

# SOLEDAD EN EL CONTEXTO DE LA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD

JOSÉ MANUEL MARÍN CARMONA

Médico Geriatra

Programa de Memoria. Centro de Envejecimiento Saludable. Ayto de Málaga

(Jubilado)

# REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD

- **NOVEDOSO**
- **GLOBAL**
- **EXITOSO:**
  - ✓ **Individual**
  - ✓ **Social**
  - ✓ **Evolutivo**



# CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

- HETEROGENEIDAD, DIVERSIDAD

- GÉNERO FEMENINO

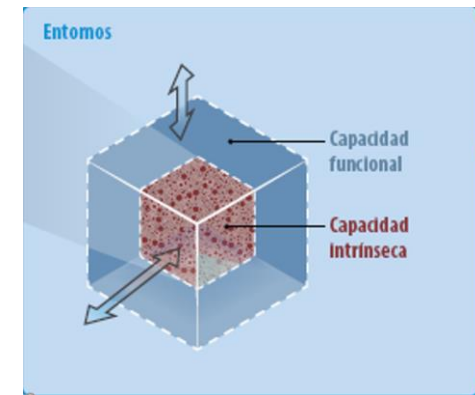
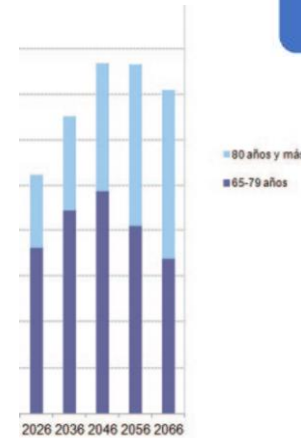
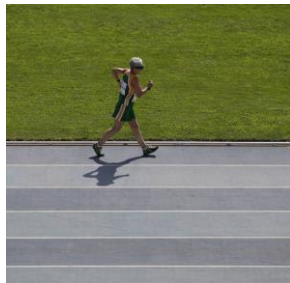
- NÚMERO SINGULAR

