voluntaria, garantizando su anonimato y protegiendo la confidencialidad en el tratamiento de los datos.

Los análisis se elaboraron con el software IBM SPSS Statistics for Windows, versión 24.0.

3. RESULTADOS

La muestra se segmentó la muestra de mayores de 65 años en dos grupos, uno de 65 a 75 años y otro de 76 y más años.

Atendiendo al número de actividades de ocio que realiza cada grupo etario, observamos que el grupo de 65 a 75 se implica en la realización de un mayor número de actividades, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($U=8921,00$, $p=,001$).

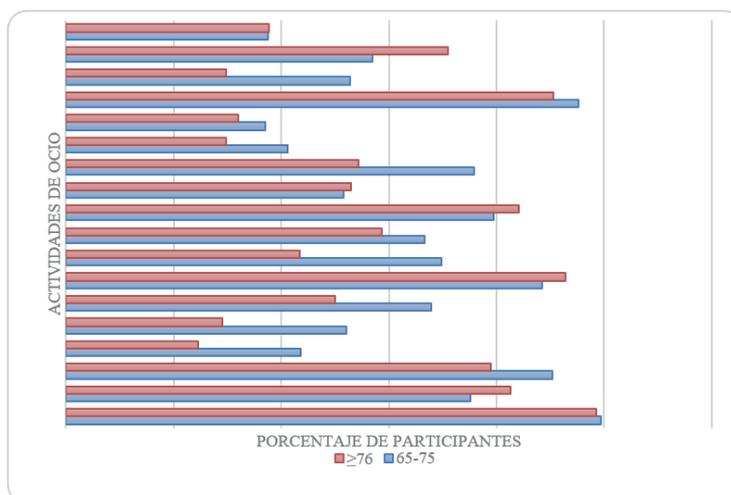


Figura 1 Porcentaje de participación en diferentes actividades de ocio en adultos mayores

Existe asociación estadísticamente significativa entre la variable grupo de personas mayores (de 65 a 75 años versus de 76 y más años) y el tipo de actividad de ocio. Así los contrastes mediante la prueba Chi cuadrado, reflejaron asociación estadísticamente significativa entre los dos grupos en nueve de las dieciocho actividades de ocio analizadas: “leer libros, revistas o periódicos” ($X^2=7,61$, $p=,006$), “ir a conferencias o conciertos” ($X^2=11,93$, $p=,001$), “ir al teatro o al cine” ($X^2=16,56$, $p=,000$), “viajar o hacer excursiones” ($X^2=9,99$, $p=,002$), “participar en deportes, bailar o hacer ejercicio” ($X^2=21,17$, $p=,000$), “cocinar o preparar comida como pasatiempo” ($X^2=15,35$, $p=,000$), “coleccionar cosas como un hobby” ($X^2=4,32$, $p=,038$), “participar como miembro de un club u organización” ($X^2=16,32$, $p=,000$) y “participar en la iglesia o actividades religiosas” ($X^2=6,39$, $p=,012$). En todas ellas, a excepción de esta última (donde se invierte la tendencia), el grupo de mayores de 65 a 75 años refiere un mayor porcentaje de participación.

Como se aprecia en la figura 1, cuatro actividades destacan por ser en las que más participan las personas mayores, de ambos grupos: ver TV o escuchar la radio (99,0%), hacer o realizar visitas (93,1%), pasear o correr (90,4%), pasar tiempo solo (81,5%), sin diferencias entre ambos grupos.

Por otra parte, no se detectaron diferencias significativas en la frecuencia media de implicación en la totalidad de las actividades de ocio analizadas, aunque sí en el número de actividades, siendo menor en el grupo de más edad. Asimismo, fueron detectadas diferencias entre ambos grupos (65 a 75 años versus de 76 versus más años), en la frecuencia de participación en 9 actividades de ocio.

Las personas de 65 a 75 años refieren realizar con más frecuencia las siguientes actividades: “asistir a conferencias o conciertos” ($U=9280,00$, $p=,001$), “ir al cine o al teatro” ($U=8644,00$, $p=,000$), “viajar o hacer excursiones” ($U=9796,50$, $p=,023$), “participar en deportes, bailar o hacer ejercicio” ($U=8927,50$, $p=,001$), “cocinar o preparar comida como pasatiempo” ($U=8672,50$, $p=,000$) y “participar como miembro de un club u una organización” ($U=9552,00$, $p=,006$).

Por su parte, las personas de 76 y más años, se implican con mayor frecuencia en: “ver la televisión o escuchar la radio” ($U=8821,00$, $p=,000$), “pasar tiempo estando solas” ($U=8392,50$, $p=,000$) y “participar en actividades religiosas” ($U=8565,00$, $p=,000$).

4. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia clara de que el grupo etario de personas mayores de 65 a 75 años se involucra en un mayor número de actividades de ocio en comparación con el grupo de mayores de 76 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($U=8921,00$, $p=,001$), lo que coincide con investigaciones previas que han señalado una disminución en la participación en actividades recreativas a medida que aumenta la edad (Everard et al., 2000; Wang et al., 2018). La menor implicación en actividades de ocio en los adultos mayores de 76 años puede estar relacionada con factores como la disminución de la movilidad, problemas de salud y un menor acceso a oportunidades recreativas (Agahi et al., 2006; Nimrod, 2011).

En relación con el tipo de actividad de ocio, los contrastes mediante la prueba de Chi cuadrado revelaron diferencias significativas entre los dos grupos etarios en nueve de las dieciocho actividades evaluadas. En la mayoría de estas actividades, como leer, asistir a conferencias o conciertos, viajar, hacer ejercicio o participar en deportes, las personas de 65 a 75 años refirieron una mayor participación. Este hallazgo refuerza la idea de que las personas más jóvenes dentro del grupo de mayores pueden tener una mayor capacidad física y mental para participar en actividades que requieren movilidad y desplazamiento (Chen et al., 2014; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006).

Por otro lado, en el caso de las actividades relacionadas con la religión, como participar en la iglesia o en actividades religiosas, se observó una mayor implicación entre el grupo de mayores de 76 años ($X^2=6,39$, $p=,012$). Esto puede estar relacionado con la tendencia de que las personas mayores buscan con más frecuencia la participación en actividades espirituales a medida que envejecen, lo que les ofrece una fuente de apoyo social y emocional (Gautier et al., 2019; Silverstein & Bengtson, 2017).

Las actividades con mayor porcentaje de participación en ambos grupos, como ver televisión o escuchar la radio (99,0%), hacer visitas (93,1%) y pasear o correr (90,4%), destacan por ser pasatiempos que no requieren grandes demandas físicas o sociales. Estos hallazgos son consistentes con estudios que sugieren que las personas mayores, independientemente de la edad, buscan formas de ocio que sean accesibles y requieran bajos niveles de esfuerzo físico (Nimrod & Shrira, 2014). Asimismo, se observó que pasar tiempo solo (81,5%) es una actividad recurrente, especialmente entre las personas mayores de 76 años, lo cual coincide con estudios que muestran un aumento de la soledad y la inactividad social en las personas mayores a medida que envejecen (Victor et al., 2005).

Finalmente, las personas de 76 años y más refirieron una mayor implicación en actividades como ver televisión o escuchar la radio, así como pasar tiempo solas. Este patrón puede estar vinculado al proceso de envejecimiento, en el cual las personas mayores tienden a reducir su círculo social y disminuir su participación en actividades comunitarias o físicas debido a las barreras funcionales que enfrentan (González et al., 2020; Ayalon et al., 2016). La implicación en actividades religiosas entre este grupo también refleja la importancia de estos espacios como fuentes de bienestar psicológico y espiritual en la tercera edad (Idler & Kasl, 1997).

5. CONCLUSIONES

Este estudio ha puesto de manifiesto la existencia de diferencias significativas en la participación en actividades de ocio entre los grupos de personas mayores de 65 a 75 años y de 76 años y más. A medida que la edad avanza, la implicación en actividades de ocio tiende a disminuir, tanto en términos de cantidad como en frecuencia. Las personas más jóvenes dentro del grupo de mayores se muestran más activas en actividades que requieren movilidad, interacción social y compromiso físico, mientras que las personas de 76 años y más tienden a involucrarse en actividades de ocio más pasivas y solitarias.

El hallazgo de que la participación en actividades religiosas aumenta con la edad refleja un aspecto importante del bienestar en las personas mayores, que puede servir como una fuente significativa de apoyo emocional y social en etapas avanzadas de la vida. Estos resultados subrayan la importancia de promover oportunidades recreativas y de ocio que se adapten a las necesidades específicas de las personas mayores de diferentes edades, para mejorar su calidad de vida y bienestar general.

Es crucial que las políticas públicas y los programas comunitarios destinados a las personas mayores tengan en cuenta estas diferencias etarias. Fomentar el acceso a actividades de ocio adecuadas para cada grupo etario podría contribuir a mejorar no solo la salud física, sino también el bienestar psicológico y social de las personas mayores, reduciendo el riesgo de aislamiento y promoviendo un envejecimiento más activo y satisfactorio.

Referencias bibliográficas

- Agahi, N., Ahacic, K., & Parker, M. G. (2006). Continuity of leisure participation from middle age to old age. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), S340–S346.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2016). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(3), 81–84.
- Boudiny, K. (2013). "Active ageing": From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077–1098.
- Chen, Y. M., & Fu, Y. C. (2014). Leisure participation and enjoyment among the elderly: Individual characteristics and sociability. *Ageing & Society*, 34(7), 1273–1296.
- Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), S208–S212.
- Gautier, S., Noordzij, M. L., & van Harten, W. H. (2019). Spirituality and religiosity in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 28(8), 1561–1565.
- González, R., Fuentes, C., & Cortés, A. (2020). Participación en actividades recreativas y bienestar psicológico en adultos mayores: Un análisis comparativo entre grupos etarios. *Revista de Gerontología*, 36(2), 145–159.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons: Relationships to functioning and well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(6), S294–S305.
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and well-being in later life: What really matters? *Ageing & Society*, 26(2), 225–242.
- Nimrod, G. (2011). The impact of leisure activity and innovation on the well-being of the very old. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(5), 584–593.
- Nimrod, G., & Shrira, A. (2014). The paradox of leisure in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 614–625.
- Perales, J., del Pozo-Cruz, B., del Pozo-Cruz, J., & Rodríguez, A. (2014). Factors associated with active aging in Finland, Poland and Spain. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1363–1375.
- Plaza, C., Requena, C., Illía, R., & López, V. (2015). Las relaciones entre el ocio no estructurado, el ocio y las funciones cognitivas en personas mayores. *European Journal of Education and Psychology*, 8(1), 66–67.
- Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528–547.
- Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult child–parent relationships in American families. *American Sociological Review*, 62(2), 304–320.

- Tam, M. (2011). Active ageing, active learning: Policy and provision in Hong Kong. *Studies in Continuing Education, 33*(3), 289–299.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society, 25*(3), 357–375.
- Wang, L., Chi, I., & Li, C. (2018). Factors associated with physical, social, and psychological leisure activity participation among older adults in urban China. *Ageing & Society, 38*(12), 2559–2580.

Capítulo 15. Proyecto TechQoL4Carers: Contribuciones de la plataforma tecnológica CuidaconTIC en los cuidados informales de la población mayor.

Laura Nieto Riveiro¹, Betania Groba González¹, Patricia Concheiro Moscoso¹, María del Carmen Miranda Duro¹, Thais Pousada García¹, Javier Pereira Loureiro¹.

¹Universidad da Coruña, Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (CITIC), Grupo TALIONIS, A Coruña, España.

RESUMEN

Este trabajo se centra en la población cuidadora informal. Aunque el cuidado puede ser una fuente de gran recompensa personal, también puede repercutir negativamente en la salud, bienestar y calidad de vida de la persona cuidadora. En este sentido, la tecnología puede brindar soluciones innovadoras, tanto para las/os cuidadoras/es informales como para la población mayor a la que cuidan. Esto es lo que se propone en el proyecto TechQoL4Carers. El objetivo general de este proyecto es desarrollar una solución tecnológica innovadora, llamada CuidaconTIC, que permita mejorar la calidad de vida, el impacto de los cuidados, el equilibrio ocupacional, la autogestión de la salud y el empoderamiento de las personas cuidadoras informales.

En las fases iniciales del proyecto, se ha desarrollado la plataforma CuidaconTIC, consistente en una página web interconectada con una aplicación móvil y con dispositivos wearable. Esta plataforma ofrece diferentes servicios personalizados, vinculados con las principales necesidades y desafíos comunes de la población cuidadora informal, que le permiten realizar un seguimiento de sus datos de salud, equilibrio ocupacional y calidad de vida; recibir avisos individualizados; y acceder a contenidos digitales formativos y de asesoramiento sobre las tareas de cuidado de la persona mayor y sobre el propio autocuidado. Para determinar el impacto del uso de esta plataforma, se está llevando a cabo un estudio piloto de metodología mixta, con un grupo de 60 cuidadoras/es informales (siendo 28 cuidadoras/es de personas mayores con demencia).

En la actualidad, este estudio piloto está en desarrollo, por lo que no se cuenta todavía con resultados definitivos, que permitan establecer conclusiones al respecto. No obstante, los resultados preliminares apuntan a que el uso de la plataforma CuidaconTIC puede conllevar ciertas mejoras en la calidad de vida de la población cuidadora.

Palabras clave: tecnología, atención centrada en la persona, personas cuidadoras, personas mayores, calidad de vida.

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados pueden ser definidos como labores “esenciales que sostienen la vida, y el sistema social y económico, con gran impacto en el bienestar de las personas cuidadas y cuidadoras” (Instituto de las Mujeres, 2023, p. 21).

Tal y como reflejan diferentes informes tanto nacionales como europeos, en muchos países, como España, los cuidados son prestados por integrantes de la familia, o incluso por otras redes de apoyo, como amistades o vecindario (European Commission et al., 2018; Hoffmann & Rodrigues, 2010; Petrini et al., 2019; Roth et al., 2015; Tur-Sinai et al., 2020). En concreto, se calcula que hasta el 80% de los cuidados de larga duración ofrecidos en Europa a la población en situación de dependencia son ofrecidos por familiares (Eurocarers, 2023). Con respecto a España, las estadísticas muestran que entre el 10,8 y el 23% de la población desempeña el rol de cuidadora informal (Eurocarers, 2023; Eurostat, 2019; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Las personas cuidadoras informales son aquellas que, fuera de un marco profesional o formal, brindan cuidados, generalmente no remunerados, a personas con discapacidad, en situación de dependencia o con determinadas condiciones de salud, que requieren ayuda continuada en la realización de sus actividades básicas o instrumentales de la vida diaria (Eurocarers, 2023; European Commission et al., 2018; Petrini et al., 2019; Roth et al., 2015; Tur-Sinai et al., 2020).

Aunque el cuidado puede ser una fuente de gran recompensa personal, también puede repercutir negativamente en la salud, bienestar y calidad de vida (CdV) de la persona cuidadora (European Commission et al., 2018; Frederick, 2018; Morelli et al., 2019; Roth et al., 2015; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG], 2016). Las necesidades y desafíos más comunes que presentan las/os cuidadoras/es informales están relacionados con el seguimiento de estilos de vida saludable, la realización de formación sobre el cuidado propio y cómo proporcionar un apoyo más eficaz a la persona cuidada, la participación en ocupaciones diferentes a las tareas de cuidado, y la disponibilidad de tiempo para sus propias ocupaciones. En este sentido, es importante destacar que la mayoría de la población cuidadora española destina más de 20 horas semanales a las tareas de cuidado (European Commission et al., 2021; SEGG, 2016). Por ello, son muy habituales las dificultades para compaginar este rol con otras ocupaciones o responsabilidades, como puede ser a nivel de empleo, formación, cuidado personal, ocio o participación social (SEGG, 2016), lo cual deriva, en muchos casos, en una situación de desequilibrio ocupacional (Morelli, 2019).

La literatura científica actual (Darragh et al., 2015; Gérain & Zech, 2019; Petrini et al., 2019; Queluz et al., 2020; Roth et al., 2015) también recoge otras repercusiones frecuentes, como puede ser a nivel físico (por ejemplo, molestias musculoesqueléticas o tensión), o a nivel mental (por ejemplo, mayor prevalencia de problemas de salud mental, como ansiedad, estrés o depresión, o aparición de “sobrecarga” o “síndrome de desgaste”).

La tecnología, diseñada y desarrollada con un enfoque centrado en la persona, puede ser un apoyo sustancial para las personas cuidadoras informales, y brindar soluciones innovadoras que permitan potenciar tanto su salud y CdV, como la de la población a la que cuidan.

Sin embargo, la mayoría de las soluciones tecnológicas actuales se centran en mayor medida en la población que necesita cuidados, como puede ser la población mayor (Krick et al., 2019; Palm, 2013). Existen también otras iniciativas (como las plataformas CAREGIVERS PRO-MMD, Family Caregiver Support, iSupport, SerCuidadora o YoTeCuido) que se centran en las propias personas cuidadoras; pero estas aplicaciones suelen enfocarse en

perfiles específicos (por ejemplo, cuidadoras/es de personas mayores con demencia), o presentan servicios limitados (por ejemplo, únicamente formativos o informativos).

En este marco, surge el proyecto TechQoL4Carers (acrónimo del proyecto titulado Calidad de vida para personas cuidadoras a través de una solución tecnológica centrada en la persona), el cual está financiado por la Convocatoria 2021 de Proyectos estratégicos orientados a la transición ecológica y a la transición digital del Ministerio de Ciencia e Innovación.

El objetivo general de este proyecto es desarrollar una solución tecnológica innovadora, llamada CuidaconTIC, que permita mejorar la CdV, el impacto de los cuidados, el equilibrio ocupacional, la autogestión de la salud y el empoderamiento de las personas cuidadoras informales de población mayor y/o de otras poblaciones en situación de dependencia o discapacidad.

2. METODOLOGÍA

El proyecto TechQoL4Carers tiene una duración total de 2 años y se estructura en 3 fases principales: 1) Análisis de la evidencia y definición de requisitos; 2) Desarrollo de la plataforma tecnológica CuidaconTIC e integración con dispositivos wearable, inteligencia artificial y mecanismos de ciberseguridad; y 3) Validación de la plataforma y generación de conocimiento.

Hasta el momento, se han completado las dos primeras fases, a partir de las cuales se ha desarrollado la plataforma CuidaconTIC (<https://cuidacontic.talionis.eu/>).

En la actualidad (septiembre de 2024), el proyecto se encuentra en su fase final, consistente en la validación de la plataforma y la generación de conocimiento. Para ello, se está llevando a cabo un estudio piloto con metodología mixta encaminado a determinar el impacto de la utilización de la plataforma CuidaconTIC y conocer la perspectiva de las personas cuidadoras en relación con la accesibilidad, usabilidad y funcionalidad de esta solución tecnológica.

Este estudio piloto se está realizando gracias a la colaboración de 5 entidades del ámbito sociosanitario de la provincia de A Coruña: 4 asociaciones y 1 clínica privada. Los criterios de inclusión son:

- Tener una edad igual o superior a los 18 años.
- Desempeñar el rol de persona cuidadora informal principal.
- Ejercer este rol desde hace un año como mínimo.
- Convivir con la persona receptora de los cuidados.
- Utilizar de forma habitual un teléfono móvil inteligente o smartphone.
- Comprometerse a usar un dispositivo wearable durante el desarrollo del proyecto.

El proceso que se está siguiendo en estas pruebas piloto contempla estas etapas: consentimiento informado; evaluación inicial; intervención; evaluación intermedia de seguimiento (a las 6 semanas aproximadamente tras el inicio de la intervención); y evaluación final.

La intervención consiste en que la persona cuidadora utilice durante 12 semanas aproximadamente la plataforma CuidaconTIC, en combinación con un dispositivo wearable (en este caso, se está usando la pulsera Xiaomi Mi Smart Band 7), a través del cual se mide su actividad física, sueño y frecuencia cardíaca.

En las etapas de evaluación inicial, intermedia y final, se están utilizando estos instrumentos estandarizados: EuroQol-5D-5L, CarerQol, Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, Índice de esfuerzo del cuidador, Cuestionario de equilibrio ocupacional, e Instrumento de empoderamiento psicológico. Además, en la evaluación inicial se administra también un cuestionario sociodemográfico y en la evaluación final un cuestionario de satisfacción. Asimismo, tanto en la evaluación inicial como final, se plantea la realización de una entrevista individual semiestructurada.

A nivel cuantitativo, los datos serán analizados mediante el programa estadístico R-Studio. Se llevará a cabo tanto un análisis descriptivo de todas las variables recogidas, como diferentes pruebas estadísticas que permitan estudiar posibles relaciones significativas entre las principales variables de estudio. Para ello, se comprobará en primer lugar si los datos presentan o no una distribución normal, empleando la prueba Kolmogórov-Smirnov.

A nivel cualitativo, se realizará un análisis temático de las transcripciones de las entrevistas inicial y final, siguiendo las 5 fases de Braun y Clarke (2006): familiarización con los datos; generación de códigos iniciales; búsqueda de temáticas; definición y denominación de las temáticas; y preparación del informe.

Por último, a nivel metodológico, cabe destacar que este estudio piloto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y la Docencia de la Universidade da Coruña (código 2023_019), así como con el registro en ClinicalTrials.gov (NCT06226285).

3. RESULTADOS

El resultado final del proyecto TechQoL4Carers es la plataforma CuidaconTIC, una solución tecnológica diseñada y desarrollada por el equipo de investigación, a partir de un proceso iterativo y participativo, en el que las personas cuidadoras están involucradas en diferentes fases (fundamentalmente, en la fase 1 de análisis y definición de requisitos, y en la fase 3, correspondiente a la validación de la plataforma).

La plataforma CuidaconTIC se ofrece tanto en versión web como en formato de aplicación móvil. En ella, se presentan diferentes servicios personalizados (ver Figura 1), vinculados con las principales necesidades y desafíos comunes de la población cuidadora informal. Así, estos servicios le permiten:

- Realizar un seguimiento de sus datos de salud, equilibrio ocupacional y CdV, tanto de aquellos datos recogidos con los dispositivos wearable como de otros datos recabados a través de distintos cuestionarios (secciones Mi resumen diario, Mi salud, Mi semana y Evaluación).

- Recibir advertencias y sugerencias individualizadas.
- Consultar contenidos digitales formativos y de asesoramiento sobre su propio autocuidado y el cuidado de la persona mayor y/o en situación de dependencia o discapacidad (secciones Me cuido y Te cuido, respectivamente).



Figura 1 Pantalla inicial de CuidaconTIC

En la actualidad, el estudio piloto está en desarrollo, por lo que no se cuenta todavía con resultados definitivos, que permitan establecer conclusiones al respecto.

En este estudio piloto, están participando 60 personas cuidadoras informales (46 mujeres y 14 hombres). De ellas, 28 cuidan a población mayor con demencia, siendo mayoritariamente su pareja (n=14) o sus hijas/os (n=12).

Como ya se mencionó en el apartado anterior, las/os participantes en las pruebas piloto deben emplear, durante aproximadamente 12 semanas, la plataforma CuidaconTIC, en su ordenador o en su dispositivo móvil, y llevar puesta todos los días la pulsera Xiaomi Mi Smart Band 7.

Los resultados preliminares obtenidos hasta el momento, basados en el seguimiento realizado durante las primeras semanas de intervención, muestran que la mayor parte de participantes están satisfechas/os con los servicios ofrecidos por CuidaconTIC y apuntan a que su uso puede conllevar ciertas mejoras en la CdV de la población cuidadora.

4. DISCUSIÓN

El proyecto TechQoL4Carers pretende contribuir en la mejora de la CdV y la salud de las personas cuidadoras informales, así como en su equilibrio ocupacional, ayudándoles a encontrar un balance saludable y satisfactorio entre sus diferentes actividades cotidianas. Disponer de tiempo para sus propias ocupaciones (empleo, formación, cuidado personal, ocio, participación social, etc.) es una de las principales necesidades de esta población, junto a otras como el seguimiento de hábitos de vida saludable o la necesidad de mayor formación sobre cómo ayudar a la persona a la que cuidan de la mejor forma posible (European Commission et al., 2021; Morelli, 2019; SEGG, 2016).

La plataforma desarrollada en el marco de este proyecto, CuidaconTIC, brinda un conjunto de servicios que abordan todas estas necesidades, por lo que se considera que soluciones tecnológicas como esta pueden ser de gran utilidad en la atención de la población cuidadora, jugando un papel clave en el ejercicio de muchos de sus derechos, como el derecho al tiempo, el derecho a la salud o los derechos laborales (Instituto de las Mujeres, 2023).

Además, se considera que este tipo de iniciativas pueden contribuir a reducir los costes, tanto directos como indirectos, que suponen las tareas de cuidado. Así, al mejorar la CdV y el bienestar de las personas cuidadoras, se puede mejorar también, de forma indirecta, la CdV y el bienestar de las personas que reciben sus cuidados (Irfan et al., 2017; Rathert et al., 2013).

Por otro lado, cabe destacar que la muestra de participantes en el estudio piloto está conformada por una gran mayoría de mujeres (77%), lo cual coincide con otros estudios o informes similares (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2024; SEGG, 2016), en los que se recogió que un 88% de las personas cuidadoras son mujeres. Estos datos reflejan que los cuidados informales, igual que a lo largo de la historia, siguen estando sostenidos predominantemente por mujeres (Instituto de las Mujeres, 2023), por lo que la responsabilidad y la distribución de los cuidados sigue sin ser equitativa (European Commission, 2021). Y precisamente las mujeres se encuentran entre los perfiles de personas cuidadoras que presentan un mayor riesgo de presentar problemas en su salud y una mayor probabilidad de experimentar estrés (Cohen et al., 2019; Sharma et al., 2016). Por ello, resulta esencial desarrollar proyectos como el que aquí se presenta, encaminados a abordar estas necesidades y desafíos.

Contemplando todo lo expuesto, se considera que tanto el proyecto TechQoL4Carers en general como la plataforma CuidaconTIC específicamente, pueden ser herramientas muy valiosas en la generación de conocimiento sobre las personas cuidadoras y en el abordaje de sus necesidades. Sin embargo, este proyecto cuenta con algunas limitaciones que hay que tener en cuenta:

- Se centra especialmente en personas cuidadoras informales que conviven con la persona a la que cuidan, por lo que no se abordan de forma exhaustiva las necesidades concretas de aquellas/os cuidadoras/es que no residen con la persona cuidada.
- Se dirige a personas cuidadoras de múltiples perfiles de población (personas mayores, personas adultas con discapacidad física o neurológica, personas adultas con algún trastorno de salud mental, menores con diversidad funcional, etc.), por lo que es posible que la evaluación o la intervención que se plantean no cubra algunas necesidades específicas asociadas a estos perfiles.

- Los servicios y funciones que ofrece la plataforma CuidaconTIC no incluyen la comunicación o el contacto entre las personas cuidadoras, siendo esta una de sus demandas fundamentales, tal y como recoge la literatura previa.
- La participación en el proyecto y la utilización de la plataforma conlleva también el uso continuado de un dispositivo wearable, lo cual puede ser un motivo de rechazo para algunas personas, que no tengan disposición a hacer un uso habitual de estos dispositivos.
- Finalmente, las pruebas piloto se están realizando en el marco de 5 entidades situadas en la provincia de A Coruña, todas ellas de carácter privado (4 asociaciones y 1 clínica), por lo que es posible que los resultados no sean representativos de otros contextos.

5. CONCLUSIONES

Tal y como se indicó en apartados previos, el proyecto TechQoL4Carers todavía se encuentra en la fase final de validación de la plataforma CuidaconTIC, por lo que aún no se dispone de resultados completos que permitan establecer conclusiones definitivas al respecto de esta solución tecnológica.

No obstante, se espera que los resultados finales alcanzados tengan un impacto científico y social que sirva para generar suficiente evidencia sobre cómo mejorar la CdV, el equilibrio ocupacional, la autogestión de la salud y el empoderamiento de las personas cuidadoras mediante la tecnología, ofreciéndoles herramientas para su propio cuidado y potenciando su visibilidad y reconocimiento en la sociedad.

En definitiva, el propósito general de este proyecto se alinea con un desafío social tan importante como son los cuidados, los cuales requieren de múltiples apoyos e innovaciones. En este sentido, la tecnología, diseñada y desarrollada siguiendo un enfoque centrado en la persona, puede erigirse como un apoyo sustancial e innovador, que ponga el foco en el cuidado de las personas que cuidan.

Agradecimientos

Esta publicación forma parte del proyecto TED2021-130127A-100, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por la Unión Europea "NextGenerationEU"/PRTR.

Esta investigación también cuenta con el apoyo de la Xunta de Galicia (Ayuda de la Consellería de Cultura, Educación, Formación Profesional e Universidades) para la consolidación y estructuración de unidades de investigación competitivas (ED431B 2022/39) y la acreditación de la excelencia (científica, técnica o artística) para la estructura, la mejora y el apoyo a los centros de investigación del Sistema universitario de Galicia (ED431G), susceptibles de ser cofinanciadas en el marco del programa operativo Feder Galicia 2021-2027; el programa DiseñaPeme e InnovaPeme 2023 de la Axencia Galega de Innovación (013_IN848D_IP23_2023_2267660)

Referencias bibliográficas

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cohen, S. A., Sabik, N. J., Cook, S. K., Azzoli, A. B. y Mendez-Luck, C. A. (2019). Differences within differences: gender inequalities in caregiving intensity vary by race and ethnicity in informal caregivers. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 34(3), 245-263. <https://doi.org/10.1007/s10823-019-09381-9>
- Darragh, A. R., Sommerich, C. M., Lavender, S. A., Tanner, K. J., Vogel, K. y Campo, M. (2015). Musculoskeletal discomfort, physical demand, and caregiving activities in informal caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), 734-760. <https://doi.org/10.1177/0733464813496464>
- Eurocarers (2023). *About carers*. <https://eurocarers.org/about-carers/>
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Volume II, Country profiles. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>
- Eurostat (2019). *Persons providing informal care or assistance at least once a week by sex, age and educational attainment level*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/a01d1042-eeed-4e98-8434-689f17a3e814?lang=en>
- Frederick, D. (2018). Mitigating burden associated with informal caregiving. *Journal of Patient Experience*, 5(1), 50-55. <https://doi.org/10.1177/2374373517742499>
- Gérain, P. y Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- Hoffmann, F. y Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: Who takes care of them?* (Policy Brief 4/2010). European Centre. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/387>
- Instituto de las Mujeres (2023). *Documento de bases por los cuidados*. Instituto de las Mujeres. <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBasesCuidados.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2024). *Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. Situación a 31 de mayo de 2024.
- Irfan, B., Irfan, O., Ansari, A., Qidwai, W. y Nanji, K. (2017). Impact of caregiving on various aspects of the lives of caregivers. *Cureus*, 9(5), e1213. <https://doi.org/10.7759/cureus.1213>
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H. y Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Services Research*, 19(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Nota técnica. *Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales resultados*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Morelli, N., Barello, S., Mayan, M. y Graffigna, G. (2019). Supporting family caregiver engagement in the care of old persons living in hard to reach communities: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 27(6), 1363-1374. <https://doi.org/10.1111/hsc.12826>
- Palm, E. (2013). Who cares? Moral obligations in formal and informal care provision in the light of ICT-based home care. *Health Care Analysis*, 21(2), 171-188. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0199-3>
- Petrini, M., Cirulli, F., D'Amore, A., Masella, R., Venerosi, A. y Carè, A. (2019). Health issues and informal caregiving in Europe and Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 55(1), 41-50. https://doi.org/10.4415/ann_19_01_08
- Queluz, F. N. F. R., Kervin, E., Wozney, L., Fancey, P., McGrath, P. J. y Keefe, J. (2020). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. *International Psychogeriatrics*, 32(1), 35-52. <https://doi.org/10.1017/s1041610219000243>
- Rathert, C., Wyrwich, M. D. y Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Roth, D. L., Fredman, L. y Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Sharma, N., Chakrabarti, S. y Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2016). *Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. https://www.segg.es/media/descargas/Estudio_Cuidadores.pdf
- Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V. y Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three European surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9531. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>

Capítulo 16. Iniciativa do Dr. Xosé M.^a Dios Diz, especialista de atención primaria do concello de Outes, na realización das xornadas de información sociosanitaria.

Xosé M.^a Dios Diz¹

¹*Centro de Saúde de Outes, A Coruña, España.*

RESUMEN

Cando empecei a traballar, fai 36 anos, dinme conta de que nas consultas de AP non tiñamos moito tempo para informar á xente dos procesos que presentaban. Esta idea, foi a responsable de facer unhas Xornadas, para, cos mellores especialistas da Área Sanitaria de Compostela (que logo se ampliou a outras Áreas Sanitarias) poder informar a xente do que lle estaba pasando e poder profundizar na prevención, valoración dos procesos, diagnose e tratamentos. Así, nacen estas Xornadas de Información SocioSanitaria, onde se abordan temas de carácter clínico, social, de administración e incluso de actualidade (como foi o caso da Pandemia, onde se seguiron realizando as charlas, cas medidas preventivas establecidas no momento). O éxito de participación, a recepción por parte dos especialistas (que conseguían realizar a tan desexada colaboración entre Atención Primaria e Atención Especializada, foi o que nos dou o impulso para seguir...ata as 18 Xornadas: 144 Conferencias Coloquio, onde o interese dos e das relatores/as e a participación da xente que ven a escoitalas, foi o motor que nos inspirou para seguir facéndoas. E seguiremos!

Palabras clave: xornadas, sociosanitaria, atención primaria.

1. INTRODUCCIÓN

Dende o ano 1.990, comezamos ca idea de informar a xente de diferentes temas, cunha estrutura de Conferencias-Coloquio, a cargo dun/ha especialista no tema. Falar en 50 minutos do que vemos diariamente nas consulta de AP. Esta iniciativa, derivou en que a xente que asiste a elas, as demanda. O coloquio, dura entre 20 e 30 minutos e a dinámica de intervencións do público fai que se enriqueza a conferencia pois intentase resolver os problemas do día a día da xente que asiste.

2. CONTEXTO

Outes, A Coruña: 6.200 habitantes actualmente; cando comezamos en 1.990 tiñamos 12.300 habitantes. Índice de maiores de 65 anos do 40%. Maioritariamente con estudos medios-primarios; ámbito rural: monte-costa, cerca de Noia e a 42 Km. de Compostela. Despois de valorar o pouco tempo que temos nas consultas de AP, decidimos esta iniciativa, sin saber que se prolongaría no tempo e cunha participación extraordinaria.

3. NECESIDADES

Para a realización da iniciativa, que non contaba con ningunha subvención, e realizada ca boa vontade dos e das relatores; faise o último xoves de cada mes, ás 18:30 h. no Centro Social de Outes (agora na Casa da Cultura). Dende Outubro ata Maio (coincidindo co curso académico). Fai 3 anos, incorpórase a Universidade de Santiago de Compostela, co IV Ciclo, e engadimos á propia charla-coloquio un Diploma que outorga a USC acreditativo por 16 horas. Si o público antes era maioritariamente maior de 60 anos, agora contamos con xente xovén e estudantes de 5º curso de Medicina que veñen facendo as prácticas no Centro de Saúde de Outes.

4. DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA

Esperando que a iniciativa fose acollida de bo grao, a forma de evalualo é a cantidade de xente que acude: de media, entre 50 e 60 persoas. Chegamos en algunha Conferencia ás 150 persoas (Prof. Fernando Jimenez Herrero, Dr. Emilio del Río, Dr. Hugo Vázquez, etc.). Por Outes, e no marco das Xornadas, contamos ca participación do Dr. Lopez de Oncoloxía, da Dr. Pilar Mazón de Cardioloxía, do Dr. Barreiro de Dixestivo, do Xerente de Compostela no seu momento o Dr. Verdes, da Subdirectora de Procesos sin Ingresos a Dra. Sinda, o Dr. Pose de Medicina Interna, O Psicólogo Faílde a Psicóloga Rosa Cerqueiro, o Dr. Miguel Ángel Vázquez, os Urólogos García Freire e Venancio Chantada da Área Sanitaria de Coruña, etc. (perdón polos relatores/as que faltan...). Eu participei nalgún ciclo.

5. OBXETIVOS

Informar á xente que asiste ao evento, dun tema concreto, do que non se pode falar con tanta amplitude na consulta ordinaria de AP. A falta de tempo nas consultas nos obrigaba a profundar na información e na participación da poboación, para manter unha actitude saudable ante a vida e abordar temas, tamén de problemática social, dos que non se fala habitualmente nas consultas. En algún ciclo, falamos nas 8 conferencias dun tema concreto: Factores de Risco Cardiovascular, Síndromes Xeriátricos, Ciclo dedicado a xuventude ca súa problemática clínica, escolar, de relación, social, etc.

6. AVALIACIÓN DA EXPERIENCIA

Moi positiva e o demostra a cantidade de xente que sigue vindo ás mesmas. Outro dato importante, é que a realización das Xornadas xa o coñece moita xente e cando nos diriximos a un/unha especialista para realizar a solicitude de si pode vir a dar a Charla: NINGUÉN NOS DIXO NUNCA QUE NON! Isto nos anima a continuar con esta experiencia que consideramos única en Galicia e no estado español. O recoñecemento da USC, tamén nos da pulo para saber que estamos no bo camiño.

7. RESULTADOS OBTIDOS

Experiencia motivadora, con profundización na capacidade da xente de asimilar conceptos saudables e poñelos en práctica. Aumentar a relación entre AP e AH. Dinamizar as conferencias co coloquio posterior. Actualización de conceptos ca experiencia persoal do especialista que ven a Outes e exixencia persoal para seguir realizando este evento.

8. RESULTADOS ESPERADOS

Nunca nos imaxinamos a eficiencia das charlas e a continuidade no tempo: levamos 18 temporadas, con 144 conferencias-coloquio. Tanto para os profesionais que acoden a dar as Charlas, como as persoas que veñen a escoitalos, manifestannos o bo facer da experiencia e as aplicacións que teñen estas informacións na vida diaria das persoas. A Calidade de Vida, aumenta en función da información que se ten sobre un problema determinado, que pode facer que a incertidume dunha experiencia traumática por algo que nos este pasando, sexa máis levadeira e con mellor pronóstico.

9. CONCLUSIÓNS

Iniciativa única en Galicia e que saibamos, no estado español. Aprendizaxe e participación cidadá e o poder contar cos especialistas que valoran a experiencia de conxugar Atención Primaria ca Atención Hospitalaria. Mellora na Calidade de Vida das persoas o diminuír a incertidume que provoca unha enfermidade, trauma ou problemática social. Poñer en valor o poder da información e dar un toque de atención ás administracións, de que a solicitude de tempo para atender unha consulta de AP é o máis importante para que as persoas se sintan amparadas por un Sistema Sanitario Público que moitas veces non está a altura do que debería ser unha Sanidade do Primeiro Mundo!.

Capítulo 17. Amputaciones en personas mayores: análisis comparativo (años 2017 y 2022).

Elena Santiago Mosquera¹, María Dolores Dapia Conde¹, José María Faílde Garrido¹, María Elena Mosquera Losada¹.

¹*Universidad de Vigo.*

RESUMEN

El envejecimiento poblacional lleva implícito el aumento de ciertas patologías que se asocian con la edad como las amputaciones. Para poder mejorar la prevención y el tratamiento de estas, es importante conocer el perfil de quienes las padecen. Con este trabajo se pretenden conocer las diferentes tasas de amputaciones en España en 2017 y 2022, su variación, y las diferencias entre las CCAA (Comunidades Autónomas).

Este es un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo. Las variables estudiadas fueron la presencia de amputación, ser mayor o menor de 65 años y la Comunidad Autónoma de la amputación. Se han consultado las bases de datos del Padrón Continuo del INE y la RAE-CMBD del Ministerio de Sanidad Español. Ambas bases son públicas y están anonimizadas.

Los resultados obtenidos fueron: la tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes en mayores de 65 años fue 132,44 en 2017 y 153,76 en 2022, mientras que la de menores de 65 años fue 20,42 en 2017 y 25,14 en 2022. Por tanto, en mayores de 65 años no solo se observa una tasa superior, si no que el aumento es más intenso, de 21,31 frente a 4,72.

En ambos años la Comunidad Autónoma con mayor tasa de amputaciones en mayores de 65 años fue Canarias (212,80 en 2017 y 234,13 en 2022) y con menor, Extremadura (105,53 en 2017 y 104,97 en 2022).

Es importante realizar nuevos estudios para conocer mejor el perfil de personas que sufren de amputaciones y poder desarrollar estrategias de prevención. Para futuras trabajos sería interesante incluir como variable el tipo de amputación, para poder focalizar mejor dichas estrategias.

En conclusión, se ha observado que la tasa de amputaciones está incrementando con especial impacto en las personas mayores. Canarias fue la Comunidad Autónoma con mayor tasa de amputaciones en ambos años mientras que Extremadura la que ha presentado menor tasa.

Palabras clave: xornadas, sociosanitaria, atención primaria.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una realidad a nivel global. En nuestro país, España, tiene un impacto especial y se prevé que se intensifique en el futuro. La ONU (Organización de Naciones Unidas) pronostica que, en 2050, España estará en el top tres de países con mayor proporción de personas mayores del mundo (World Economic Forum, 2020).

Este envejecimiento poblacional implica un incremento en el número de patologías relacionadas con la vejez, entre las que se encuentran las amputaciones, que tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas que las sufren, así como en la de sus allegados (World Health Organization, 2018). Las amputaciones son procesos que implican pérdida de una parte del cuerpo, este trabajo se centra en las amputaciones tanto de miembros superiores como de miembros inferiores. Se espera que dichas amputaciones sean cada vez más frecuentes y complejas (Talaya et al., 2022). De hecho, en la actualidad, España ya es el segundo país, tras Estados Unidos, con mayor incidencia de amputaciones de miembros inferiores (Sociedad española de medicina interna [SEMI], 2018).