- SOBREENVEJECIMIENTO

- FUNCIONALIDAD, MARCADOR FUNDAMENTAL

- NUEVA MORBILIDAD: fragilidad, cronicidad, pluripatología, sds. Geriátricos

- EDADISMO



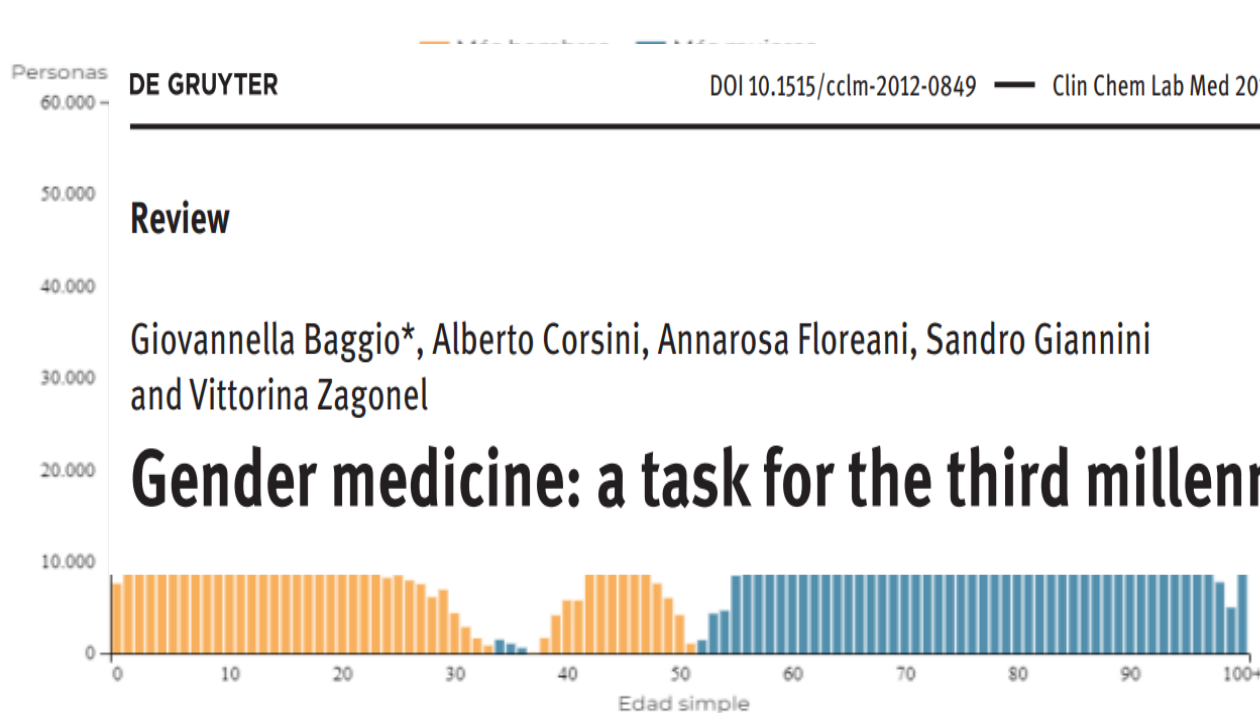
# HETEROGENEIDAD

- ❑ 1-1.5 % población
- ❑ 13% cáncer
- ❑ 32% insuficiencia de órgano
- ❑ 55% procesos neurodegenerativos/fragilidad extrema (70% en Residencias)



# FEMINIZACIÓN

Figura 1.4. Diferencia de población entre hombres y mujeres por edad individual. España, 2021



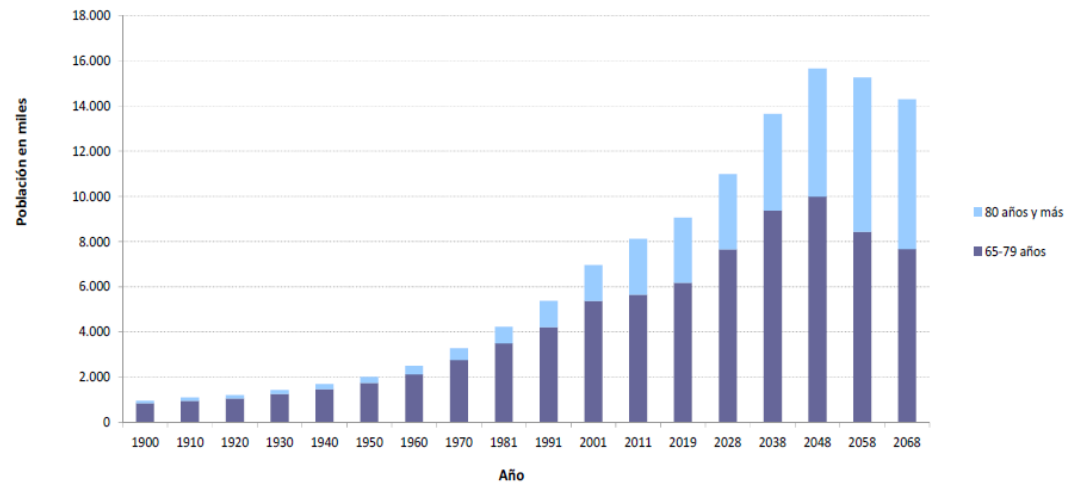
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2021. Consulta en febrero de 2022.

- FACTORES BIOLÓGICOS Y DE ROL
- CALIDAD DIFERENTE
- CALIDAD ACUMULADA A PARTIR DE LA 7ª
- DA DE LA VIDA
- R DEPENDENCIA
- E DISCRIMINACIÓN EN ESTUDIOS Y
- OS CLÍNICOS (por mujeres y mayores)
- mujeres viven más, pero con PEOR CALIDAD
- DA"
- NECESIDAD DE ABORDAJE CENTRADO EN LA
- PERSONA. VISIÓN DE GÉNERO
- MEDICINA DE PRECISIÓN

Vogel B et al. The Lancet Women and Cardiovascular Commission, 2021

# SOBREENVEJECIMIENTO

Figura 1.1 Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068



Nota: de 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.