Uno de los motivos de la alta incidencia en nuestro país es que la principal causa de amputación en España en personas mayores es la vasculopatía periférica secundaria a la diabetes mellitus (Sousa, 2021). En España el porcentaje de personas diabéticas es superior a la media del resto de Europa. Mientras que en la última década la media europea ha sido del 7,5%, en España ha sido del 8,1%. Los resultados son aún más alarmantes si comparamos las prevalencias en personas de 65 o más años, siendo el promedio europeo de 18,4% y el español de 21,3% (Eurostat, 2024).

Dado que somos el segundo país del mundo con mayor tasa de amputaciones (Fundación para la Salud Novo Nordisk, 2014), es importante estudiar cómo prevenir esta patología, en la que la diabetes mellitus juega un papel importante. Prevenir las amputaciones resulta interesante no solo porque su progresión tenga una implicación estética, sino también porque afecta a la funcionalidad, independencia y autonomía de la persona que la sufre y, por tanto, a su calidad de vida.

Para hacer efectiva la prevención resulta fundamental comprender el problema y poder conocer los perfiles más vulnerables ante la posibilidad de una amputación, para ello es importante estudiar la prevalencia e incidencia de las amputaciones. Sin embargo, actualmente no existen muchos trabajos, a nivel nacional ni internacional. Con este estudio se pretende dar a conocer los datos actuales y que estos sirvan como base de futuras investigaciones para poder reducir las tasas de amputaciones, mejorando así la calidad de vida de estas personas.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia diferencial de amputaciones España en población de menores y mayores de 65 años, determinando la tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes en los años 2017 y 2022. Complementariamente, se pretende calcular la prevalencia de amputaciones por comunidad autónoma indicando las variaciones entre años de estudio y grupos etarios.

2. METODOLOGÍA

Este estudio es de naturaleza cuantitativa, observacional y descriptiva. En él se trabajó con la población de residentes en España en los años 2017 (46.572.132 habitantes) y 2022 (47.475.420 habitantes).

Para la obtención de la información necesaria para la realización de este trabajo se consultaron las bases de datos del Padrón Continuo del INE (para los datos poblacionales) y RAE-CMBD del Ministerio de Sanidad Español (para los datos relacionados con las amputaciones).

Las variables estudiadas fueron la presencia de amputación, ser mayor o menor de 65 años y la Comunidad Autónoma en la que se realizó la amputación.

Para la descripción de los datos obtenidos, se calcularon las tasas por cada 100.000 habitantes. Además, para calcular las variaciones en el tiempo, se restaron las tasas calculadas para ambos años.

3. RESULTADOS

La tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes en personas mayores de 65 años en 2017 fue de 132,44, frente a la de menores de 65 años que fue de 20,42. En el año 2022, ocurre algo similar, la tasa en mayores de 65 años también es casi seis veces superior a la de personas más jóvenes, de 153,76 frente a 25,14. Por lo que, la variación en la tasa de amputaciones, aunque crece en ambos grupos poblacionales, lo hace de forma más intensa en el grupo de mayores de 65 años siendo de 21,31 frente a 4,72, lo que implica una variación entre estos dos años casi cinco veces mayor en el grupo poblacional de de personas mayores, como puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1

Tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes

2017			2022			Variación		
Total	> 65 años	< 65 años	Total	> 65 años	< 65 años	Total	> 65 años	< 65 años
41,51	132,44	20,42	50,82	153,76	25,14	9,31	21,31	4,72

Tanto en 2017 como en 2022 la Comunidad Autónoma con mayor tasa de amputaciones en personas mayores de 65 años fue Canarias (212,80 en 2017 y 234,13 en 2022), seguida de Cantabria (205,38 en 2017 y 205,09 en 2022). Por el contrario, la Comunidad Autónoma con menor tasa de amputaciones fue Extremadura en ambos años (105,53 en 2017 y 104,97 en 2022), seguida de Madrid en 2017 (110,17) y de Navarra en 2022 (108,46), como puede observarse en Tabla 2, Figura 1 y Figura 2.

En cuanto a la variación de tasa de amputados, entre los mayores de 65 años, en los dos años estudiados, se detecta que la tasa de amputaciones aumentó en la mayoría de las CCAA. Aunque existe una gran variabilidad entre las mismas, ya que su rango se encuentra entre -30 y 70 amputaciones por cada 100.000 habitantes, como se puede apreciar en Tabla 2 y Figura 3.

Tabla 2
Tasa de amputaciones por CCAA por cada 100.000 habitantes

	2017		2022		Variación	
	> 65 años	< 65 años	> 65 años	< 65 años	> 65 años	< 65 años
Canarias	212,80	27,73	234,13	29,75	+ 21,33	+ 2,03
Cantabria	205,38	27,94	205,09	35,75	-0,29	+ 7,81
Asturias	162,48	26,47	160,89	25,14	-1,59	-1,32
Murcia	143,37	16,86	137,74	20,93	-5,63	+ 4,08
País Vasco	143,03	23,17	147,51	25,24	+ 4,47	+ 2,08
Andalucía	139,51	19,03	157,89	25,12	+ 18,38	+ 6,09
Navarra	138,14	18,70	108,46	18,70	-29,68	0,00
La Rioja	133,46	17,14	198,98	64,53	+ 65,52	+ 47,40
C. y León	131,27	21,47	137,92	23,54	+ 6,65	+ 2,06
Cataluña	129,71	17,31	197,76	30,70	+ 68,05	+ 13,38
Aragón	124,84	22,27	135,18	26,03	+ 10,35	+ 3,76
Valencia	123,34	22,29	127,97	24,76	+ 4,63	+ 2,46
C. La Mancha	120,36	15,98	116,05	14,42	-4,31	-1,57
Galicia	118,78	25,56	183,17	36,32	+ 64,39	+ 10,76
Illes Balears	116,30	17,14	124,81	12,29	+ 8,51	-4,85
Madrid	110,17	20,72	114,70	20,93	+ 4,53	+ 0,21
Extremadura	105,53	16,71	104,97	18,96	-0,55	+ 2,25
TOTAL	132,45	20,42	153,76	25,14	+ 21,31	+ 4,72



Figura 1 Tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes en personas mayores de 65 años por CCAA en 2017



Figura 2 Tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes en personas mayores de 65 años por CCAA en 2022

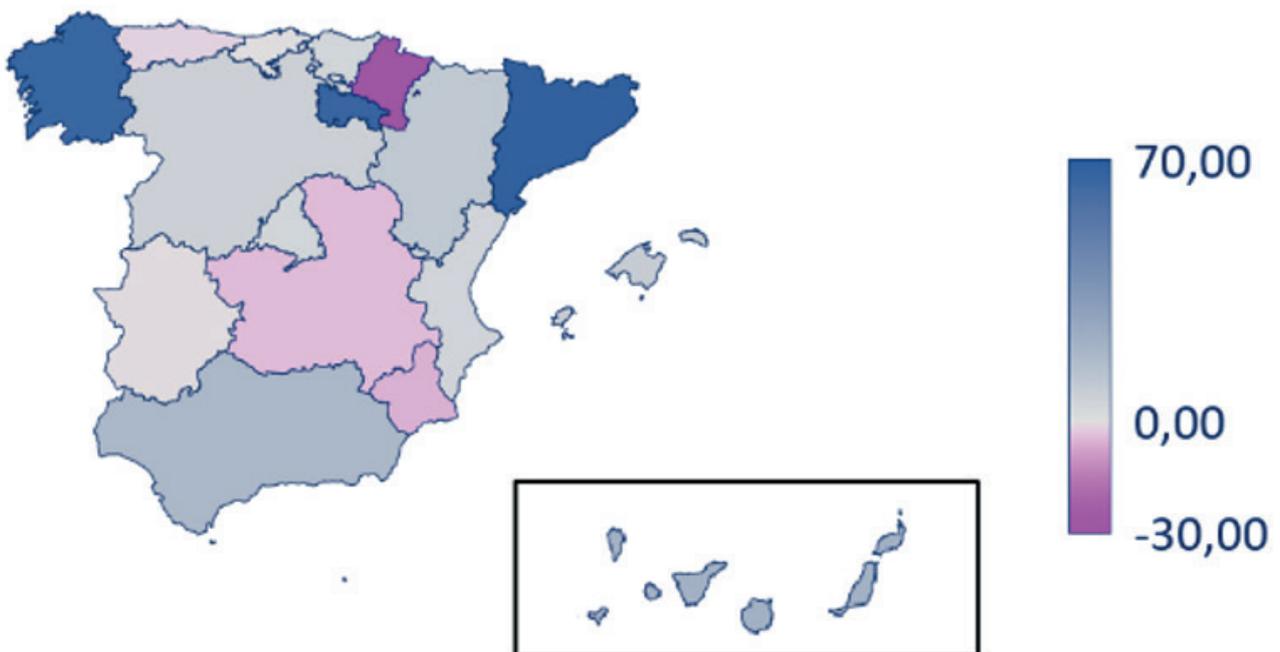


Figura 3 Variación en la tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes entre los años 2017 y 2022

La Comunidad Autónoma con mayor incremento de 2017 a 2022, entre los mayores de 65 años fue Cataluña (+68,05), seguida de La Rioja (+65,52) y de Galicia (+64,39), mientras que la que tuvo el mayor descenso fue Navarra (-29,68), seguida de Murcia (-5,63) y de Castilla-La Mancha (-4,31), como se puede ver en Tabla 2 y Figura 3.

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican un aumento significativo en la tasa de amputaciones entre los mayores de 65 años, en comparación con los menores de 65 años. Este aumento puede ser explicado por las altas tasas de diabetes mellitus en España entre los mayores, que es la principal causa de amputación en personas mayores (Talaya et al., 2022; SEMI, 2018).

En cuanto a las diferencias entre CCAA, mientras que las tasas más altas de amputaciones se observaron en Canarias, Extremadura presentó las tasas más bajas. Es importante estudiar cuáles son los factores que nos llevan a estas diferencias, incluyendo variaciones en los modelos de asistencia sanitaria, insistiendo sobre todo en las diferencias en el manejo y control de la diabetes mellitus.

Sin embargo, es importante destacar que existen CCAA en las que ha habido un descenso, destacando sobre todo la situación en Navarra, la cual, además de ser una de la CCAA con menor tasa de amputaciones, ha presentado una disminución de 29,68 amputaciones por 100.000 habitantes. Esto resalta la importancia de estudiar las diferencias en el abordaje de estas patologías entre esta comunidad y el resto para poder conocer las circunstancias que producen estas diferencias no solo en las tasas de amputados sino también en su variación en tiempo. Centrándonos, sobre todo, en los modelos de asistencia y los tipos de amputaciones más frecuentes en cada Comunidad Autónoma.

Asimismo, es importante estudiar cuál es el perfil de personas más vulnerables para poder realizar una prevención dirigida a aquellas con un mayor riesgo de mala evolución. Dado que conocemos que la principal causa de amputación en mayores de 65 años es la vasculopatía periférica secundaria a la diabetes mellitus (Sousa, 2021) y que las personas mayores presentan una mayor tasa de diabetes por cada 100.000 habitantes, concretamente de 13,08, frente a 2,27 en menores de 65 años. Esto apunta a que, para prevenir las amputaciones, deberíamos emplear nuestros recursos en controlar y frenar los efectos de la diabetes mellitus. Existen numerosos estudios que evalúan positivamente la educación poblacional en relación con el pie diabético como método preventivo de la complicación de esta, que en múltiples ocasiones acaba en amputación (Dorresteijn, 2014).

Por otro lado, la principal limitación de este estudio es que no se ha tenido en cuenta el tipo de amputación. De tal manera que se han contabilizado todo tipo de amputaciones, las cuales pueden significar desde la amputación de una falange hasta la amputación de un miembro completo, con las diferentes implicaciones que tienen. Es por ello, que resulta interesante tener en cuenta esta variable para futuras investigaciones. Por otra parte, otro punto débil de este estudio es que solo se han considerado dos puntos de estudio (2017 y 2022), por lo que tal vez esto limite las posibles conclusiones, sobre todo, si tenemos en cuenta que en medio de este período se produjo el efecto de la pandemia por coronavirus, lo que pudo provocar alteraciones en los procesos de seguimiento y tratamiento de pacientes con riesgo de amputación. No obstante, pese a las limitaciones del estudio, se espera que este sirva de base para futuras investigaciones que desarrollen estrategias de prevención y disminuir así el número de amputaciones.

5. CONCLUSIONES

Entre los años 2017 y 2022, se observó un incremento en la tasa de amputaciones por cada 100.000 habitantes entre mayores de 65 años en España de 21,31, mientras que en los de menor edad solo fue de 2,3. Estas diferencias pueden ser explicadas en base a que en nuestro país la principal causa de amputación es la diabetes mellitus tipo 2 llegando a relacionarse con 60% de las amputaciones (Sousa, 2021). Esta patología es más frecuente entre las personas mayores (NIA, 2019), lo que advierte de la importancia de la prevención en estos pacientes. Estos hallazgos corroboran lo expuesto tanto por Talaya et al. (2022) como por la SEMI (2018).

Canarias fue la Comunidad Autónoma con mayor tasa de amputaciones en personas mayores de 65 años tanto en 2017 como en 2022, mientras que la que ha presentado en ambos años menor tasa ha sido Extremadura. Lo que invita a continuar investigando para comprender cuales son los factores que provocan las diferencias tanto en las tasas de amputados como su variación en tiempo. Estudiando tanto modelos de asistencia, como tipos de amputaciones más predominantes en cada una de ellas.

Referencias bibliográficas

- Dorresteijn, JAN, Kriegsman, DMW, Assendelft, WJJ y Valk, GD (2014). *Educación del paciente para la prevención de la úlcera del pie diabético*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001488.pub5>
- Eurostat. *Self-reported prevalence of diabetes by sex, age and educational attainment level* [Internet]. Eurostat; 2024. Recuperado de: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_cd1b/default/table?lang=en.
- Fundación para la Salud Novo Nordisk. (2014, 20 de abril). *España, segundo país en número de amputaciones por diabetes tipo 2*. Fundación para la Salud. <https://www.fundacionparalasalud.org/general/noticia/11240/espasa-segundo-pais-en-numero-de-amputaciones-por-diabetes-tipo-2noticia>
- National Institute on Aging (NIA). (2019). *La diabetes en las personas mayores*. National Institutes of Health. <https://www.nia.nih.gov/espanol/diabetes/diabetes-personas-mayores>
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). (2018). *España es el segundo país del mundo, por detrás de EEUU, con más amputaciones de miembros inferiores por la diabetes tipo 2*. (n.d.). Recuperado de: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/espasa-es-el-segundo-pais-del-mundo-por-detras-de-eeuu-con-mas-amputaciones>
- Sousa, RDS. (2021). *Estudio de las amputaciones de miembros inferiores secundarios a la diabetes mellitus en España*. [Trabajo Final de Máster, Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23669>
- Talaya, E., Tarraga, M., Madrona, F., Romero, J.M., y Tarraga P.J. (2022). Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. *Journal of Negative and No Positive Results*, 7(2), 235-265. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2022000200005
- World Economic Forum. (2020, February 27). *The world's population is aging, so is this how we look after our elderly?* World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/02/ageing-global-population/>
- World Health Organization. (2018, 5 de febrero). *Ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Capítulo 18. “Poñendo as gafas grises”. Abordaxe do idadismo a través dun mural “pop art” en Ategal Santiago.

Soraya María Redondo¹, Taboada, Delio Sánchez Lojo¹, María José Fares Varela¹.

¹*Ategal Santiago.*

1. INTRODUCCIÓN

A discriminación por motivos de idade pode ser, actualmente, máis xeneralizada que o sexismo ou o racismo. O idadismo prexudícanos individual e colectivamente, afectando á saúde e ao benestar. Para combatelo, é necesaria unha acción colectiva para concienciar sobre o problema e buscar solucións. A dotación de coñecemento que permita impulsar procesos para acadar unha sociedade máis xusta e igualitaria permitirá, á súa vez, recoñecer a loita contra o idade como un dos elementos a ter en conta nos coidados e na atención que se vai ofrecer aos cidadáns/pacientes e que vai a contribuír a mellorar a calidade de vida das persoas e polo tanto dos servizos ás persoas. É un problema xeralizado, silencioso, invisible e normalizado. Igual que a soidade, o idadismo perxudica a saúde. Coñecer as distintas formas de discriminación axúdanos a cambiar a realidade de non integración na que aínda vivimos co fin de contribuír a unha sociedade para todas e todos.

Palabras clave: idadismo, aulas maiores, estereotipos.

2. CONTEXTO E NECESIDADES

Adoptar un compromiso como profesional para reducir o idadismo nas persoas maiores e en toda a poboación en xeral é un fin en Ategal. A realidade é que ás veces é difícil identificar unha situación de discriminación por idade, porque son tan absolutamente cotiás que non poden ser considerada discriminación, precisamente porque temos unha imaxe social que xustifica, baixo unha aparencia de atención e coidado, o que en realidade é a discriminación, non podemos esquecer que as persoas maiores de hoxe son un grupo social heteroxéneo, son persoas diversas e moi plurais, porén, loitan contra a imaxe social único que todos son iguais. Hoxe en día as mulleres e homes representen a imaxe estereotipada que temos da súa idade (aínda que todos coñecemos algunhas excepcións). Consideramos vital: potenciar o papel dos profesionais de Ategal e ás propias persoas da entidade, como axentes de cambio fronte ao idadismo e que fomenten o respecto, a visibilidade, a diversidade, a realidade e a importancia das persoas nas súas diferentes etapas vitais. Ategal forma parte do movemento #Stopidadismo que loita contra esta discriminación, xa dende os inicios deste. Coma entidade, detectouse que aínda que as profesionais están concienciadas co idadismo, as persoas maiores non tanto e o

teñen moi “asumido”. Polo tanto, observouse a necesidade de iniciar accións encamiñadas á súa detección e erradicación. En Ategal, apostamos por fomentar a sensibilización fronte a calquera tipo de discriminación da cidadanía e colectivos e, en particular, das persoas maiores que acoden ás nosas aulas. Empoderar ás persoas maiores de 65 anos é necesario se queremos seguir avanzando como sociedade.

3. DESCRICIÓN DA EXPERIENCIA

Do compromiso de Ategal para visibilizar os efectos que estes estereotipos xeran nas persoas nace “Poñendo as gafas grises”. Esta iniciativa artículase a través de dous obxectivos: 1. Sensibilizar a través de obradoiros sobre idadismo e o seu impacto nas diferentes xeracións e 2. Diseñar e desenvolver accións empoderadoras, neste caso un “mural pop art” sobre microidadismos e outras posibles solucións respectuosas coa idade e as persoas. Seguiuse unha metodoloxía baseada no modelo de acción participativa (Ander Egg) e entendendo a comunidade como recurso (Marco Marchioni), ademais creouse un grupo motor (stakeholders). Para facer operativa a intervención, as persoas participantes asistiron a unha formación específica sobre idadismo; articulouse un chat de comunicación áxil, como ferramenta tic cooperativa e ecolóxica; e dirixidos polo profesorado de Arte, iniciouse o deseño e posterior desenvolvemento do mural pop art. Elaboráronse 8 imaxes que compoñen o mural e xeraron ademais novos produtos co fin de ampliar a área de influencia de Ategal e maximizar a visibilidade da entidade. Ademais, creáronse “tote bags” a partir das 8 imaxes, procurándose a súa exposición fóra de Ategal a través das sinerxias comunitarias de proximidade (artista e comercio local) que promoverán a reciclaxe de tote bags coas imaxes obtidas. “Poñendo as gafas grises”. Abordaxe do idadismo a través dun mural pop art en Ategal Santiago. Na avaliación da experiencia destacar que Ategal co desenvolvemento desta proposta ten posta a semente “dunha sociedade para todos/as” que entenda a vellez coma etapa de desenvolvemento persoal.

4. RESULTADOS

Un 71,4% afirmaron non coñecer o significado de “idadismo” antes desta experiencia e que afecta máis ás persoas maiores que á xuventude. Un 57,1% di terse sentido discriminado/a nalgún momento pola idade e un 50% dixo que sobre todo nas entidades bancarias. O feito de participar, axudoulles a ser máis conscientes das diferentes etapas da vida. Un 42,9% propoñen continuar con novas accións de carácter interxeracional coma antídoto. Na enquisa realizada polas participantes podemos afirmar que “seguen a compartir información referida ao idadismo”; atribúense cambios neles, “puxeron as gafas grises”; séntense moi orgullosos/as de cumprir anos, cunha mirada respectuosa ás outras xeracións máis novas. Finalmente, respecto aos resultados esperados, sinalar que seguírase a desenvolver o plan de sustentabilidade da experiencia a través de propostas que proveñan das persoas maiores como axentes de cambio e protagonistas da acción colectiva. As persoas maiores son o futuro, a vellez é un privilexio que non se lle concede a todo o mundo.