Fuente: INE:1900-2011: *Censos de Población y Vivienda*. 2019: *Estadística del Padrón continuo a 1-1-2019*. Consulta enero 2020; 2028-2068: *Proyecciones de población*. Consulta enero 2019.

A PARTIR DE LOS 80 AÑOS AUMENTAN:

- MORBIMORTALIDAD
- PLURIPATOLOGÍA
- POLIFARMACIA
- SÍNDROMES GERIÁTRICOS
- DEPENDENCIA

# EDADISMO

- Estereotipos negativos, prejuicios frente a las personas mayores y el envejecimiento
- Prácticas discriminatorias
- Políticas que perpetúan la discriminación
- Percepción negativa del envejecimiento propio

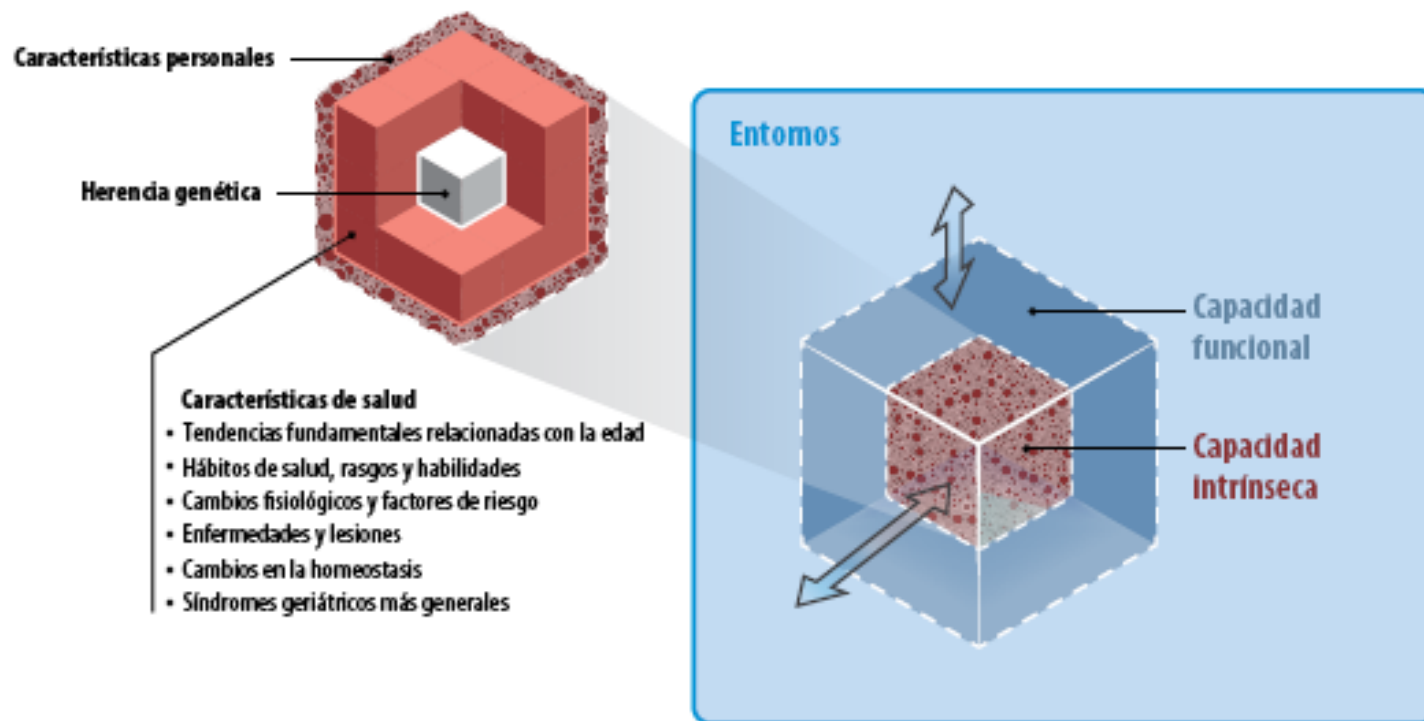


EXCLUSIÓN DE PERSONAS (frágiles, pluripatológicas, polimedicadas, en situación de complejidad) MAYORES DE ENSAYOS CLÍNICOS