Ilustración 1. Imaxes das Tote bags Ategal

Referencias bibliográficas

Celdrán, M. (2023). Glosario sobre *edadismo*. Fundación "la Caixa". La Palma.

De la fuente, V. (2021). *1º Informe mundial sobre edadismo*. Organización Panamericana de la Salud.

Freixas, A. (2021). *Yo vieja*. Capitán Swing.

Ortega, I. *La revolución de las canas*. Gestión 2000.

Pinazo, S. y Kaplan, M. (2007). Los beneficios de los Programas Intergeneracionales. en M. Sánchez, (coor.), *Los Programas Intergeneracionales, Hacia una Sociedad para todas las Edades*. La Caixa. Colección Estudios Sociales, 70-101.

Prieto Sancho, D., Herranz Andújar, D. & Rodríguez Rodríguez, P. (2015). *Envejecer sin ser mayor. Nuevos roles en la participación social en la edad de jubilación*. Colección Estudios de la Fundación Pilares nº2.

Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez. Los grandes retos sociales y emocionales de la madurez*. Ediciones Destino. Colección Imago Mundi, vol.34.

Webgrafía

Ategal. (sf). Ategal. www.ategal.com

Afundación. (sf). <https://www.afundacion.org/es/envejecimiento>

Revista QMayor. (sf). <https://www.qmayor.com>

Capítulo 19. Perfil sociodemográfico del cuidador informal, de personas mayores dependientes, que padecen depresión.

Rocío Alba Álvarez Bautista¹, Anabel Fernández Rial², Javier Pérez Martín¹, María Elena Mosquera Losada¹.

¹*Escuela Universitaria de Enfermería Povisa (Adscrita a la Universidad de Vigo).*

²*Complejo Hospitalario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.*

RESUMEN

Debido al envejecimiento poblacional cada vez hay más cuidadores informales. A causa del impacto que supone adecuarse a las necesidades actuales y futuras de la persona mayor dependiente, provoca efectos negativos en el cuidador en todas sus esferas (física, mental y social). A nivel mental, destaca la aparición de depresión.

Los objetivos establecidos para la presente investigación fueron, por un lado, determinar el perfil sociodemográfico del cuidador informal con depresión, y por otro, identificar la prevalencia de cuidadores informales con depresión.

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional y de corte trasversal que analiza la presencia de depresión en los cuidadores informales. Los datos se extrajeron de la Encuesta Europea de Salud del 2020 realizada por el INE que es representativa a nivel nacional y por CCAA. La variable principal estudiada es la presencia de depresión en el último año. Las variables secundarias analizadas fueron: sexo, edad, estado civil, nivel académico, el trabajo, el parentesco con el cuidador, la CCAA de residencia y el apoyo social percibido.

En cuanto a los resultados obtenidos, la muestra de cuidadores informales n=2276, manifestaban depresión 200 (8,8%), de los cuales eran mujeres 148 (10,5%), los separados con depresión 12 (16,2%), cuidadores iletrados con depresión 20 (18,3%), cuidadores que compaginaban cuidar y trabajar con depresión 146 (12,6%), aquellos cuidadores con dificultad para pedir ayuda 29 (13,6%), o que se sienten solos 5 (20,8%).

Las conclusiones alcanzadas fueron que el perfil sociodemográfico del cuidador informal con mayor tasa de depresión en el último año es el de una mujer de 59 años, separada o divorciada, sin estudios o con primaria incompleta, que trabaja, y carece de apoyo social. Además, se identificó que 1 de cada 12 cuidadores informales padecen depresión en el último año.

Palabras clave: depresión, cuidador informal, perfil.

1. INTRODUCCIÓN

Un cuidador es aquel individuo que ayuda y asiste a una o varias personas dependientes unas horas al día o a la semana, con un contrato estipulado. Mientras que un cuidador informal hace eso y más, sin recibir ninguna contraprestación a cambio. Son cuidadores las 24h del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. El cuidador informal es un familiar o amigo del dependiente que convive o vive cerca de este para suplir todas sus necesidades. Las funciones que desempeña abarcan desde las necesidades personales hasta las tareas domésticas y de mantenimiento del hogar, sin olvidar la parte de acompañamiento y apoyo emocional. Todo ello provoca, en numerosas ocasiones, una sobrecarga en el cuidador debido tanto a las dificultades que se le presentan a la hora de prestar los cuidados como la imposibilidad de compaginar esta labor con su vida laboral, social y/o familiar (Domínguez et al., 2012; National Cancer Institute from the National Institutes of Health [NCI-NIH], 2024; Vitaliano et al., 2003).

Esta sobrecarga provoca que los cuidadores informales tengan mayores riesgos de salud, aumentando la prevalencia de enfermedades tanto físicas como mentales. Dentro de la esfera mental, la depresión es uno de los trastornos más frecuentes. Según la OMS, en el 2019, 280 millones de personas tuvieron depresión, o lo que es lo mismo, el 3,8% de la población general la padecía. La depresión en el caso de los cuidadores informales tiene tasas más altas, entre un 22% y 65% (Domínguez et al., 2012; León-Campos et al., 2018; OMS, 2023a; Vitaliano et al., 2003).

Esta enfermedad tiene un importante impacto en la vida de quien la padece, no solo actúa a nivel anímico haciendo que la persona experimente tristeza, irritabilidad o sensación de vacío de forma persistente, sino que provoca que aquellas actividades que eran placenteras dejen de serlo y se vuelvan pesadas y monótonas. Factores que ocasionan dificultad para desempeñarse en la vida cotidiana, laboral y personal (OMS, 2023a).

El abordaje de la salud mental en general, y de la depresión en particular, es una asignatura pendiente en los sistemas de salud. El tratamiento psicológico es clave desde la detección de la depresión ya que dota al individuo de las herramientas necesarias para hacer frente y adaptarse a la situación que vive, como por ejemplo aprender a delegar responsabilidades a otros miembros de la familia o amigos para desconectar y descansar (OMS, 2023a). Sin embargo, en nuestro país las listas de espera para recibir tratamiento psicológico se sitúan entre 1 y 3 meses. (Colegio oficial de psicólogos de la comunidad valenciana, 2024; Consejos económico y social de España, 2024).

Cada vez hay más cuidadores informales para hacer frente al incremento de personas dependientes debido al envejecimiento poblacional. Este fenómeno está presente a nivel mundial, teniendo en España un especial impacto (Domínguez et al., 2012; Hernández Gómez et al., 2019; Oliva et al., 2014).

Por todo lo expuesto, es pertinente y necesario investigar sobre la depresión en personas cuidadoras. Ya que son un grupo que no para de crecer y que por su labor y situación tienen mayores riesgos de salud, sobre todo en lo que se refiere a la depresión. Conocer el perfil susceptible de padecer depresión entre estas personas ayudará a fomentar actividades e intervenciones dirigidas a su cuidado y prevención.

Objetivos:

- Determinar el perfil sociodemográfico del cuidador informal con depresión.
- Identificar la prevalencia de cuidadores informales con depresión.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo es de naturaleza cuantitativa, de tipo observacional, descriptivo y correlacional y de corte transversal. La población estudiada son los cuidadores informales mayores de 15 años que residen en España en el año 2020. La muestra de cuidadores informales (n=2276) fue extraída de la Encuesta Europea de Salud (EESA) del 2020, que es representativa a nivel nacional y por CCAA. La encuesta es realizada por el INE a través de entrevistas personales y telefónicas asistidas por ordenador. Los resultados obtenidos se plasman en 450 variables, que es lo que abarca la EESA. Estos datos se ponen a disposición del público de forma anonimizada en la página web del INE. Plataforma que permite la descarga de forma gratuita en formato Excel. Tras una selección y depuración previa de las variables de interés, las variables estudiadas se agruparon de la siguiente forma:

- Como variable principal: presencia de depresión en el último año.
- Como variables secundarias se dividieron en 2 grupos:
 - Variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel académico, si está trabajando actualmente, parentesco con el cuidador, CCAA de residencia).
 - Variables relacionadas con el apoyo social percibido.

Para el análisis de datos se empleó el programa informático Jasp. La mayoría de las variables elegidas eran cualitativas, la única variable cuantitativa fue la de la edad. Por lo tanto, para poder describir estas variables se manejó el valor absoluto y relativo, y en el caso de la edad que no tenía distribución normal, la mediana y el rango intercuartílico. Sus correlaciones fueron por medio de las pruebas de Chi² y U de Mann Whitney. Estableciendo un nivel de confianza del 95%.

3. RESULTADOS

Tras el análisis de los datos, se obtuvo que la tasa de depresión en cuidadores informales en el último año es del 8,8% (Tabla 1).

En cuanto a las variables sociodemográficas seleccionadas (Tabla 2), se aprecia que los cuidadores informales son mayoritariamente mujeres, ya que estas suponen casi el doble que los hombres. Por otra parte, también se ha detectado que son estas las que tienen mayores tasas de depresión 10,5%, frente al 6% de los hombres, diferencia que es estadísticamente significativa.

Tabla 1
Prevalencia depresión en cuidadores informales

		n	%
Cuidadores informales con depresión	Sí	200	8,8
	No	2076	91,2
	Total	2276	100

Tabla 2
Variables sociodemográficas

n=2276		Sí		No		Total		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Hombre	52	6,0	812	94,0	864	100	p=0.001*
	Mujer	148	10,5	1264	89,5	1412	100	
Edad	Md (RIQ)	59(14)		55(16)		55(17)		p<0.001**
Estado civil	Separado	12	16,2	62	93,8	74	100	p<0.001*
	Viudo	15	15	85	85	100	100	
	Divorciado	22	13,6	140	86,4	162	100	
	Soltero	48	8,5	518	91,5	566	100	
	Casado	103	7,5	1267	92,5	1370	100	
Estudios	Iletrado o primaria incompleta	20	18,3	89	81,7	109	100	p<0.001*
	Primaria	39	12,3	278	87,7	317	100	
	Secundaria	115	8,4	1248	91,6	1363	100	
	Universitarios	26	5,3	461	94,7	487	100	
Trabajo	Sí	146	12,6	1016	87,4	1162	100	p<0.001*
	No	54	4,8	1060	95,2	1114	100	
Parentesco cuidador	Familia	191	8,7	1997	91,3	2188	100	p=0.627*
	Otros	9	10,2	79	89,8	88	100	

Md: Mediana; RIQ: Rango intercuartílico; *Chi2; **Prueba U Mann-Whitney.

A lo que se refiere a la edad, se obtuvo que en el 2020 la mitad de los cuidadores tenían 55 años o más. Sin embargo, este dato aumentaba a 59 años entre aquellos que tenían depresión. Se detecta una relación estadísticamente significativa entre la edad y ser un cuidador con depresión, de tal forma que a mayor edad mayor presencia de depresión.

La mayoría de los cuidadores están casados, pero son los separados (16,2%), seguidos de los divorciados (15,7%) los que tienen mayor prevalencia de depresión.

En cuanto al nivel académico, la mayor parte de la población entrevistada poseía estudios superiores: educación secundaria (1363 personas) y universitaria (487 personas). Pero fueron los iletrados o con estudios primarios incompletos los que manifiestan mayor diagnóstico de depresión (18,3%).

Tabla 3
Depresión en cuidadores informales según la CCAA de residencia

n=2223	CCAA	Sí		No		Total	
		n	%	n	%	n	%
	Baleares	4	16,7	20	83,3	24	100
	País Vasco	19	15,3	105	84,7	124	100
	Canarias	15	14,6	88	85,4	103	100
	Aragón	13	14,0	80	86,0	93	100
	Castilla – La Mancha	11	13,3	72	86,7	83	100
	Asturias	16	12,0	117	88,0	133	100
	Cantabria	8	11,3	63	88,7	71	100
	Murcia	14	8,8	145	91,2	159	100
	Extremadura	4	8,7	42	91,3	46	100
	Navarra	8	8,7	84	91,3	92	100
	Cataluña	15	8,0	173	92,0	188	100
	Rioja, La	7	6,9	95	93,1	102	100
	Galicia	11	6,8	150	93,2	161	100
	Valencia	17	6,7	238	93,3	255	100
	Andalucía	17	6,3	251	93,7	268	100
	Castilla y León	6	5,9	95	94,1	101	100
	Madrid	12	5,5	208	94,5	220	100

En la variable de actividad laboral, La mitad de los cuidadores informales compaginan sus cuidados con otro trabajo remunerado. Estos cuidadores tienen más del doble de prevalencia de depresión que aquellos que no trabajan (12,6% frente a 4,8%).

Con respecto a la CCAA de residencia, hay una gran variabilidad de resultados (Tabla 3). La CCAA con mayor prevalencia de depresión es Baleares (16,7%) con más del triple de prevalencia que la que menor tasa tiene, Madrid (5,5%). Entre las CCAA con mayores tasas de depresión se encuentra Baleares, País Vasco y Canarias. Y en contraposición: Andalucía, Castilla y León y Madrid.

En cuanto a las variables de apoyo social (Tabla 4), hay una mayor prevalencia de depresión en aquellos que refieren dificultad para contar con ayuda entre sus vecinos y los que perciben menor grado de interés hacia su persona por parte de los demás. Teniendo ambas variables una relación estadísticamente significativa con tener o no depresión.

Tabla 4
Depresión en cuidadores informales según variables de apoyo social

n=2276		Sí		No		Total	
		n	%	n	%	n	%
Le resulta fácil contar con vecinos que le ayuden n=2235	Fácil	169	8,4	1852	91,6	2021	100
	Difícil	29	13,6	185	86,4	214	100
Se interesan otras personas por usted	Mucho	163	8,4	1785	91,6	1948	100
	Algo	32	10,5	272	89,5	304	100
	Nada	5	20,8	19	79,2	24	100

4. DISCUSIÓN

La tasa de depresión en cuidadores informales en el 2020 fue de un 8,8%. Porcentaje inferior a la bibliografía consultada donde las tasas oscilaban entre un 22% y 65%. Diferencia que puede ser debida a la metodología empleada para determinar la presencia de depresión, y por las características de los cuidadores informales estudiados (León-Campos et al., 2018; Vitaliano et al., 2003). Lo que si coincide con la bibliografía consultada es que existe una tasa mayor de depresión que en la población general, de hecho, es el doble del registrado para la población general por el Ministerio de sanidad español (2020) que era del 4,1%, y por la OMS (2023a) de un 3,8%.

En cuanto a la distribución según el sexo, se encontró que la mayor parte de cuidadores informales eran mujeres (62%), como se aprecia en otros estudios (León-Campos et al., 2018; Oliva et al., 2011). Y a su vez, la tasa de depresión es también más alta en las mujeres (10,5%). Existiendo una diferencia de más el 40% entre la tasa de depresión femenina y la masculina. Este hecho se encuentra en la bibliografía consultada y puede ser explicado entre otros aspectos por las diferencias culturales por roles de género (Clínica Mayo, 2019; OMS, 2023a). Es una línea de investigación interesante que debe ser estudiada más en profundidad.

La mitad de los cuidadores informales en España en el 2020 tenían 55 años o más, mientras que los que se les diagnosticaba depresión, su mediana de edad sube a los 59 años. Esta mayor edad en cuidadores con depresión también se encuentra en la bibliografía consultada (Pinquart & Sörensen, 2003; Schulz & Sherwood, 2008).

A nivel académico, la mayoría de los cuidadores informales tenían completa la educación secundaria obligatoria (ESO). En cuanto a su relación con la presencia de depresión, se observa que a menor formación mayor frecuencia de esta patología. Hecho que también aparece en la bibliografía consultada (De la Cruz-Sánchez et al., 2013; Segura Cardona et al., 2015).

En este estudio 13 de cada 100 cuidadores informales que trabajan tienen depresión, lo que es más del doble de aquellos que no lo hacen (13% frente al 5%). La diferencia apreciada en los cuidadores que trabajan se podría explicar por la sobrecarga física y mental de compaginar su vida laboral y personal con el cuidado. Es importante valorar esta sobrecarga para ayudar al cuidador a desarrollarse en la sociedad de una forma estable y sana.

Al explorar las CCAA peninsulares de residencia, se observa que las que se sitúa en el norte son las que presentan mayores tasas de depresión en los cuidadores informales que las de la zona sur. Además, con respecto a las CCAA insulares, Baleares y Canarias están entre los 3 primeros puestos por tasa de depresión. Hechos que debieran ser estudiado en profundidad.

En las dos variables estudiadas sobre apoyo social, se ha detectado que en aquellos cuidadores que manifiestan dificultad para recibir ayuda y perciben menos interés hacia su persona por los demás, son los que mayor prevalencia de depresión tienen (13,6% y 20,8% en cada caso). Este hecho ya fue reconocido por la OMS (2023b), cuando afirmó que el aislamiento y la soledad son factores clave para el riesgo de padecer entre otras enfermedades, depresión. Por consiguiente, dada la relevancia de la situación y las graves repercusiones que tiene, es fundamental ofrecer de forma integral el apoyo a los cuidadores informales, estudiando individualmente su situación social.

CONCLUSIONES

Contestando a los objetivos establecidos se determina que el perfil sociodemográfico del cuidador informal con mayor tasa de depresión en el 2020, en España, es de una mujer de 59 años, separada o divorciada, sin estudios o primaria incompleta, que trabaja y carece de apoyo social. Además, se identifica que 1 de cada 12 cuidadores informales de personas mayores padecen depresión.

Referencias bibliográficas

- Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana. (2024, 4 de agosto). El 40% de españoles espera entre 1 y 3 meses para tener cita con un especialista en salud mental. <https://www.cop-cv.org/noticia/16840>
- Consejo Económico y Social. (2024). *Informe sobre el tiempo de espera en los servicios de salud en España* (INF_012024). https://www.ces.es/sites/default/files/INF_012024.pdf
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Vizuete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31–40. http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100004
- Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*, 38(1), 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.semERG.2011.05.013>
- Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Blanco Ramos, M. A., Alves Pérez, M. T., Fernández Domínguez, M. J., Souto Ramos, A. I., González Iglesias, M. P., Clavería Fontán, A., & Fernández Domínguez, M. J. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100089
- León-Campos, M. O., Slachevsky Chonchol, A., & Miranda-Castillo, C. (2018). Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia. *Ansiedad y Estrés*. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.04.001>
- Mayo Clinic. (2019). *Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. <https://acortar.link/8nGHsB>
- National Cancer Institute from the National Institutes of Health (NCI-NIH). (2024). *Cuidadores informales de pacientes con cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pdq>
- Oliva, J., Vilaplana, C., & Osuna, R. (2011). El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.005>
- Oliva, J., Peña, L. M., & Vilaplana, C. (2014). Una estimación del valor del cuidado informal provisto a personas dependientes en España. Ponencia presentada en *Evaluation of Public Policies for Sustainable Long-Term Care in Spain*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023a). *Depresión*. <https://acortar.link/8TSsT>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023b). *La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social*. <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing, 108*(9), 23–27. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000336406.45248.4c>
- Segura Cardona, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, Á., & Garzón Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia), 17*(2), 184–194. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(6), 946–972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>

Capítulo 20. OLDLIVESMATTER O CONTRA EL EDADISMO ¿UNA NUEVA PANDEMIA? Educación y encuentros intergeneracionales entre adolescentes y mayores.

Lara Cancio Fernández¹; María Goikoetxea Fonseca¹; Ana Olveira Mariño¹; Alba Portela Álvarez¹; Nerea Rosales Carballo¹; María Giráldez Miranda¹.

¹*Escuela Universitaria de Enfermería Ribera Povisa.*

RESUMEN

Introducción: La OMS ha detectado, en los últimos años, un comportamiento discriminatorio, generado mayoritariamente desde los jóvenes hacia los mayores, que perjudica su salud y bienestar, denominado edadismo, instando a los gobiernos a una actuación inmediata frente a este problema.

Contexto y Necesidades: En España, sin conocer la magnitud real del problema, se estima una prevalencia de edadismo de entre un 1 - 10%, identificando esta situación, como una oportunidad de intervención educativa para Enfermería, dentro de sus competencias en educación para la salud.

Objetivos: Desarrollar /mejorar la sensibilización de la población adolescente sobre el edadismo.

Aumentar la empatía y solidaridad con los mayores.

Reducir los prejuicios sobre la edad.

Optimizar las habilidades en las relaciones interpersonales entre jóvenes y mayores.

Descripción de la Experiencia: Se plantea desarrollar una intervención de Educación para la salud, dirigida a estudiantado de 1º de bachillerato, en el marco de la asignatura "acción social", complementada con un programa de voluntariado con encuentros intergeneracionales con usuarios de un centro de día.

La planificación se desarrolla según la siguiente estructura:

- 1ª sesión: Actividad formativa sobre edadismo.
- 2ª sesión: Encuentro intergeneracional.
- 3ª sesión: Desarrollo de actividades de voluntariado.
- 4ª sesión: Encuentro intergeneracional con valoración conjunta del proyecto.

Evaluación: Porcentaje de calificativos o expresiones positivas, neutras y negativas sobre la vejez, recabados en brainstorming de las sesiones.