FALTA DE ADAPTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO. Geriatrización vs Visión Geriátrica

# FUNCIONALIDAD, DETERMINANTE DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

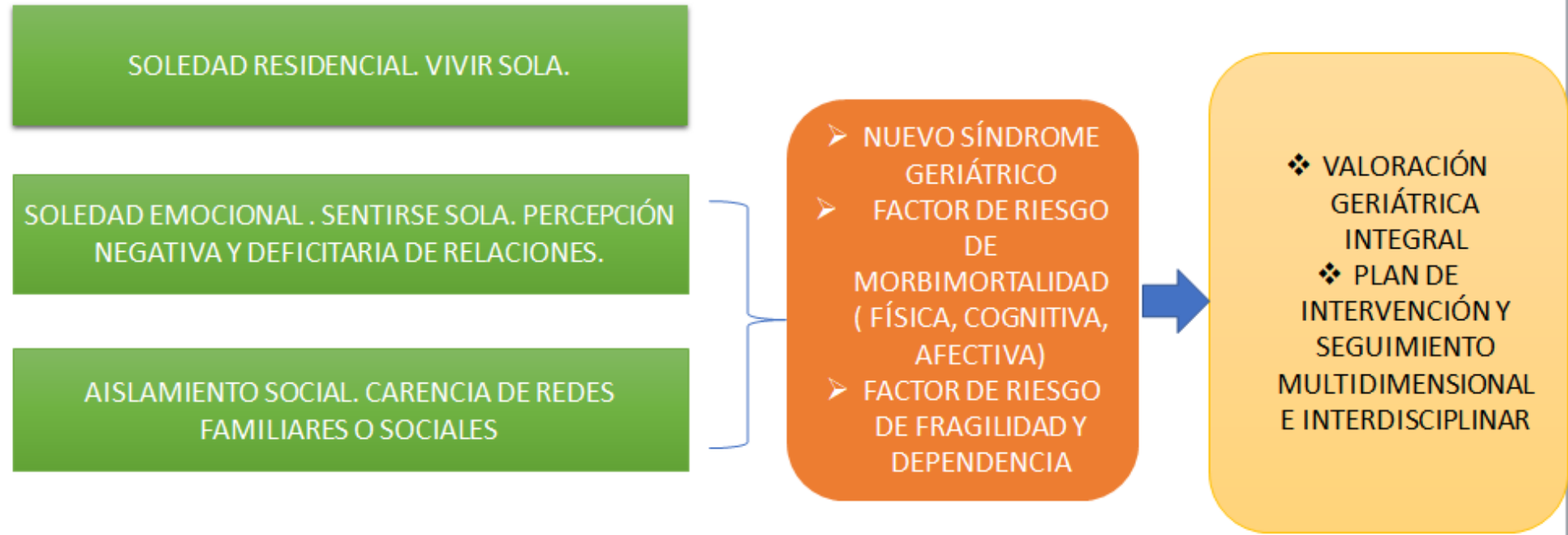
**Figura 2.1. Envejecimiento Saludable**



- Orden jerárquico : avanzada, instrumental, básica
- Principal marcador de calidad de vida percibida
- Marcador pronóstico vital
- Consumo de recursos sociosanitarios
- Objetivo fundamental de los planes de intervención sociosanitarios



## SOLEDAD...O SOLEDADES





## DATOS DEMOGRAFICOS – PERSONAS MAYORES A 1 DE ENERO DE 2016

Los datos que se adjuntan son el resultado de los análisis estadísticos realizados sobre datos del Padrón Municipal de habitantes a 1/01/2016 (datos de población de 2015)