Cuestionario CENVE (Cuestionario Estereotipos Negativos hacia la Vejez), previamente a la intervención, tras su finalización y a los 6 meses de esta.

Cuestionario de satisfacción a los participantes.

Resultados esperados: Obtener una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados pre y postintervención, descritos en el punto 1 y 2; o que al menos el 50% del estudiantado mejore su percepción respecto a la vejez. Al menos, un 75% de los participantes estarán satisfechos con el programa.

Palabras clave: edadismo, Educación para la Salud, Aprendizaje Basado en Experiencia, adolescencia, Intervención Social.

1. INTRODUCCIÓN

Distintos organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Ministerio de Sanidad (MISAN) vienen advirtiendo, en los últimos años, sobre una conducta de exclusión hacia las personas mayores: el edadismo. Esto es cualquier actitud despectiva o negativa hacia las personas con motivo de su edad, normalmente por ser esta, avanzada. La OMS (1) publicó, en 2021, un informe mundial sobre el edadismo en el que urge a los países a actuar de manera inmediata, ya que se identificó este fenómeno como una sigilosa pero devastadora desgracia que es necesario subsanar, adoptando enfoques innovadores.

En 2018, un estudio sobre el envejecimiento en la era tecnológica, buscó examinar y describir el tratamiento informativo hacia las personas mayores en algunos medios de comunicación digital de Chile y España (2); los resultados revelaron la presencia de maltrato en ambos países hacia las personas mayores. En él, se propone la participación intergeneracional para evidenciar lo natural, lo bueno y lo positivo de envejecer y se reta a un cambio de paradigma y trato hacia el adulto mayor.

Para reducir el edadismo, siguiendo a Losada (3), se deben buscar cambios en los sistemas que lo perpetúan (medios de comunicación, cultura popular, organismos institucionales, el propio gobierno, etc.). Para ello “se necesitan intervenciones que incluyan el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a reducir el impacto de las ideas y actitudes edadistas insertadas en la sociedad, a través de programas coordinados.” (3)

En el estudio “Edadismo: un reto para la Enfermería”, García Pulido (4) concluye que el profesional de Enfermería puede erradicar los estereotipos a través de diversas estrategias de salud comunitaria, poniendo como ejemplo, entre otros, todas aquellas actividades que promuevan valores y actitudes positivas hacia los adultos mayores.

Mostacero Morcillo y Martínez Martín (5) en “Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable”, destacan que los profesionales de Enfermería pueden tener un papel clave como educadores, reconociendo que el fenómeno conocido como “brecha digital” dificulta la adaptación de los mayores a los avances tecnológicos. Sin embargo, estas herramientas también podrían ayudarles a integrarse, combatir la depresión y la soledad, aumentando su autoestima e independencia, añaden.

Según el artículo “Estrategias para combatir el edadismo” de Lorente Martínez, Brotons Rodes y Sitges Maciá (6), el Modelo PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) es la mejor estrategia para combatir este problema. Este modelo trabaja con intervenciones combinadas (educación sobre el envejecimiento y contacto intergeneracional) y ya ha arrojado resultados muy positivos. Estos fueron evaluados mediante la escala CENVE, comparando los datos de los participantes tras recibir la formación teórica y tras realizar la práctica de contacto intergeneracional. El estudio concluye que “este hallazgo evidencia el potencial de los programas combinados para eliminar estereotipos edadistas en contextos educativos.” (6).

Ante todo lo expuesto, se identifican como factores que reducen el riesgo de incurrir en edadismo tanto las intervenciones educativas como los encuentros intergeneracionales (1).

Contexto y necesidades:

El secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2021, declaró la necesidad de que jóvenes y mayores unan sus fuerzas para construir un mundo mejor para todos, resaltando el poder de las alianzas intergeneracionales (7).

Dado que en el mundo ya hay más de 60 mil millones de personas mayores de 60 años o más, la OMS ha determinado que se necesita emprender una acción mundial sobre el envejecimiento saludable. Para ello, se ha unido a todos los países y partes interesadas en torno a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con el objetivo de garantizar que todas las personas puedan desarrollar su potencial con dignidad e igualdad (8).

Sin concretar cifras, ya que se desconoce su magnitud, las tasas de prevalencia de edadismo en España se estiman entre un 1 y 10%. Siguiendo la línea de la ONU, en 2021, el MISAN (9) reafirmaba su compromiso en la lucha contra el edadismo a través de una campaña que incluía la difusión de pósters e infografías, e informaba sobre los efectos de este fenómeno sobre la sociedad y la salud de las personas mayores:

Produce estrés cardiovascular y muerte prematura.

Los adultos mayores con actitudes negativas hacia el envejecimiento pueden vivir 7,5 años menos que los que tienen actitudes positivas.

Puede conllevar riesgo de autoexclusión.

Limita el acceso de personas de edad al mercado laboral.

Puede provocar estrés y depresión.

2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se llevó a cabo un proyecto de intervención de Educación para la Salud para tratar de visibilizar el edadismo entre una población adolescente (16-17 años), buscando su implicación, dado que es en esta etapa cuando se está acabando de formar la personalidad y se encuentran en pleno desarrollo, los prejuicios.

Inicialmente, como proyecto piloto, este se desarrollará entre estudiantes de 1º de Bachillerato del Colegio Miralba de Vigo, con la colaboración del centro de día “A modiño”.

El objetivo principal es desarrollar o mejorar la sensibilización de una población adolescente sobre el edadismo.

Para ello se busca:

- Reducir los prejuicios sobre la edad.
- Optimizar las habilidades en las relaciones interpersonales entre jóvenes y mayores.
- Aumentar la empatía y la solidaridad con los mayores.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Se solicitó la colaboración previa para el desarrollo del proyecto a la dirección del colegio y al centro de día asociado, planificando las sesiones de intervención, según su disponibilidad de ambas partes.

Previamente al inicio de la primera sesión, se entrega en el centro el cuestionario CENVE para ser cumplimentado por el estudiantado, lo que permitirá conocer el punto de partida y tener una referencia para poder comparar la situación al fin de la intervención.

Los padres serán informados, a través de una circular, de la participación de sus hijos en el proyecto, que será llevado a cabo de septiembre a diciembre, planificando las sesiones del siguiente modo:

SESIÓN 1: ACTIVIDAD FORMATIVA

Los objetivos de esta primera sesión son permitir un acercamiento al término de edadismo, identificar las connotaciones negativas asociadas al envejecimiento y las consecuencias asociadas.

En primer lugar, se realizará una tormenta de ideas (brainstorming) partiendo de una foto de una persona mayor para conocer qué términos asocian los adolescentes con la vejez, los cuáles se irán registrando para su posterior análisis. En función de las ideas que surjan, se iniciará un coloquio/debate de carácter informal con el alumnado (1 hora aproximadamente).

Aprovechando el día Internacional de las Personas Mayores (1 de octubre), se le proporcionará al estudiantado un folleto orientativo sobre las actividades que podrían llevar a cabo de manera individual con personas mayores de su entorno.

Se propondrán, también, una serie de actividades, de una duración aproximada de 1 hora, a realizar en grupo. Como propuestas:

SIMULACIÓN ENVEJECIMIENTO, para que experimenten cómo se siente una persona mayor con ciertas limitaciones, con equipos específicos:

Gafas especiales: enfermedades como cataratas, glaucoma, etc.

Auriculares de protección auditiva: hipoacusia.

Pesos ajustables para extremidades y articulaciones: dificultad de movilidad y sensación de cansancio.

ROLE PLAY, donde se representan situaciones asociadas al edadismo. Se reparten tarjetas con diversas situaciones, que muestren:

Aislamiento social. Participan 3 voluntarios: representan a un “hijo”, un “padre mayor” y un “profesional sanitario”. Mantendrán un diálogo en el que el profesional sólo se dirija al hijo y no al padre, mientras tratan temas relacionados con el tratamiento de salud de este último.

Brecha digital. Un voluntario será trabajador de un banco y otro será la persona mayor, que se mostrará confuso al informarle de que debe realizar operaciones en su banca virtual a través de Internet.

Lenguaje infantil. Un estudiante se dirigirá a otro (persona mayor) utilizando términos como “abuelito” o “campeón”.

Al finalizar esta primera sesión, se ofertará al alumnado la posibilidad de realizar un voluntariado en el centro de día asociado, adquiriendo un compromiso de participación mínimo de tres meses para desarrollar una actividad intergeneracional. Como motivación, esta participación computará en la nota final de la asignatura de Acción social.

SESIÓN 2: ENCUENTROS INTERGENERACIONALES

Los usuarios del centro de día acudirán al colegio para realizar un coloquio con el estudiantado (1 hora aproximadamente), en el que podrán compartir experiencias y opiniones. Aportarán ideas sobre las actividades que les gustaría compartir con los adolescentes.

SESIÓN 3: VALIDACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROYECTOS

Durante los meses de octubre y noviembre, el estudiantado se dividirá en 4 grupos reducidos, llevando a cabo una sesión de validación de las actividades y otra sesión de desarrollo de las mismas por cada grupo. Estas sesiones servirán para supervisar las actividades, que ellos mismos han propuesto y que estén desarrollando.

SESIÓN FINAL: PUESTA EN COMÚN ENTRE USUARIOS DEL CENTRO DE DÍA Y ESTUDIANTES

Se reunirá tanto a adolescentes como a los usuarios del centro de día, para una valoración de la experiencia (1 hora aproximadamente). Se hará un coloquio para compartir ideas, sentimientos y vivencias. Además, se les propondrá la realización de una actividad navideña como un concurso de postales o elaborar un belén.

Al finalizar, se presentará un póster divulgativo sobre el edadismo, que se expondrá en el colegio, para reforzar la intervención realizada.

EVALUACIÓN:

Se monitorizan los siguientes indicadores:

Porcentaje de calificativos o expresiones positivas, neutras y negativas sobre la vejez, recabados en brainstorming, de las sesiones inicial y final.

Resultados del cuestionario CENVE, realizado previamente a la intervención, tras su finalización y a los 6 meses de la misma, buscando si se produce o no, un incremento de calificaciones positivas.

Nivel de satisfacción de los participantes (jóvenes y usuarios del centro de día).

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados pre y postintervención, en las calificaciones positivas y negativas obtenidas en el brainstorming o al menos, que el 50% de los estudiantes mejoren su perspectiva respecto a la vejez.

Al menos, el 75% de los participantes estarán satisfechos con el programa.

CONCLUSIONES

En la línea de los resultados esperados, se prevé que la intervención sea beneficiosa y contribuya a minimizar el edadismo entre la población adolescente, poniendo en evidencia que Enfermería puede y debe abordar aspectos sociales como el envejecimiento y sus consecuencias y liderar intervenciones en programas de Educación para la Salud.

Referencias bibliográficas

- Alonso Palacio, L. M., & Marchan Cardenas, J. C. (2022). Envejecer en una era mediática: retos individuales y de salud pública ante el edadismo en medios de comunicación. *SUN*, 38(1), 1–4. <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.04>
- García Pulido, E. A. (2021). Edadismo: un reto para la enfermería. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 29(1), 49–53. Disponible en https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1284128/2020_29_49-53.pdf
- Lorente Martínez, R., Brotons Rodes, P., & Sitges Maciá, E. (2020). Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? *Cuaderno de Pedagogía Universitaria*, 17(33), 6–16. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7341436>
- Losada Baltar, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Portal Mayores. Madrid. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- Ministerio de Sanidad de España. (2022). *Promoción del buen trato: prevención del edadismo*. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/buenTratoEdadismo.htm>
- Mostacero Morcillo, E., & Martínez Martín, M. L. (2019). Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. *Narrativa Gerokomos*, 30(4), 181–189. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400181
- Oficina del Alto Comisionado & Organización de las Naciones Unidas. (2021). *Eliminemos el edadismo y la discriminación por edad*. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/stories/2021/10/eliminate-ageism-and-age-discrimination-says-un-expert>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Década del envejecimiento saludable 2021-2030*. Disponible en <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>

Capítulo 21. Aprendizaje-Servicio e intergeneracionalidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje. INTERDIXITAIS23.

M^a del Carmen Gutiérrez Moar¹, Lucía Pérez Blanco² y David Facal Mayo².

¹Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela, España.

² Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, España.

RESUMEN

INTERDIXITAIS'23. Competencias Digitales Intergeneracionales en Educación e Salutogénesis es un proyecto de Aprendizaje-Servicio (ApS) de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) desarrollado durante el 2º cuatrimestre del curso académico 2022-2023. Este es un Proyecto perteneciente a la VII Convocatoria de Proyectos de Innovación Educativa en Aprendizaje-Servicio (ApS) bajo la modalidad B: proyectos en consolidación.

Esta comunicación describe la aportación del alumnado de 4º curso del Grado de Pedagogía en relación con lo que ha significado participar en la experiencia y en cuanto a la posibilidad de elaborar materiales adaptados.

Palabras Clave: Aprendizaje-Servicio (ApS), intergeneracionalidad, Competencias Digitales.

1. INTRODUCCIÓN

INTERDIXITAIS'23. Competencias Digitales Intergeneracionales en Educación e Salutogénesis es un proyecto de Aprendizaje-Servicio (ApS) de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) es la segunda edición de nuestra experiencia de ApS Intergeneracional. (Facal et al., 2022 Facal et al., 2024). En el caso de esta comunicación se describe la aportación del alumnado de 4º curso del Grado de Pedagogía en relación a lo que ha significado participar en el proyecto y a la posibilidad de elaborar materiales adaptados.

Nuestra propuesta relata la experiencia INTERDIXITAIS'23 estructurándola del modo siguiente: El ApS como metodología y espacio para la innovación pedagógica en la Educación Superior y el desarrollo propio de la intervención. Finalizamos con las referencias que dan cuerpo a este documento y los anexos que complementan su contenido.

REFLEXIONES EN TORNO AL APRENDIZAJE-SERVICIO (APS) COMO METODOLOGÍA

El Aprendizaje-Servicio (ApS) es una propuesta de innovación educativa en la que se optimiza los procesos de enseñanza-aprendizaje al mismo tiempo que se favorece la adquisición de competencias profesionales, así como el refuerzo del compromiso cívico-social con la comunidad social de referencia (Santiago-Lugo). La USC inició el proceso de institucionalización del ApS durante el curso 2016/2017 al poner en marcha la I Convocatoria de Proyectos de Innovación Educativa en ApS. Desde ese año académico se viene presentando una convocatoria anual a la que profesorado, o equipos docentes, realizan propuestas tanto para grado como para máster, o una mixta de ambos. Estas convocatorias se enmarcan en la estrategia de Responsabilidad Social Universitaria (RSU) (Gutiérrez & Moreno, 2018) y de innovación educativa generando proyectos académicos asociados a las distintas titulaciones que se imparten en la USC.

Santos y Lorenzo (2018, p. 15) se preguntan ¿Por qué institucionalizar el ApS en la Universidad? Ellos responden que su potencial es “cruzar y unir las tres grandes misiones universitarias: docencia investigación y servicio a la sociedad”. En este sentido, Rodríguez-Izquierdo, y Lorenzo (2023, p. 34) mantienen que armonizar el “trabajo universitario con las prácticas de la comunidad genera, por un lado, el interés de los docentes por disminuir la distancia entre el mundo académico y el contexto social, y por otro, un reconocimiento por los estudiantes del valor del trabajo comunitario en su capacitación profesional”.

El ApS, en clave de innovación educativa y desde el saber pedagógico, según Santos et al. (2020) atiende a crear posibilidades reales para el cambio metodológico en la Educación Superior siendo así una vía correcta para el fomento del pensamiento crítico y la creatividad en el marco de una educación y un aprendizaje a lo largo de la vida (Martínez Maldonado, 2022). y, además, desde las sociedades del conocimiento es reconocido como un enfoque basado en la adquisición de competencias básicas, complementarias y transversales. Esta innovación pedagógica implicara, para estos autores, tanto el compromiso de todas las personas implicadas (docentes, discentes, agentes que reciben el servicio, entidades colaboradoras o partners, ...) como el apoyo de la institución, en nuestro caso la USC, para gestar cambios en su cultura organizacional.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN EN INTERDIXITAIS'23

Siguiendo las normas del XXXIV Congreso Internacional de Geriátría y Gerontología. Longevidad: Retos y oportunidades. «Galicia, un lugar para vivir y envejecer saludablemente» celebrado en Santiago de Compostela el 24 y 25 de mayo de 2024 la experiencia atiende a los apartados siguientes: Contexto y Necesidades, Descripción de la Experiencia incluyendo Objetivos, Evaluación de la Experiencia y Resultados Obtenidos o Esperados.

CONTEXTO Y NECESIDADES

En la edición INTERDIXITAIS'23 el ámbito general del ApS es el intercambio generacional porque como reconocen Santos y Lorenzo (2018) se acercan colectivos de diferentes edades/generaciones para propiciar un conocimiento mutuo, así como un intercambio de saberes y habilidades/competencias digitales.

Nuestras entidades o partners son Acción Solidaria de Galicia (ASDEGAL) y Asociación Galega de Ayuda a los Enfermos con Demencias tipo Alzheimer (AGADEA) de Santiago. En calidad de entidades colaboradoras se encargaron de detectar necesidades en los mayores compostelanos. Estas son: la capacitación digital, la participación social y mantenerse activos implicándose en actividades, así como erradicar los estereotipos

negativos de la vejez. En un segundo momento, previo a la puesta en marcha del proyecto, ASDEGAL medió con la Red de Centros Socioculturales del Ayuntamiento de Santiago para disponer de un espacio de su red. Así, se nos asigna Centro Sociocultural (CSC) Maruxa e Coralia situado en el casco histórico de la ciudad en la calle Praza de Salvador Parga, 4, 15704 Santiago de Compostela, A Coruña. Ambas entidades organizaron, en su entidad la difusión del proyecto. ASDEGAL entre su voluntariado, AGADEA entre los participantes en su programa de prevención «Activa la Mente» y en las listas de distribución de personas cuidadoras junto a la programación abierta del CSC. Así se seleccionaron las personas mayores que recibirán el servicio.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA INCLUYENDO OBJETIVOS

Este es un taller colaborativo semanal en grupos pequeños intergeneracionales sobre habilidades básicas para uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs), entre alumnado de grado (1º de Pedagogía en la materia G3081108 Psicología del Desarrollo y 4º en la materia G3081452 Educación a lo Largo de la Vida y 1º de enfermería en la materia G2022105 Ciencias Psicosociales Aplicadas). Participaron 7 alumnos/as de 1º de pedagogía, 4 alumnos/as de 4º de pedagogía y 7 alumnos/as de 1º de enfermería y se beneficiaron del proyecto de ApS 14 personas mayores.

Desarrollamos 7 sesiones presenciales en el Centro Sociocultural (CSC) Maruxa e Coralia del Casco Histórico de Compostela, 6 sesiones formativas en línea con Microsoft Teams (Formación básica sobre ApS, impartida por Igor Mella, profesor de la Facultad de Ciencias de la Educación, Programas de Prevención del Deterioro Cognitivo (DC) en personas mayores, impartido por Lucía Fandiño en calidad de Trabajadora Social de AGADEA Alzheimer y hablamos de Innovación Tecnológica en Longevidad, con Noelia Gerbaudo, investigadora de INnoVation and ENTrepreneurship in HEIs (INVENTHEI)) y además, los grupos de trabajo realizaron tareas complementarias de preparación de materiales para cada sesión -fichas didácticas y tutoriales específicos para trabajar- del 13 de marzo al 15 de mayo de 2023 para los temas indicados en las sesiones presenciales.

Las sesiones presenciales en el CSC fueron: 1. Presentación proyecto y personas implicadas. Dinámica de presentación y necesidades de aprendizaje en competencias digitales, 2: "A, E, I, O e U de mi móvil", 3: Seguridad en la Red; 4: e-salud. Sergas-Móvil y Caléndula; 5. Mensajería (WhatsApp y Telegram); 6. Aplicaciones para ocio: Pinterest y repaso interactivo de los contenidos del curso y 7. Fotografía digital realizando un "safari fotográfico" y acto de graduación organizado por el alumnado.

Los objetivos de INTERDIXITAIS'23 eran: 1) Promover competencias digitales en las personas mayores junto a un estilo de vida activo y participativo en el tejido sociocomunitario compostelano; 2) Prevenir el edadismo al promover una perspectiva de ciclo vital ante la vejez y el proceso de envejecimiento en el alumnado de las facultades implicadas (Facultad de Ciencias de la Educación y Enfermería) junto a las personas mayores que reciben el servicio y 3) Desarrollar la Pedagogía Gerontológica a través de la sensibilización y creación de materiales adaptados (fichas didácticas y tutoriales) para el proceso de enseñanza-aprendizaje senior.

2. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para el alumnado de 4º del grado de Pedagogía se evalúa su participación en Interdixitais'23 realizando un portafolio. Este portafolio es una alternativa metodológica para evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje de un modo cuantitativo, ya que se trata de un procedimiento de valoración del desarrollo o trayectoria del proyecto basándola en las ejecuciones y logros obtenidos por el alumnado con la guía y asesoramiento

del equipo docente. El procedimiento cognitivo seguido en la construcción de este es: a) Comprensión del fenómeno (observación, decodificación, análisis y síntesis), b) Selección relevante (discriminación y valoración) de sucesos y c) Justificación explicativa (reflexión, composición y argumentación) de los logros obtenidos. En esta edición los cuatro alumnos elaboraron un portafolios grupal con todos los apartados comunes del mismo relativos a: El ApS en la USC, descripción de las entidades -ASDEGAL; AGADEA y el CSC Maruxa e Coralia-, Descripción del proyecto que se llevará a cabo INTERDIXITAIS'23 y el ApS en la formación de los/as Pedagogos/as) (Estévez et al., 2023) y un portafolios individual centrado en la experiencia de cada protagonista- Diario de Sesiones, Aprendizajes extraídos, valoración crítica de la experiencia y Conclusiones- (Estévez, 2023; García, 2023a; García, 2023b y Motrel, 2023) y en ambos documentos introducción, referencias bibliográficas y anexos.

Otro elemento importante de la evaluación fue la creación de los materiales adaptados (fichas didácticas y tutoriales específicos) bajo principios didácticos [Ver modelos en los Anexos].

Se recomienda además el uso de las guías de la universidad [USC, 2011 y 2018] para favorecer un lenguaje no sexista y fomentar las expresiones inclusivas.

3. RESULTADOS OBTENIDOS O ESPERADOS

Atendiendo a los objetivos propuestos y a los apartados que componen el portafolios que han elaborado podemos decir que los resultados obtenidos por el estudiantado de 4º curso del Grado en Pedagogía son satisfactorios y daremos constancia de ello a través de citas textuales de los portafolios realizados (grupal e individuales):

1. Reconocen el ApS como metodología potente para crear experiencias y aprendizajes aplicables al ejercicio profesional de Pedagogos/as.

Mediante el ApS INTERDIXITAIS23' como "futuros/as profesionales conseguimos desarrollar competencias técnicas de manera más autónoma" (Portafolios Grupal) (Estévez et al., 2023).

El proyecto ApS INTERDIXITAIS23' en la formación de pedagogos/as "nos acerca a la realidad y une la adquisición de competencias personales y profesionales" (Portafolios Grupal) (Estévez et al., 2023).

El proyecto ApS INTERDIXITAIS23' permitió "promover y desarrollar acciones de asesoramiento pedagógico con personas y/o grupos intergeneracionales mediante la creación de medios y recursos respetando principios didácticos adecuados" (Portafolios Grupal) (Estévez et al., 2023).

2. Son conscientes de la importancia del trabajo interdisciplinar para compartir el campo de intervención.

"Gracias a esta experiencia, adquirí conocimientos teóricos especializados e interdisciplinares (salud, educación, intervención...) e incluso de forma autónoma al diseñar sesiones y desarrollarlas" (Motrel Cacho, 2023).

"La interacción intergeneracional favoreció a la eliminación de prejuicios sobre la vejez y el

envejecimiento” (García García, 2023a).

“He comenzado a ser consciente de la importancia que tiene la Pedagogía Gerontológica” (Motrel Cacho, 2023).

“Determinante el trabajo en equipo y en colaboración con otros profesionales” (García García, 2023a).

“El alumnado de 4º de Pedagogía aportamos nuestra formación y experiencia acerca del diseño y elaboración de programaciones y materiales” (Estévez Souto, 2023).

3. Creamos una relación de enseñanza-aprendizaje intergeneracional con las personas mayores.

“El comportamiento de los/as usuarios/as en las sesiones hizo que todo el aprendizaje fuera bidireccional, no fuimos únicamente el alumnado de la USC quien les aportó conocimientos nuevos, si no que gracias a ellos/as aprendí otras cuestiones muy diversas a lo que es la asignatura o la carrera” (García García, 2023b).

“He aprendido a destruir las fronteras espacio-temporales y de edad con relación a la educación, formación y aprendizaje a lo largo de la vida” (Estévez Souto, 2023).

“La diferencia de edad enriqueció el proceso y mi aprendizaje” (García García, 2023b).

Referencias bibliográficas

- AGADEA. (n.d.). *Asociación Galega para Axuda dos Enfermos con Demencia Tipo Alzheimer*. Disponible en <https://www.agadea.org/>
- ASDEGAL. (n.d.). *Asociación Solidaria de Galicia*. Disponible en <https://www.asdegal.org/>
- Estévez, S., García, J., García, L., & Motrel, I. (2023). *Portafolio grupal de INTERDIXITAIS'23*. Autor. (Material inédito).
- Estévez Souto, S. (2023). *Portafolio individual de INTERDIXITAIS'23*. Autor. (Material inédito).
- Facal, D., Gutiérrez, M.^a del C., & Diz, M.^a J. (2022). *Diseño de actividades intergeneracionales para el desarrollo de competencias digitales*. Comunicación en formato póster presentada en el 62 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y el 23 Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología, Madrid, 22-24 de junio de 2022.
- Facal, D., Diz, M.^a J., & Gutiérrez, M.^a del C. (2024). INTERDIGITALES: Una experiencia de aprendizaje-servicio (ApS) intergeneracional. *Boletín REDIPE*, 13(1), 76-90. <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/2067>
- García García, J. (2023a). *Portafolio individual de INTERDIXITAIS'23*. Autor. (Material inédito).
- García García, L. (2023b). *Portafolio individual de INTERDIXITAIS'23*. Autor. (Material inédito).
- Gutiérrez, M.^a del C., & Diz, M.^a J. (2021). *Democracia, aprendizaje-servicio (ApS) e inclusión*. Comunicación presentada en el XV Congreso Internacional de Teoría de la Educación. "Democracia y tradición en la teoría y práctica educativa del siglo XXI" (CITE 2020+1), Madrid, 15-17 de noviembre de 2021.
- Gutiérrez, M., & Moreno, P. (2018). El aprendizaje-servicio como metodología para la formación integral de los estudiantes universitarios. *Edetania*, 53, 185-202. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6581958.pdf>
- Martínez Maldonado, M.^a de la L. (Coord.). (2022). *El aprendizaje-servicio como metodología para la formación profesional y la pertinencia social*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Facultad de Estudios Superiores (FES) de Zaragoza.
- Motrel Cacho, I. (2023). *Portafolio individual de INTERDIXITAIS'23*. Autor. (Material inédito).
- Rodríguez-Izquierdo, R. M., & Lorenzo, M. (Eds.). (2023). *El giro comunitario en el aprendizaje-servicio universitario. Inclusión y sostenibilidad*. Octaedro.
- Santos, M. Á., Sotelino, A., & Lorenzo, M. (2015). *Aprendizaje-servicio y misión cívica de la universidad. Una propuesta de desarrollo*. Octaedro.
- Santos, M. Á., & Lorenzo, M. (Eds.). (2018). *Guía para la institucionalización del aprendizaje-servicio en la universidad*. SPIC-USC.
- Santos, M. Á., Lorenzo, M., & Mella, I. (2020). *El aprendizaje-servicio y la educación universitaria. Hacer personas competentes*. Octaedro.

Solís, M.^a G., & Galán, M.^a J. (2021). Una experiencia intergeneracional de aprendizaje-servicio en la formación profesional en Extremadura: #apdintergeneracional. *Campo Abierto. Revista de Educación*, 40(1), 45-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7877586>

Universidad de Santiago de Compostela (USC). (2011). *Guía dunha linguaxe non sexista na USC*. Autor. Disponible en <https://www.usc.gal/es/servicios/igualdad/guia-lenguaje-sexista-usc>

Universidad de Santiago de Compostela (USC). (2018). *Guía para o emprego dunha linguaxe inclusiva de Ciencias da Comunicación*. Autor. Disponible en https://assets.usc.gal/sites/default/files/documents/2023-10/linguaxe_non_sexista_publicado_WEB_USC.pdf

ANEXOS

Anexo A Fichas sesión e Saúde: Sergas Móbil

USC  Observatorio INTERDIXITAIS 23: Competencias Digitais Intersectoriais en Educación e Saúde

FICHAS PARA ACTIVIDADES

Título da actividade: e-Saúde. Sergas Móbil

OBXECTIVOS:

1. Descargar a aplicación *Sergas Móbil*.
2. Rexistrarse na aplicación.
3. Coñecer e saber utilizar os distintos apartados da aplicación, destacando o de pedir citas.
4. Rexistrar a Tarxeta Sanitaria Virtual na aplicación.
5. Coñecer as vantaxes que nos aporta obter a Chave 365, como, por exemplo: ver historias clínicas ou poder ter no noso móbil a folla de medicación activa.
6. Saber como activar a folla de medicación se tivéramos a Chave 365.

DESCRIPCIÓN:

Tempo: 60 minutos (17:30 - 18:30h).

- **Tamaño do grupo:** 30 persoas aproximadamente: persoas maiores matriculadas, estudantes da USC, profesorado da USC e representantes das organizacións ASDEGAL e AGADEA.

Lugar: Salón de actos do Centro Sociocultural de Maruxa e Coralia. Praza de Salvador Praga, 15704, Santiago de Compostela, A Coruña.

Materiais: Proxector e ordenador, móbiles para cada un dos participantes, tarxeta sanitaria, catro mesas e cadeiras para todos/as os/as participantes, unha copia das instrucións do tutorial para cada participante.

Ficha obra eBIS suporta o Sistema de Reconecemento Comparativo eBIS Internacional de Creative Commons. Para ver unha copia desta ficha, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

USC  Observatorio INTERDIXITAIS 23: Competencias Digitais Intersectoriais en Educación e Saúde

DESENVOLVEMENTO

Para esta sesión empezaremos presentándonos e introducindo no que consistirá a sesión. Unha vez introducida a sesión pasaremos á explicación. O primeiro paso é que todos teñan instalada a **App Sergas Móbil**. Posteriormente, unha vez obtida a aplicación por todos os participantes, o seguinte será explicarles que no apartado **«Preferencias»** poderán cambiar o idioma e suxeriremos activar a opción **«engadir automaticamente as citas ao calendario»** xa que consideramos que este é un bo método de organización e recordatorio.

Xa cambiados estes detalles da aplicación, o primeiro será rexistrarse. Neste punto explicaremos como **dar de alta a un novo paciente** paso a paso, así como tamén mencionaremos como se podería engadir a unha nova persoa e outros aspectos relacionados coa **xestión de pacientes** (como seleccionar ao paciente principal en caso de ter varios, como colocar unha fotografía para identificar mellor ao paciente, entre outros).

Logo, centrarémonos en como solicitar citas, xa que é unha das prestacións máis útiles da aplicación (e sabéndoa utilizar correctamente terán unha gran independencia e poderán aforrar tempo). Neste punto mostrámoslle as opcións de citas que poden solicitar (medicina de familia, farmacia, atención primaria, enfermería, matrona, odontoloxía, hixiene bucodental, etc.) e explicaremos como exemplo como pedir unha cita co seu médico de cabeceira e co seu

Ficha obra eBIS suporta o Sistema de Reconecemento Comparativo eBIS Internacional de Creative Commons. Para ver unha copia desta ficha, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

USC  Observatorio INTERDIXITAIS 23: Competencias Digitais Intersectoriais en Educación e Saúde

farmacéutico, centrándonos paso a paso nos distintos apartados polos que terán que pasar para confirmar a cita (elixir motivo da cita, data, hora, elixir se queremos que sexa presencial ou telefónica, etc.). Así mesmo, tamén ensinaremos como, unha vez obtida unha cita, esta tamén se pode **modificar ou anular**.

Para rematar con este apartado, mencionaremos que se a cita é presencial e non saben como chegar ao centro, existe unha opción de mapa que os poderá orientar.

Ademais a través do *Sergas Móbil* poden ter **consultas telefónicas e videoconsultas** (recordaremos que é normal que o número do Centro de saúde sexa un número longo e estraño (exemplo: 630306418273345 ou 630306418273352...), de modo que por iso non se deben preocupar).

A continuación, trataremos como obter a **Tarxeta Sanitaria Virtual**, a cal se pode obter con seguridade media ou seguridade alta. Como neste momento introducimos estes dous conceptos, tamén explicaremos o de seguridade alta e o que poderían facer coa **Chave 365** (consultar resultados clínicos, acceder aos seus datos persoais -como a historia clínica, activar a súa folla de medicación...-).

Por último, para rematar esta parte da sesión, refrescárase o máis importante cuns casos prácticos, nos que se porán en situación e poderán empezar a practicar o aprendido.

OBSERVACIÓNS

Nota: Se algún participante non ten como asistencia sanitaria o SERGAS e non descargará a **App Sergas Móbil** poderá ver a execución das actividades desde o móbil doutros participantes do seu grupo e mesa.

Ficha obra eBIS suporta o Sistema de Reconecemento Comparativo eBIS Internacional de Creative Commons. Para ver unha copia desta ficha, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

USC  Observatorio INTERDIXITAIS 23: Competencias Digitais Intersectoriais en Educación e Saúde

FONTES

APLICACIÓN MÓBIL SERGAS MÓBIL <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Aplicacion-mobil-Sergas-Mobil?idioma=es>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=es.sergas.appbox&hl=es>

<https://www.google.es/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.sergas.es%2FA-nosa-organizacion%2FAplicacion-mobil-Sergas-Mobil%3Fidioma%3Des&psig=ACvVaw2scRel13O0e1VWpa2Sbs8R&ust=1681570034927000&source=images&cd=vfe&ved=0CBMQjhxqFwoTCMCH0Nq4f4CFOAAAAAAdAAAAABAR>

<https://www.google.es/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fdepor.com%2Fdepor-play%2Ftecnologia%2Fandroid-vs-ios-conoce-cual-es-la-tienda-mas-segura-entre-google-play-y-app-store-mexico-espana-noticia%2F&psig=ACvVaw3laoz8U8QxZoxYymbx1TI&ust=1681570137092000&source=images&cd=vfe&ved=0CBMQjhxqFwoTCkjqYfPqf4CFOAAAAAAdAAAAABAE>

Imaxe 1: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Aplicacion-mobil-Sergas-Mobil?idioma=es>

Imaxe 2: <https://www.farodevigo.es/nran-vigo/2016/05/11/saude-medico-movil-sergas-16625852.html>

Imaxe 3: <https://play.google.com/store/apps/details?id=es.sergas.appbox&hl=es>

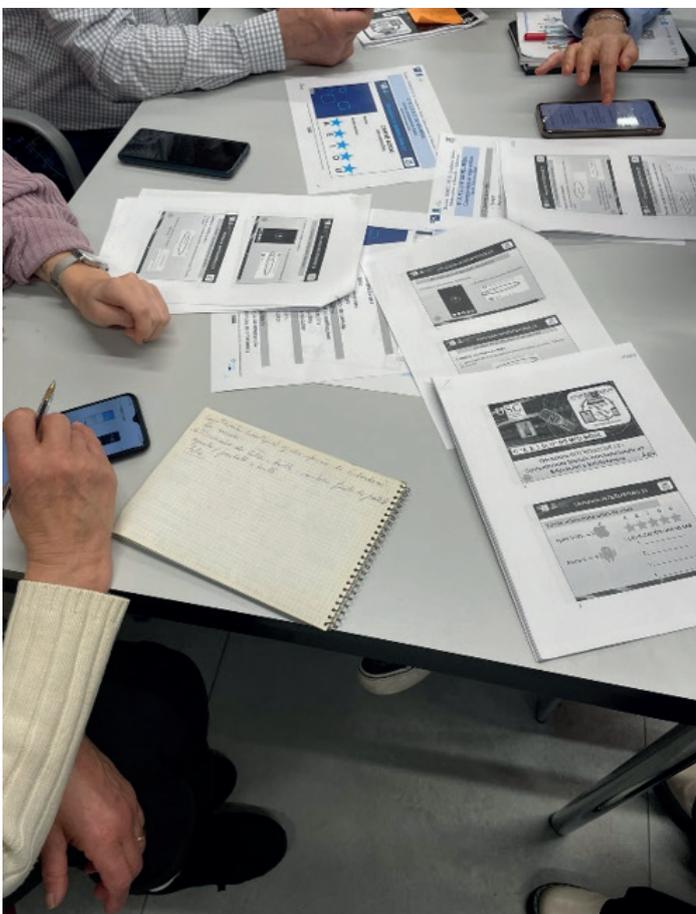
Imaxe 4: <https://www.elespanol.com/quincemil/articulos/vivir/e-saude-incorpora-lacarpeta-persoal-para-que-los-gallegos-registren-sus-datos-de-salud>

Imaxe 5: https://www.cope.es/emisoras/palicia/a-coruna-provincia/santiago/noticias/videoconsultas-sanidad-publica-galleaga-possible-con-nueva-app-xunta-20210317_1194173

Ficha obra eBIS suporta o Sistema de Reconecemento Comparativo eBIS Internacional de Creative Commons. Para ver unha copia desta ficha, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ANEXOS

Modelos de Tutoriales



Capítulo 22. Perfil sociodemográfico en personas mayores de 60 años que se vacunan de la gripe en España.

Anabel Fernández Rial¹, Javier Pérez Martín², M.^a Elena Mosquera Losada².

¹*Complejo Hospitalario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.*

²*Escuela Universitaria de Enfermería Povisa (Adscrita a la Universidad de Vigo).*

RESUMEN

La gripe es una enfermedad vírica con gran capacidad de morbimortalidad, que afecta a todos los grupos de edad. Siendo uno de los más susceptibles, por sus patologías asociadas, la población anciana. La mejor herramienta de prevención, y a la que hoy en día se sigue haciendo hincapié, es la vacunación. Desde el 2003, la OMS propuso como recomendación una cobertura vacunal del 75% en este colectivo.

Los objetivos de la presente investigación son conocer la tasa de vacunación de los mayores de 60 años en España, y establecer el perfil sociodemográfico de las personas mayores que se vacunan en España.

Este estudio de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo y correlacional y de corte transversal analiza la población mayor de 60 años, residente en España. La recogida de datos fue realizada por el INE en el marco de la Encuesta Europea de Salud del 2020 cuyos datos son representativos tanto a nivel autonómico como estatal. Las variables analizadas fueron: Haber sido vacunado en la última campaña, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral en el último empleo, tipo de profesionales sanitarios y CCAA de residencia.

En cuanto a los resultados de la muestra de la población mayor de 60 años n= 9105, se vacunan 4411 (48,4%); entre los viudos se vacunan 1485 (54,6%); entre los iletrados o con primaria incompleta se vacunan 1085 (57,8%); entre los que figuran como empresarios como su último empleo se vacunaban 696 (57,4%).

Las conclusiones alcanzadas fueron que la tasa de vacunación en la última campaña entre los mayores de 60 fue del 48,4%, y como perfil sociodemográfico se estableció el de una persona de 76 años, casada o viuda, con un nivel de escolaridad bajo y empresaria.

Palabras Clave: gripe, vacunación, perfil, ancianos.

1. INTRODUCCIÓN

La gripe estacional es una enfermedad vírica con gran capacidad de mutación y trasmisión, en la que se vuelcan multitud de recursos para prevenir y hacer frente a los contagios. La variación antigénica es una de las formas por las que el virus de la influenza muta. Esto consiste en cambios en los genes que pueden dar lugar a variaciones en las proteínas de la superficie, principalmente a la Hemaglutinina (HA) y Neuraminidasa (NA). Estas proteínas, reconocidas por el organismo como antígenos, desencadenan una respuesta inmunitaria, y por lo tanto, la generación de anticuerpos (CDC, 2022).

Entre las estrategias planteadas por la OMS (2019) para la prevención y control de la gripe estacional, se encuentra la vacunación como la mejor herramienta para reducir la transmisión, la gravedad y sus complicaciones.

Los ancianos, niños, mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas subyacentes tienen un mayor riesgo de morbilidad (OMS, 2019).

La OMS en su 56ª asamblea, celebrada en Ginebra en el 2003, estableció como objetivo recomendable alcanzar para el 2010 una cobertura vacunal del 75% en la población anciana, donde la morbilidad en torno a la gripe es más frecuente, objetivo que se sigue manteniendo en la actualidad.

Con los centros de vigilancia epidemiológica se estudian las cepas que circulan en el entorno y se prepara la composición de la vacuna de la próxima temporada. Según la vacuna distribuida, se actúa sobre una u otra proteína de superficie. En función de las características genéticas del virus, los anticuerpos ya presentes pueden responder de mejor o peor forma a la amenaza. En aquellos virus que han acumulado suficientes cambios genéticos, la "memoria inmunitaria" es ineficaz. El individuo se vuelve susceptible a enfermar (CDC, 2022).

La campaña vacunal en el hemisferio norte se realiza entre los meses de septiembre a diciembre. Se trata de un programa de salud enfocado a la población con mayor riesgo de morbilidad y de transmisión de la enfermedad (SERGAS, 2023).

La vacunación se realiza de forma coordinada y escalonada, entre los servicios de atención primaria como hospitalaria y centros sociosanitarios. Con las campañas vacunales se trata de ir captando al mayor porcentaje de población, priorizando determinados grupos en función de la edad y si están institucionalizados y/o inmovilizados. Y posteriormente, a los grupos de riesgo, cuidadores, personal sanitario o de servicios esenciales. El último plazo se abre para el resto de la población (SERGAS, 2023).