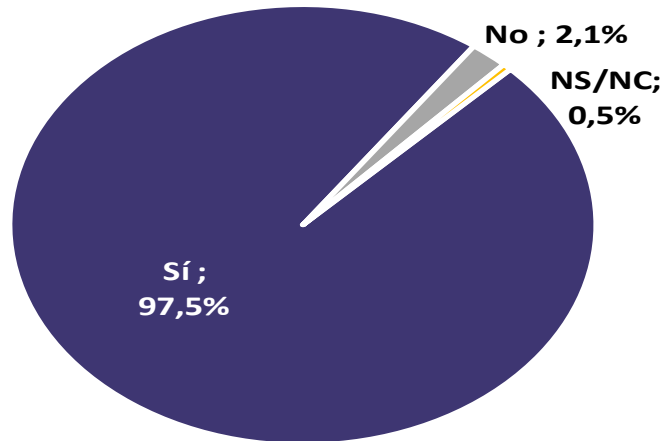
| 4. Personas solas, sexo y edad (grandes grupos) |               |                       |               |                       |               |                       |
|---|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|
|   | Hombres       |                       | Mujeres       |                       | Total         |                       |
|   | Recuento      | % del N de la columna | Recuento      | % del N de la columna | Recuento      | % del N de la columna |
| 0 a 15 años                                     | 0             | 0,0                   | 0             | 0,0                   | 0             | 0,0                   |
| 16 a 64 años                                    | 20.210        | 78,9                  | 16.487        | 48,8                  | 36.697        | 61,8                  |
| 65 años y más                                   | 5.410         | 21,1                  | 17.294        | 51,2                  | 22.704        | 38,2                  |
| <b>Total</b>                                    | <b>25.620</b> | <b>100,0</b>          | <b>33.781</b> | <b>100,0</b>          | <b>59.401</b> | <b>100,0</b>          |

- 10.3 % población soledad residencial
- 23.8 % de las personas mayores viven solas. Representan el 38% de las personas que viven solas ( Índice de Envejecimiento 17.8%)
- Tres de cada cuatro son mujeres (76%)
- 40% mayores de 80 años
- 80 % soledad no elegida



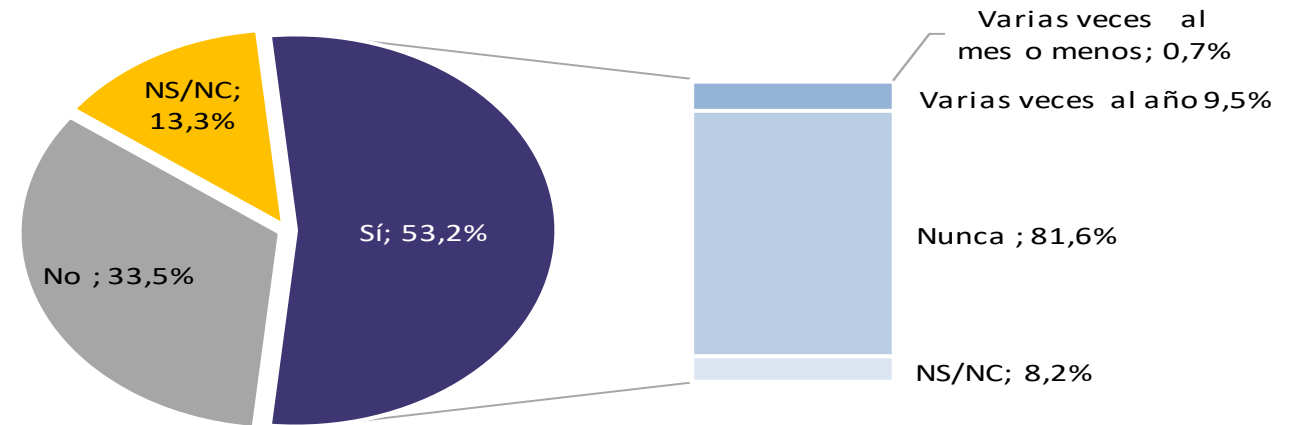
## Ubicación del centro de salud

- Prácticamente la totalidad de las personas mayores entrevistadas conocen la ubicación de su centro de salud de referencia.



## Trabajador social en los Centros de Salud

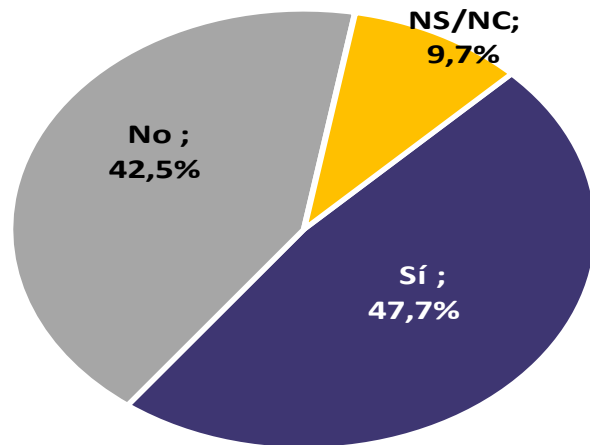
- Más de la mitad de las personas entrevistadas conocen la figura del trabajador social en los centros de salud.
- Aunque solo un 10,2% dice haber ido en alguna ocasión al visitar al trabajador social de su centro de salud





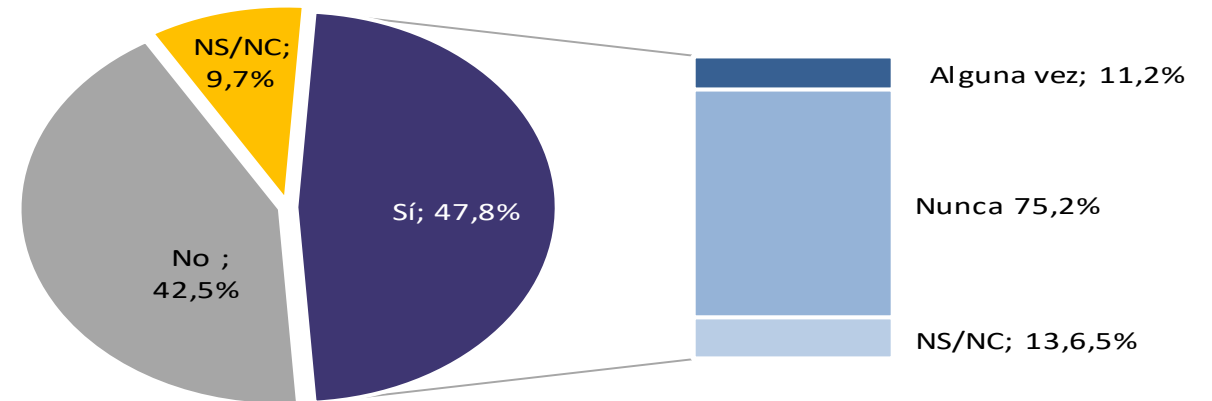
## Ubicación del centro de Servicios Sociales

- Existe un alto nivel de desconocimiento de la ubicación del centro de Servicios Sociales, solo un 47,7% conoce donde está dicho centro.



## Trabajador social en los Centros de Servicios Sociales

- Menos de la mitad de las personas entrevistadas conocen la figura del trabajador social en los centros de Servicios Sociales
- Aunque solo un 12,2% dice haber ido en alguna ocasión al visitar al trabajador social de su centro de Servicios Sociales



# Social isolation and loneliness: the new geriatric giants

Approach for primary care

Amy Freedman MD CCFP(COE) FCFP Jennifer Nicolle MD CCFP

**Table 1. Adverse outcomes associated with loneliness and social isolation**

| PHYSICAL HEALTH                    | MENTAL HEALTH                 | HEALTH SERVICE USE                      |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| • Increased mortality              | • Increased depression        | • Increased emergency department visits |
| • Increased falls                  | • Increased dementia          | • Increased physician visits            |
| • Increased cardiovascular disease | • Decreased life satisfaction | • Increased hospital readmissions       |
| • Increased serious illness        | • Increased elder abuse       | • Increased long-term care admissions   |
| • Increased functional decline     |                               |   |
| • Increased malnutrition           |                               |   |

Data from Keefe et al,<sup>3</sup> Andrew et al,<sup>4</sup> the National Seniors Council,<sup>5</sup> Menec et al,<sup>11</sup> Holt-Lunstad et al,<sup>12</sup> Kuiper et al,<sup>13</sup> the Medical Advisory Secretariat,<sup>14</sup> Wright-St Clair et al,<sup>15</sup> Eng et al,<sup>16</sup> Mistry et al,<sup>17</sup> Faulkner et al,<sup>18</sup> and Mendes de Leon et al.<sup>19</sup>

- Aumento de mortalidad del 26-29%. Asimilable a fumar 15 cigarrillos/día, o abuso de alcohol
- NUEVO TABAQUISMO!!