Debido a la capacidad de mutación y trasmisión que posee el virus de la gripe, le permite burlar las defensas del organismo y propagarse entre la población. Especialmente, entre los ancianos uno de los grupos susceptibles de mayor riesgo de morbilidad (OMS, 2019).

Las cifras de contagio rondan los mil millones de casos cada año, donde al menos 4 millones son de gravedad. Además, se estima que es la causante de 470.000 defunciones anuales.

A día de hoy, la vacunación sigue siendo la mejor herramienta de prevención y control de la enfermedad. Ya la OMS en la 56ª Asamblea realizada en Ginebra (2003), destacó la importancia de la vacunación y recomendó una cobertura vacunal del 75% en los ancianos.

A causa de diversos factores, la adherencia a la vacunación no se ha mantenido constante en el tiempo. Por lo tanto, con lo expuesto sería pertinente conocer las características sociodemográficas de este grupo poblacional para elaborar programas de vacunación más eficaces.

Los objetivos de este trabajo son conocer la tasa de vacunación de los mayores de 60 años en España.

Y Establecer el perfil sociodemográfico de las personas mayores que se vacunan en España.

2. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal. Donde la población del estudio son los mayores de 60 años residentes en España (N= 12.121.609). El tamaño muestral fue de n=9105 personas, y se obtuvo a través de un muestreo probabilístico trietápico. Que es representativo a nivel nacional y por CCAA.

La recogida de datos fue realizada por el INE, en el marco de la Encuesta Europea de Salud del 2020. Esta publicada de forma anonimizada en su página Web y es de acceso libre. En ella se recogen más de 450 variables, lo que obligó a una selección y depuración previa de las variables de interés. Al final, se estudiaron 8 variables organizadas en:

- Variable principal: Haber sido vacunado en la última campaña.
- Variables secundarias (todas sociodemográficas): edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral en el último empleo, tipo de profesionales sanitarios y CCAA de residencia.

Y una vez establecidas las variables a estudiar, se usó Jasp como programa para el análisis de datos. La descripción de las variables se realizó a través del valor absoluto y el porcentaje. Excepto, en la edad (única variable cuantitativa) en la que se empleó la mediana y el rango intercuartílico por su distribución no normal. Y para la correlación de las variables se usó el Chi² y la prueba U de Mann-Whitney (edad). Estableciendo un nivel de confianza del 95%.

El perfil se estableció con las variables cualitativas con significación estadística, usando el valor o valores más prevalentes, en cuanto a la edad se usó la mediana de las personas vacunadas.

3. RESULTADOS

Tras el análisis correspondiente a las variables estudiadas se obtuvo que la cobertura vacunal alcanzada en la última campaña fue del 48,4% en los mayores de 60 años (ver Tabla 1).

Tabla 1
Tasa Vacunación de la gripe (última campaña)

	n	%
Sí	4411	48,4
No	4694	51,6
Total	9105	100

Dentro de las variables sociodemográficas estudiadas (ver Tabla 2) la única para la que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa fue la del sexo.

En cuanto a la edad se obtuvo que dentro de la población mayor de 60 años que se vacuna, la mitad de la muestra se sitúa en los 76 años.

Con el estado civil, los grupos que poseen mayor proporción de vacunados son los viudos (54,8%) seguidos de los casados (48,8%).

En cuanto al nivel académico, son los iletrados/ primaria incompleta los que más se vacunan (57,8%).

En cuanto a la situación laboral en el último empleo, son los empresarios los más vacunados (57,4%).

Y en función del tipo de sanitario, son los médicos con una proporción del 65,6% los que más se vacunan.

Tabla 2
Variables sociodemográficas y vacunación gripal en mayores de 60 años

N= 9105		Sí		No		Total		Correlación
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Hombre	1952	49,3%	2011	50,7%	3963	100	p=0.175*
	Mujer	2459	47,8%	2683	52,2%	5142	100	
Edad	Md (RIQ)		76 (14)		68 (13)		72 (15)	p<0.001**
Estado civil	Soltero	371	41,5%	524	58,5%	895	100	p<0.001*
	Casado	2339	48,8%	2458	51,2%	4797	100	
	viudo	1485	54,6%	1237	45,4%	2722	100	
	Separado o divorciado	205	30,8%	460	69,2%	665	100	
Nivel Académico	Iletrados/primaria incompleta	1085	57,8%	791	42,2%	1876	100	p<0.001*
	Primaria	1563	52,3%	1428	47,7%	1876	100	
	Secundaria	1294	40,9%	1870	59,1%	2991	100	
	Universitaria	469	43,7%	605	56,3%	3164	100	
Situación laboral (último empleo) n=5796	Asalariado	2253	49,1%	2331	50,9%	4584	100	p<0.001*
	Empresario	696	57,4%	516	42,6%	1212	100	p<0.001*
Tipo de profesional sanitario n=174	Médicos	21	65,6%	11	34,4%	32	100	p=0.026*
	Enfermeras	20	46,5%	23	53,5%	43	100	
	Auxiliares de	38	38,4%	61	61,6%	99	100	
	Enfermería							

Md: Mediana; RIQ: Rango Intercuartilico; *Chi2; **Mann-Whitney

Con respecto a las CCAA, se observa una gran variabilidad de resultados (ver Tabla 3). Entre las CCAA más cercanas al objetivo establecido, superando el 55% de personas vacunadas, están: Navarra, Castilla y León, La Rioja, Galicia y el País Vasco. Y las CCAA que posee la menor proporción de vacunados son las CCAA insulares, que no alcanzan ni el 40% de vacunados.

Tabla 3
Relación entre la CCAA de residencia y la vacunación gripal en los mayores

CCAA		Sí		No		Total		Correlación Chi2
		n	%	n	%	n	%	
n=8960	Navarra	173	58,1%	125	41,9%	298	100	P<0.001
	Castilla y León	346	57,3%	258	42,7%	604	100	
	Rioja, La	143	56,3%	111	43,7%	254	100	
	Galicia	335	55,4%	270	44,6%	605	100	
	País Vasco	277	55,1%	226	44,9%	503	100	
	Cantabria	234	54,9%	192	45,1%	426	100	
	Murcia, Región de	181	53,9%	155	46,1%	336	100	
	Aragón	205	51,9%	190	48,1%	395	100	
	Extremadura	203	51,8%	189	48,2%	392	100	
	Madrid	433	48,3%	464	51,7%	897	100	
	Asturias, Principado de	216	46,4%	250	53,6%	466	100	
	Castilla – La Mancha	243	46,1%	284	53,9%	527	100	
	Andalucía	479	45,7%	568	54,3%	1047	100	
	Comunitat Valenciana	354	45,5%	424	54,5%	778	100	
	Cataluña	357	40,6%	522	59,4%	879	100	
	Canarias	149	36,1%	264	63,9%	413	100	
Balears, Illes	48	34,3%	92	65,7%	140	100		

4. DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede afirmar que con un 48,8% estamos muy lejos de la cobertura vacunal que propuso y recomendó alcanzar la OMS hace 17 años, en la 56ª Asamblea realizada en Ginebra en el 2003. Habría que estudiar/ proponer nuevas iniciativas para motivar la vacunación y así poder cumplir con el objetivo pendiente.

Entre las variables sociodemográficas estudiadas, en este estudio el sexo no poseía una relación estadísticamente significativa como en el caso del estudio realizado por Endrich (2009), en cuyo caso los más vacunados eran los hombres. Difiriendo con el de Dios-Guerra (2017) donde las que más se vacunaban y realizaban controles de salud eran las mujeres.

Con el resto de las variables sociodemográficas: La edad media obtenida para los mayores de 60 años que se vacunan es de 76 años. Se aprecia que los vacunados alcanzan edades mayores que en los que no se vacunan, donde desciende a los 68 años.

Con el estado civil, existe mayor porcentaje de cobertura vacunal en aquellas que enviudaron o están casados con respecto a los divorciados o solteros, situación ya contrastada (Dios-Guerra et al., 2017).

En cuanto al nivel académico, es entre aquellos con bajo nivel de escolaridad (estudios incompletos o solo primaria) donde encontramos una mayor proporción de vacunados. Situación que varía en función del país estudiado: en Austria o Polonia se da el caso contrario. En Alemania y Finlandia no hay una relación estadísticamente significativa. E Irlanda, Italia y España sí coinciden con los datos obtenidos según lo consultado en el estudio de Endrich et al. (2009). Además, entre el grupo de Secundaria y Universidad, se

aprecia un pequeño repunte en estos últimos. Habría que estudiar la influencia del tipo de carrera elegida en la decisión de vacunarse.

Entre los profesionales sanitarios, los que más se vacunan son los médicos seguidos de las enfermeras y finalmente, las auxiliares. Aunque la muestra es muy pequeña, es llamativo que a pesar de ser las enfermeras el colectivo que se encarga de la administración de las vacunas y de instruir en los cuidados, no sean el grupo que encabece la lista.

Como se mencionó anteriormente, existe una gran variabilidad de resultados entre cada CCAA, que van en nuestro caso desde el 58,1% de vacunados en Navarra, la CCAA con mayor porcentaje de vacunados mayores de 60 años, hasta el 34,3% de Baleares, lo que supone un 40% menos que Navarra. Esta situación también se puede observar con el estudio de Dios-Guerra (2017) donde se aprecia como los resultados vacunales obtenidos en el 2009, 2011-2012 y el 2014 oscilan entre las comunidades.

En el 2009, Extremadura (84,1%) era la CCAA donde más se vacunaban y Aragón la que menos (64,8%). En el 2011/12, se objetiva un descenso considerable en tasa de vacunación; dejando a Castilla-León (68,6%) como la CCAA donde más se vacunan y a Canarias (35,9%) en la cola. Y en el 2014, vuelve Extremadura (69,2%) al primer puesto y Canarias (35,4%) se mantiene al final de la lista.

En este estudio, resulta llamativo que ambas CCAA insulares estén a la cola en cuanto a vacunación con respecto a las CCAA peninsulares. Sería de interés estudiar el por qué hay tanta variabilidad entre comunidades autónomas, para detectar fortalezas y debilidades en cuanto al fomento de la vacunación gripal. Además de ver, a que es debido esta gran diferencia entre CCAA insulares y peninsulares.

Un dato alentador es que la mayoría de las comunidades con mayor tasa de envejecimiento son las que más se vacunan. Habiendo excepciones: Navarra, que ocupa el 10º puesto en cuanto a ser la CCAA más envejecida, es donde más se vacunan; Murcia que es la menos envejecida ocupa el 7º puesto en cuanto a vacunación (53,9%); y Asturias, la CCAA más envejecida solo ocupa el puesto 11º en tasa de vacunación (46,4%).

5. CONCLUSIONES

Respondiendo a los objetivos establecidos, los datos obtenidos hacen saber que la tasa de vacunación en la última campaña entre los mayores de 60 fue del 48,4%. Y el perfil sociodemográfico que se establece para las personas mayores de 60 años que se vacunan en España en la última campaña es el de una persona de 76 años, casada o viuda, con un nivel de escolaridad bajo y empresaria.

Referencias bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022, December 13). *Cómo pueden cambiar los virus de la influenza*. <https://espanol.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>
- Dios, C., Carmona, J. M., López, P. J., Morales, I., & Rodríguez, M. A. (2017). Prevalence and factors associated with influenza vaccination of persons over 65 years old in Spain (2009–2014). *Vaccine*, 35(51), 7095–7100. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.086>
- Endrich, M. M., Blank, P. R., & Szucs, T. D. (2009). Influenza vaccination uptake and socioeconomic determinants in 11 European countries. *Vaccine*, 27(30), 4018–4024. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.04.029>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). *Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451&L=0>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024, February 27). *Secuenciación genómica y caracterización genética del virus de la influenza*. <https://espanol.cdc.gov/flu/about/professionals/genetic-characterization.htm>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Global influenza strategy 2019-2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311184/9789241515320-eng.pdf?sequence=18&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2003). *56ª Asamblea Mundial de la Salud*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259353/WHA56-2003-REC-1-spa.pdf?sequence=1>
- Xunta de Galicia (SERGAS). (2023). Campaña de vacunación fronte á gripe e á COVID-19. https://gripe.sergas.gal/Contidos/Documents/82/Instrucion_gripe_2023_galego_18-09-2023.pdf

Capítulo 23. El maltrato en el mayor, ¿un problema infradetectado?

Vanessa Álvarez Vidal¹

¹*Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.*

RESUMEN

El maltrato a personas mayores es un problema de salud pública significativo que afecta aproximadamente a una de cada seis personas mayores de 60 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio analiza los resultados de una encuesta realizada a 168 profesionales sanitarios para evaluar su conocimiento y percepción del maltrato en personas mayores. Los resultados muestran que el 51,8% de los profesionales puede reconocer el maltrato en personas mayores, mientras que el 94,6% cree que este fenómeno está infradetectado. Además, el 93,5% opina que las instituciones no abordan adecuadamente el maltrato, y el 71,4% señala que la falta de claridad y apoyo multidisciplinar dificulta la denuncia de casos. La mayoría de los encuestados (98,2%) considera relevante la formación continuada sobre el tema y el 98,8% apoya la creación de equipos interdisciplinarios para el abordaje de casos complejos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la formación y el apoyo institucional para abordar eficazmente el maltrato a personas mayores.

Palabras Clave: maltrato a personas mayores, conocimiento profesional, percepción, formación continuada, equipos interdisciplinarios.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato a personas mayores es un fenómeno grave que abarca diversas formas de abuso físico, sexual, psicológico, emocional, económico y negligencia, con consecuencias devastadoras para la salud y el bienestar de los adultos mayores. Según la OMS, aproximadamente una de cada seis personas mayores experimenta algún tipo de maltrato, cifra que puede ser aún mayor debido a la subnotificación y la complejidad para identificar estos casos. La pandemia del COVID-19 ha exacerbado esta problemática, aumentando la vulnerabilidad de los adultos mayores y evidenciando aún más la necesidad de abordar eficazmente este problema en el ámbito sanitario y social.

Este estudio tiene como objetivo principal evaluar el conocimiento y la percepción del maltrato a personas mayores entre profesionales sanitarios. Se busca identificar las áreas de mejora en la detección y manejo del maltrato, así como proponer recomendaciones para fortalecer la respuesta institucional y comunitaria ante este desafío creciente.

2. METODOLOGÍA

Se diseñó una encuesta que fue distribuida a través de redes sociales a profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y auxiliares. La encuesta consistió en doce preguntas destinadas a evaluar el conocimiento sobre el maltrato a personas mayores, la percepción de su detección y abordaje institucional, así como la opinión sobre la formación y la necesidad de equipos interdisciplinarios. Así, un total de 168 profesionales participaron en el estudio, cuyas respuestas fueron analizadas estadísticamente para proporcionar una visión clara y detallada de las percepciones y capacidades actuales respecto al maltrato a personas mayores en el contexto sanitario.

3. RESULTADOS

1. Perfil de los encuestados:

- Médicos: 57,1%
- Enfermeros: 14,3%
- Psicólogos: 11,9%
- Trabajadores sociales: 11,3%
- Auxiliares: 5,4%

2. Capacidad de reconocimiento del maltrato en personas mayores:

- Sí: 51,8%
- No lo sabe: 45,8%
- No: 2,4%

3. Conocimiento de los diferentes tipos de maltrato:

- Sí: 66,7%
- No todos: 30,4%
- No: 2,9%

4. Percepción sobre la infradetección del maltrato en personas mayores:

- Sí: 94,6%
- No lo sabe: 3,6%
- No: 1,8%

5. Abordaje institucional del maltrato a personas mayores:

- No: 93,5%
- No lo sabe: 4,2%
- Sí: 2,4%

6. Influencia de la falta de claridad y apoyo multidisciplinar en la denuncia de casos de maltrato:

- Sí: 71,4%
- No lo sabe: 21,4%
- No: 7,1%

7. Interés en la formación sobre el maltrato a personas mayores:

- Sí: 71,4%
- No: 28,6%

8. Percepción sobre la suficiencia de información disponible sobre el maltrato a personas mayores:

- No: 89,9%
- No lo sabe: 7,7%
- Sí: 2,4%

9. Opinión sobre si es adecuada la formación de profesionales sociosanitarios en maltrato a personas mayores:

- No: 94%
- No lo sabe: 3,6%
- Sí: 2,4%

10. Opinión sobre si es relevante la formación continuada sobre el maltrato a personas mayores:

- Sí: 98,2%
- No lo sabe: 1,8%
- No: 0%

11. Capacidad de actuación ante una sospecha de maltrato:

- No: 56%
- Sí: 44%

12. Necesidad de equipos interdisciplinarios para casos complejos de maltrato a personas mayores:

- Sí: 98,8%
- No: 1,2%

3. DISCUSIÓN

Los resultados destacan la necesidad urgente de mejorar la preparación y los recursos entre los profesionales sanitarios para detectar, reportar y manejar casos de maltrato a personas mayores. Aunque la mayoría reconoce la gravedad del problema y la insuficiencia en el abordaje institucional, muchos profesionales carecen de la capacidad necesaria para identificar y responder adecuadamente ante casos de maltrato. La falta de claridad y apoyo multidisciplinar emerge como una barrera significativa para la denuncia efectiva de estos casos, reflejando la complejidad y la sensibilidad del tema.

Aunque el tamaño de la muestra no sea demasiado grande, la concordancia en las respuestas y el carácter multidisciplinar de los encuestados, reflejan una visión integral de la percepción, conocimiento y manejo del maltrato en las personas mayores. Sin embargo, se necesitan más investigaciones sobre este tema, sobre el perfil de los encuestados, con una muestra amplia y un análisis detallado de los problemas que aparecen a la hora de poder identificar, manejar y declarar un posible caso de maltrato en una persona mayor.

4. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio subrayan la complejidad y la gravedad del maltrato a personas mayores como un problema de salud pública de primer orden. Con el envejecimiento, los múltiples factores que pueden llevar a los mayores a un estado de vulnerabilidad aumentan su riesgo de ser maltratados. Este contexto de vulnerabilidad es crucial para comprender la prevalencia y las implicaciones del maltrato hacia los adultos mayores.

El impacto del maltrato en personas mayores va más allá de las consecuencias físicas, extendiéndose a repercusiones psicológicas y sociales de largo alcance. Estas pueden incluir depresión, ansiedad, aislamiento social y pérdida de la autoestima, afectando significativamente la calidad de vida de los afectados.

Los hallazgos revelan una preocupante falta de abordaje institucional del maltrato a personas mayores, lo cual resalta la necesidad urgente de implementar políticas efectivas y protocolos claros en todos los niveles de atención sanitaria y social. La mayoría de los profesionales sanitarios encuestados indicaron una demanda insatisfecha de aumentar la formación específica sobre maltrato en personas mayores, así como la necesidad de contar con protocolos prácticos y de referencia en cada comunidad autónoma.

A pesar de que la mitad de los profesionales se siente capaz de reconocer el maltrato en personas mayores, la mayoría no sabe cómo actuar efectivamente ante un caso de maltrato. Esta falta de preparación y claridad subraya la importancia crítica de implementar formación continuada y establecer comités multidisciplinares especializados en el manejo de casos de maltrato a personas mayores.

Este estudio destaca la responsabilidad compartida de todos los profesionales sanitarios, instituciones y la sociedad, en general, para sensibilizar y abordar de manera integral este grave problema de salud pública. Es fundamental que las instituciones asuman un papel proactivo en la promoción de la sensibilización y la prevención del maltrato hacia los adultos mayores, asegurando así su bienestar y protección dentro de la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4_Part_1), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Calle, M. D. C. (s.f.). Malos tratos en ancianos: Análisis. *Gerokomos*.
- Chang, E. S., & Levy, B. R. (2021). High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: Risk and resilience factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518464/>
- Frieiro-Padín, P., & González-Rodríguez, R. (s.f.). Perspectiva profesional y protocolos de intervención ante situaciones de maltrato hacia personas mayores. *Gerokomos*.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (s.f.). Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280(5), 428-432. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9701077>
- Merck Sharp & Dohme Corp. (Ed.). (s.f.). *Abuso de ancianos - Geriatría - Manual MSD versión para profesionales*.
- Moya-Albiol, L., & Moya-Albiol, N. (2012). El cuidado informal: Una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), 194-205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26994260/>
- Xunta de Galicia. (s.f.). *Guía de actuación coordinada contra el maltrato de personas mayores o con discapacidad de la Consellería de Política Social*.
- Xunta de Galicia. (2012). *Orden de 13 de julio de 2012 (DOG Núm. 141 Martes, 24 de julio de 2012) por la que se aprueba la Guía de actuación coordinada contra el maltrato de personas mayores o adultas con discapacidad y se aprueba su utilización en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia*.
- Xunta de Galicia. (s.f.). *Protocolo de actuación coordinada contra el maltrato de personas mayores o adultas con discapacidad*.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184>
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C., Huber, M., & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29878101>

Capítulo 24. Desafios e Sobrecarga na conciliação da Prática Profissional de Assistentes Sociais com a Direção Técnica de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Uma Análise Qualitativa.