# Social Isolation and Loneliness as Medical Issues

Julianne Holt-Lunstad, Ph.D., and Carla Perissinotto, M.D., M.H.S.

| EAR Framework for Addressing Social Isolation and Loneliness. |         |  |
|---|---------|--|
| E   | Educate | Social connection is part of a healthy lifestyle.<br>Social connection, isolation, and loneliness affect risks for illness and death.<br>Social connections help patients maintain their health, manage existing medical conditions, and adhere to medical regimens.   |
| A   | Assess  | Document social support, isolation, and loneliness in the electronic health record.<br>Identify patients at risk with the use of validated measures of social isolation and loneliness.<br>Track risk and progress over time.  |
| R   | Respond | Reinforce the need for social connection alongside other health risks and protective factors.<br>Integrate psychosocial support from all members of the care team (e.g., clinicians, volunteers, family or caregivers) into patients' treatment.<br>Offer referrals tailored to patients' needs and partner with local community resources.<br>Reassess patients regularly for changing circumstances and needs and respond accordingly. |

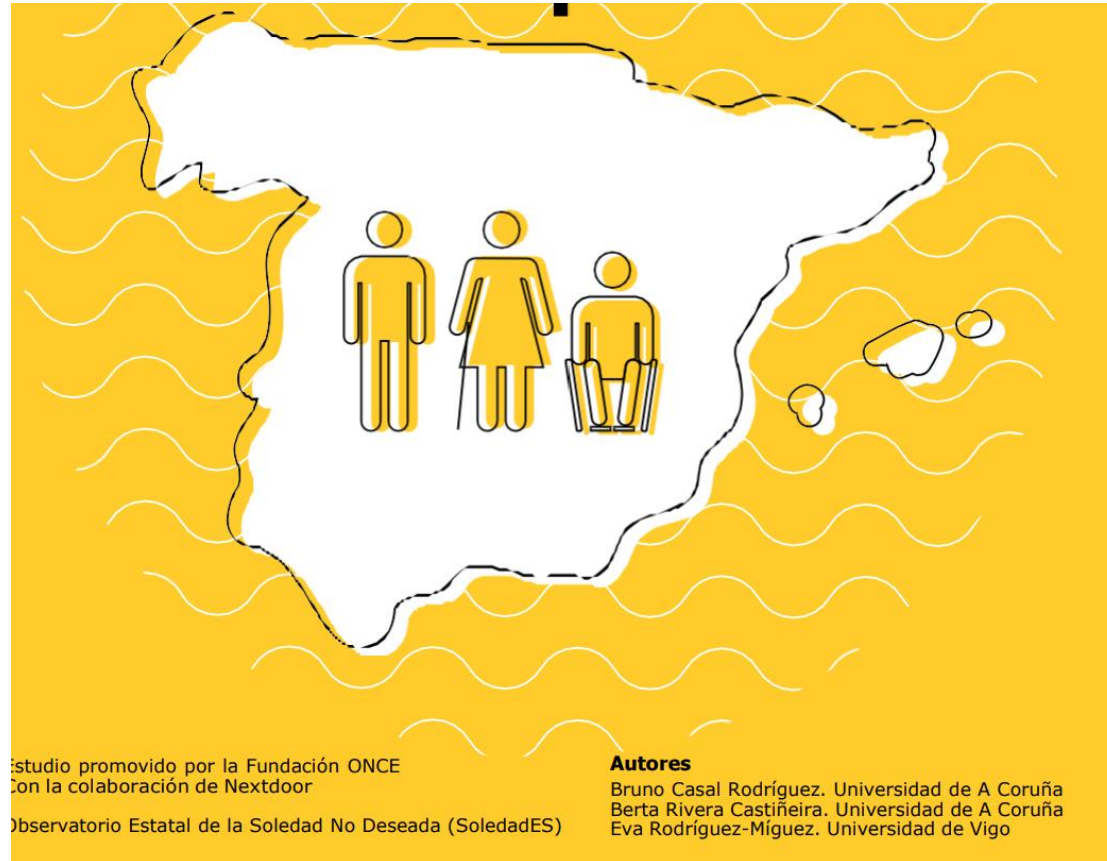
## Loneliness as a health issue



TaraMoore/Getty Images



# El coste de la soledad no deseada en España



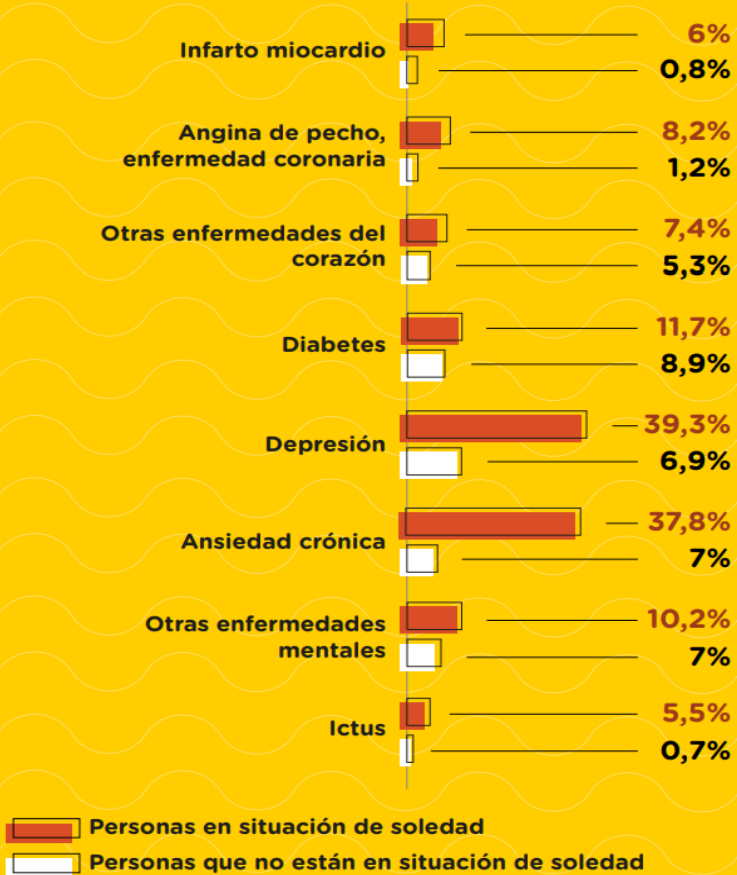