Carla Carvalho¹, Catarina Vieira da Silva².

¹*Instituto Politécnico de Viseu – ESTGL e Instituto Superior Miguel Torga; Membro Integrado na UI&D - CI&DEI_IPV.*

²*Universidade Católica Portuguesa (Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais; Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos (CEFH)).*

RESUMO

A crescente complexidade das organizações sociais conduz à adoção de práticas de gestão eficazes e eficientes, o que implica um foco maior na qualidade dos serviços e na formação contínua dos recursos humanos. Nesse sentido, o papel de Diretor Técnico (DT) em instituições sociais é muitas vezes desempenhado por Assistentes Sociais (AS), que, além das competências inerentes à sua formação, necessitam adquirir habilidades operacionais e de gestão.

A atribuição de novas funções pode distanciar os profissionais da sua figura identitária e das atividades centrais do seu exercício profissional. Deste modo, e fundamentado em decisões éticas e técnicas, o Assistente Social deverá equilibrar as demandas operacionais com o respeito pelos direitos dos cidadãos e a qualidade dos serviços prestados.

Este estudo, utilizando uma abordagem qualitativa, visa analisar a sobrecarga enfrentada pelos AS que acumulam o cargo de DT, focando nos desafios do trabalho em instituições sociais, com valência de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. A pesquisa procura entender como a gestão, as exigências de liderar equipas e a manutenção dos princípios éticos impactam a identidade e a autonomia dos profissionais, e quais são as necessidades de formação para conciliar eficazmente as funções de gestão com o compromisso ético e a qualidade dos serviços.

Conclui-se que a prática profissional dos AS em ERPI é marcada por uma complexa interseção de funções sociais e técnicas, conduzindo a uma gestão equilibrada do tempo e recursos. A dualidade de funções representa um desafio constante, e a falta de reconhecimento e apoio institucional são questões críticas que afetam a qualidade da intervenção social.

Palavras-Chave: assistente social, direção técnica, estrutura residencial para pessoas idosas, sobrecarga, agir profissional.

1. INTRODUÇÃO

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com respostas sociais para pessoas idosas, às quais nos reportamos neste estudo, integram o leque das Organizações do Terceiro Sector (OTS) e têm como propósito o bem-estar social e o equilíbrio social, da comunidade onde se inserem. De acordo com os seus estatutos (Decreto-Lei n.º 172-A/2014), no seu art.º 1.º, “pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público”.

A crescente atribuição de responsabilidades às organizações em termos de intervenção social exige uma mudança significativa na forma como estas organizações operam. Esse novo paradigma implica uma séria aposta na formação dos diversos atores envolvidos, especialmente nos líderes. Aqui os AS também têm um papel essencial, pois são profissionais importantes para a qualidade da intervenção social. Contudo a prática profissional dos AS é muitas vezes determinada por um jogo de forças, das quais não se pode dissociar, por um lado as determinantes políticas e organizacionais e por outro as necessidades dos utentes e as metodologias de intervenção. De acordo com Baptista (2001, p.17-18), a prática profissional concreta, quotidiana, exprime não apenas a capacidade técnico-operativa de quem a realiza, mas também, e principalmente, sua posição existencial, política e ideológica face às relações da sociedade em que vive. [...].

Porém, os AS encontram-se sob tensões identitárias constantes, relacionadas com os contextos de atividade. Estas tensões prendem-se com maior ou menor legitimação social das políticas que se aplica; maior ou menor grau de autonomia no interior do tecido social; o poder real que dispõe nas relações de poder, dentro e fora das IPSS, relativamente ao sentido da intervenção e aos recursos que necessitam para tal (Granja, 2008).

Os Diretores Técnicos, desempenhando ao mesmo tempo a profissão de AS, têm de aprofundar ou adquirir conhecimentos de gestão que podem de alguma forma afastá-los do núcleo identitário da profissão. Porque, para ser eficiente, as IPSS terão de dirigir a sua atividade para os resultados, concentrando os seus recursos, para onde seja possível obter esses mesmos resultados.

Contextualizando, Portugal é o país onde o índice de envelhecimento tem crescido com maior rapidez nos últimos anos. O envelhecimento demográfico continua a acentuar-se de forma muito expressiva. De acordo com os Censos 2021, o índice de envelhecimento da população é de 182 idosos, por cada 100 jovens. Tendo como observação os indicadores da Carta Social de 2020, em Portugal Continental existem 2568 ERPI. Estamos, assim, perante IPSS, que representam uma significativa empregabilidade para os AS, nomeadamente na ocupação de DT (Branco, 2009). Nesta lógica, importa destacar que as ERPI, assenta em um conjunto de competências específicas, levando à necessidade dos AS desenvolverem competências distintas e diferenciadas. Ademais, a versatilidade de funções realizadas enquanto DT traduz-se numa elevada complexidade na atuação (Margarido et al., 2020).

Neste entendimento, importa igualmente destacar que a pandemia da COVID-19 (Monteiro et al., 2021; Vieira da Silva & Monteiro, 2020) sublinhou o papel social da maior relevância e demonstrou a necessidade de um maior reconhecimento destes profissionais em respostas sociais para pessoas idosas.

Este estudo, centra-se na função da DT em ERPI, desempenhada por um(a) AS, uma função obrigatória no mapa de pessoal e exigida pelo Instituto de Segurança Social (ISS), prevista na portaria 67/2012 de 21 de

março, alterada pela portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro. De acordo com as referidas portarias, a Direção Técnica “é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções” (art.º 11, n.º 1). De um modo geral, ao DT, “Os resultados parecem demonstrar a complexidade envolvida na conjugação de ocupações, evidenciando uma clara exigência nas funções de DT. Ao DT, compete dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação e gestão dos serviços, dos cuidados e das atividades e a coordenação e supervisão dos trabalhadores, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de organização técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, assegurando a qualidade de vida e dignidade dos residentes” (art.º 11, n.º 2).

Porém, tendo em conta a necessidade de estabelecer um modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento da organização, compete-lhe essencialmente:

Coordenar e orientar a equipa, bem como promover reuniões com os residentes e suas famílias, de modo a dinamizar atividades conjuntas de forma participada e auscultar a satisfação da qualidade dos serviços e cuidados prestados; sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa; Garantir a elaboração, implementação e monitorização do plano de atividades da ERPI; Supervisionar os cuidados e serviços prestados garantindo a sua qualidade; Garantir a supervisão e o acompanhamento da formação inicial e contínua da equipa, nos termos previstos no artigo 12.º -A, em articulação com a direção da instituição; Assegurar, em articulação com a equipa, a realização do diagnóstico e a avaliação contínua das necessidades e expectativas dos residentes integrantes no PIC, bem como a monitorização dos serviços, cuidados e atividades nele constantes; Promover a articulação e o desenvolvimento de relações interinstitucionais com outras entidades e com a comunidade; Garantir a elaboração de protocolos de segurança dos residentes e de sinalização e atuação

em emergência e risco de maus-tratos e negligência, bem como facultar o seu acesso” (art.º 11, n.º 2).

A conciliação da posição profissional do/a AS com a responsabilidade adicional de DT numa ERPI, resulta numa ampliação do escopo de funções e desafios, suscitando a possibilidade de diluição ou descontinuidade de certas atividades e responsabilidades primordiais do AS

Por forma a que o DT atinja os objetivos traçados, é necessário que os recursos humanos com quem trabalha executem as tarefas que sejam necessárias ao alcance do objetivo final, logo, o DT terá de administrar a equipa, que é um processo de planeamento, organização, liderança e controle do trabalho dos seus colaboradores(as) e supervisão, cabendo-lhe procurar soluções para os problemas que vão surgindo. Como tal, revelou-se de grande pertinência desenvolver este estudo, aplicando os desafios e sobrecarga na conciliação da prática profissional de AS na DT em ERPI.

Os objetivos desta investigação decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico e conceptual, ou seja, orientam a investigação para o método mais apropriado. O objetivo geral é: Compreender se a assunção de funções de coordenação/direção técnica juntamente com o exercício profissional de um assistente social, coloca em causa o reconhecimento da profissão. Como objetivos específicos foram definidos: analisar a sobrecarga existente nos/as A.S., com o cargo de DT; identificar os desafios do agir profissional do AS enquanto DT.

2. METODOLOGIA

Escolher uma metodologia de investigação passa por se saber o que pensa o investigador sobre a realidade e o que existe que possa ser conhecido, para responder aos objetivos da sua intervenção.

O estudo consistiu em entrevistas a quinze AS com funções de DT em ERPI, em IPSS na região norte de Portugal.

Relativamente ao modo de pesquisa, a pesquisa adotou uma estratégia de cariz qualitativo, visto que, existe uma relação dinâmica entre a realidade e os sujeitos, que não pode ser traduzido em números.

Consideramos pertinente, na análise qualitativa, recorrer à técnica da entrevista, estruturada, aos AS que exerciam cumulativamente o cargo de DT, nas ERPI. Esta foi uma amostra não probabilística, pois foram selecionados os entrevistados, dentro da população provável. Os procedimentos de análise dos dados, foi a análise de conteúdo, com recurso ao programa informático de análise qualitativa MaxQDA. Para Bardin (2011, pág. 33), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

3. RESULTADOS

No que concerne à trajetória profissional dos entrevistados, destacam-se dois tipos de percursos. Num primeiro percurso, situam-se os profissionais que iniciaram funções enquanto AS e apenas mais tarde a assunção de funções de DT. Num segundo itinerário, profissionais que foram contratados para assumir de imediato funções de DT.

Na grande maioria das instituições refere-se a existência da figura de Diretor de Serviços, assumindo a relevância e importância do seu papel, nomeadamente na prestação de apoio. Nesta lógica importa destacar o papel de mediador na articulação com as diferentes direções.

Relativamente ao tipo de respostas sociais das diferentes instituições onde os profissionais exercem funções, as valências mais mencionadas é a tríade Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário. De forma residual foram mencionadas as valências de creche, jardim de infância, CATL e unidade de cuidados continuados.

Quanto à política que melhor define as diferentes organizações, evidenciam-se três eixos prioritários: Liderança na qualidade dos serviços; Prestação de serviços diferenciadores; Viabilidade financeira. Neste contexto, sobressai no discurso dos entrevistados uma ênfase à liderança na qualidade dos serviços.

A partir da análise das entrevistas, identificaram-se dois tipos de competências que consideram serem necessárias no exercício das suas funções. As competências sociais são caracterizadas por habilidades como a assertividade, sensibilidade, empatia e a determinação. Já no que respeita às competências técnicas, são referidos aspetos como o tipo de liderança, proatividade, resiliência, espírito empreendedor, gestão do tempo e adaptabilidade. Neste sentido, é realçada a indispensável necessidade de aquisição de conhecimentos em áreas diversificadas.

Uma parte significativa dos entrevistados iniciou a sua carreira profissional na instituição com funções de AS. Nesta lógica, foi solicitada uma comparação do trabalho face à assunção das novas funções de DT. Como os resultados evidenciam, assume-se complexidade na conjugação de ocupações, atribuindo-se uma clara exigência às funções de DT. Assim, uma percentagem significativa do tempo útil de trabalho centra-se em questões relacionadas com a gestão, refletindo-se igualmente num aumento do volume de trabalho.

Procurou-se compreender como é que os profissionais compatibilizam a díade de DT e AS. Embora se reconheça que a gestão do tempo é conforme a necessidade/urgência e prioridades, reconhece-se que as funções de DT prevalecem, espelhando-se numa sobrecarga de trabalho. Neste sentido, enquanto estratégia de compatibilização de funções, é evidenciada a delegação de competências na equipa técnica e de saúde.

Assim, e partindo do ponto de vista das estratégias, procedimentos e instrumentos que passaram a adotar com as funções de DT, verificam-se profissionais que consideram ter uma liderança baseada numa constante articulação com os colaboradores. Em outros discursos, revelou-se a necessidade de novos instrumentos de registo para toda a equipa, tais como, em ferramentas tecnológicas para a gestão de cuidados.

No discurso dos AS é ainda evidenciada a dificuldade na gestão do tempo e resposta a assuntos que carecem de intervenção específica do serviço social. Neste contexto, assume-se lacunas no acompanhamento social dos utentes e famílias, nomeadamente na morosidade na efetiva intervenção.

Outro aspeto ainda apontado diz respeito à falta de reconhecimento no trabalho realizado pelos DT.

Ainda a estes profissionais, perguntou-se se consideravam que o cargo de DT lhes oferece benefícios profissionais. Se por um lado oito dos inquiridos referiram a inexistência de quaisquer benefícios, em outros discursos referiram-se benefícios como a aquisição de conhecimentos em áreas diversificadas. Em outro sentido, é ainda referido que a DT propicia um contínuo desenvolvimento do raciocínio, gerando a promoção de uma maior confiança e segurança nas tomadas de decisão. Nesta sequência, foi perguntado se o cargo que desempenham influencia as suas vidas privadas. As evidências reportam a necessidade de uma disponibilidade permanente, bem como o prolongamento do trabalho fora do horário da instituição. Partindo deste ponto de vista, uma das inquiridas atenta que a necessidade de constante disponibilidade, conduz a situações de stress e possíveis situações de burnout. Em um outro discurso é evidenciado ainda a retirada do tempo em família.

Alguns dos entrevistados revelaram nos relatos da sua experiência que a sua imagem social é inseparável da imagem da instituição. Neste sentido, referem que a forma positiva, mas também negativa, de como o outro o vê, é indissociável da função na organização. De forma ambígua, poderá ou não, favorecer o reconhecimento pessoal e estatuto social.

Embora de forma residual, outros discursos evidenciam aspetos positivos, explanando que a assunção do cargo de DT conduziu a um aumento da sua confiança, a disponibilidade, interesse e aprendizagem de novos conhecimentos e uma maior preponderância para novos desafios.

Do ponto de vista de análise sobre o que pode significar a incapacidade de gestão e liderança na maioria das organizações sociais portuguesas, é pertinente salientar que todos os entrevistados referem uma falta de acompanhamento, incentivo e reconhecimento por parte das Direções. Neste plano de análise justificam que o facto da gestão de topo (órgãos sociais) ser compostos maioritariamente por voluntários e beneméritos e sem qualquer formação na área social, conduz a uma inércia e a um não acompanhamento dos profissionais no terreno.

Neste sentido as baixas remunerações, o pouco reconhecimento e desvalorização profissional conduzem a uma desmotivação de todos os profissionais, com destaque aos DT. Nas narrativas parecem identificar-se dois polos: a imagem de que por parte das direções existe uma falta de compromisso de responsabilidades, ficando estas encarregues ao diretor de serviços e DT e, em oposição, a não autonomia dos diretores/coordenadores técnicos nas tomadas de decisão. Noutros discursos destaca-se que, os dirigentes estão essencialmente preocupados com a viabilidade financeira das instituições, emergindo a ideia de que os utentes não são encarados por parte das Direções como pessoas, mas antes números.

As pessoas são números, se for embora, vem outro. E7

No que respeita às funções do AS, procurou-se compreender quais os aspetos mais positivos e negativos que salientam na profissão.

A análise positiva remete para a figura do AS como uma figura que contribui para a mudança de vida do indivíduo, família e comunidade, configurando a sua intervenção através de um trabalho de proximidade com o utente, proporcionando uma intervenção social que promove o seu bem-estar social, psicológico e físico. Realça-se nesta visão a importância da promoção de informação aos utentes, nomeadamente dos seus direitos e benefícios sociais. Neste registo, o trabalho do AS com pessoas idosas tem elementos diferenciadores do exercício profissional em outras áreas, realçando-se a necessidade de um maior conhecimento do contexto e história de vida das pessoas idosa. Neste sentido, num outro depoimento, para além dos conhecimentos teóricos e competências profissionais que permitem estabelecer uma relação de confiança e empatia entre as pessoas idosas e respetivas famílias, o apoio e a oportunidade de dar voz às pessoas, promove a melhoria contínua de vida dos utentes. Se na visão positiva do serviço social se sublinham os traços do perfil profissional do assistente social, na visão negativa é novamente referida a falta de reconhecimento do trabalho do assistente social pela sociedade em geral.

A imagem que a sociedade detém deste grupo profissional em matéria de confiança no seu trabalho, coloca também em causa muitas das suas competências. E12

A falta de reconhecimento da profissão, aliada à falta de regulamentação da profissão, conduz a situações onde se verifica uma falta de ética profissional. Explicam que este panorama pode ser explicado pela desmotivação, falta de reconhecimento social e sobrecarga de trabalho.

Nesta lógica, assiste-se por consequência a uma imagem pública que não correspondente à realidade do trabalho dos AS, salientando-se ainda as remunerações baixas praticadas nas IPSS.

Com o objetivo de conhecer melhor o quotidiano profissional dos profissionais, questionou-se qual a percentagem de tempo que atribuem ao cargo de coordenação/direção técnica e ao desempenho da profissão enquanto AS.

Partindo deste ponto de vista, todos os inquiridos assumiram que o cargo de direção/coordenação técnica se sobrepõe ao desempenho da profissão de assistente social. Na sua maioria, a percentagem de coordenação/direção técnica varia entre 60 a 80% de tempo.

De acordo com os dados, todos os entrevistados assumem que o reconhecimento do/a assistente social se dilui nas funções de DT. Nesta linha, refira-se que nove entrevistados referem que se pudessem optar, teriam na instituição apenas funções de assistente social, quatro mencionam a dualidade de assistente social e DT, enquanto dois assumem que gostariam apenas de ser DT.

4. CONCLUSÕES

Esta investigação, revela a complexidade e a multifacetada prática profissionais dos quinze AS que também exercem funções de DT. Para um entendimento mais abrangente das questões analisadas, seria justificada a ampliação do estudo para incluir uma quantidade maior de ERPI.

No entanto este estudo, pelo enfoque qualitativo permitiu-nos perceber que a prática profissional do AS em ERPI é inserida num contexto organizacional orientado por normas, regras, valores, princípios morais, questões políticas e ideológicas, influenciando diretamente as suas atividades. A dualidade de funções, combinando a intervenção social com a DT, intensifica essa complexidade e procura de uma gestão eficiente do tempo e dos recursos.

A conciliação entre as funções de DT e AS é um desafio constante para a maioria dos entrevistados, com uma clara prevalência das responsabilidades de direção. A maioria dedica entre 60% e 80% do seu tempo às funções de DT, o que dilui o reconhecimento do trabalho de AS. Os resultados parecem demonstram a complexidade envolvida na conjugação de ocupações, evidenciando uma clara exigência nas funções de DT.

Os desafios são muitos numa sociedade em constante mutação, tais como a sustentabilidade das organizações, que necessita de profissionalização, inovação e criatividade. Os resultados parecem demonstram a complexidade envolvida na conjugação de ocupações, evidenciando uma clara exigência nas funções de DT.

A investigação revelou-se frutífera, proporcionando uma compreensão mais profunda das dinâmicas e desafios enfrentados pelos AS em funções de DT. As entrevistas ajudaram a esclarecer pontos-chave e a validar as premissas iniciais, destacando a relevância das perguntas formuladas e a pertinência das respostas fornecidas pelos entrevistados.

Em resumo, os resultados das entrevistas destacam a complexidade e a sobrecarga enfrentadas pelos AS que assumem funções de DT em ERPI. Há uma clara necessidade de melhores estruturas de apoio, formação especializada e reconhecimento das contribuições desses profissionais para melhorar a eficácia e a satisfação no trabalho.

Para futuros trabalhos, sugere-se: avaliar o impacto do acúmulo de funções na carga de trabalho e no bem-estar dos profissionais; identificar como a sobrecarga influencia a qualidade do serviço prestado e a satisfação no trabalho; examinar a compatibilidade entre as responsabilidades administrativas e as práticas de assistência social; Propor estratégias para equilibrar as funções de gestão e a prática profissional do assistente social; e mapear as necessidades de formação contínua destes profissionais.

Referências bibliográficas

Bardin, L. (2011). *Análise do Conteúdo*. Edições 70.

Baptista, M. (2001). *A Investigação em Serviço Social*. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social.

Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus Soci@l*, (3), 61-89. <https://doi.org/10.34632/locussocial.2009.10160>

Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/221-2014-58900564>

Granja, B. (2008). *Assistente Social – Identidade e Saber* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Porto.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Censos 2021: Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo

Margarido, C., Santos, R., Pocinho, R., Margarido, E., & Póvoa, V. (2020). O Diretor Técnico nas Estruturas Residenciais para Idosos. In R. Pocinho, E. Navarro-Pardo, P. Carrana, A. F. Pereira, C. Margarido, M. C. Méndez, R. Santos, P. Belo, L. V. Torres, & B. Trindade (Eds.), *O envelhecimento como um todo* (pp. 629-636). Editorial Arandazi.

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/58-2012-135180>

Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/219-2023-224139044>



WWW.SGXX.ORG