## Más enfermedades



Las personas en soledad tienen mayores prevalencias en enfermedades, sobre todo en la **depresión**, la **ansiedad crónica** y las **enfermedades del corazón**

### Enfermedades relacionadas con la soledad (en los últimos 12 meses) (%)



## ¿Cómo afecta a nuestra salud?

## Mayor uso de los servicios sanitarios



Las personas en situación de soledad no deseada **utilizan más los servicios de salud**, sobre todo, las **consultas al médico especialista y los servicios de urgencias**

### Uso de servicios médicos (media)



### Consumo medicamentos relacionados con soledad (últimas 2 semanas)



Además, las personas en situación de soledad consumen **más medicamentos**, destacando **“tranquilizantes, relajantes”** (33,1% vs. 12,9%) y **“antidepresivos, estimulantes”** (23,5% vs. 5,3%)



12,9%

5,3%

## Peor calidad de vida



Las personas en soledad también tienen una **peor percepción de su estado de salud y de su calidad de vida**



**50,3%**

Personas **en situación de soledad**

El 50,3% piensa que su estado de salud es regular, malo o muy malo



**30%**

Personas **sin situación de soledad**

Para personas sin situación de soledad este dato se reduce al 30%

## ¿Cómo afecta a nuestra salud?

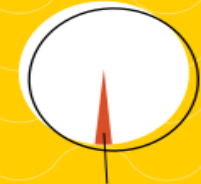


## Mayor incidencia de la discapacidad y la dependencia



**Casi un 20,8%**

de las personas en situación de soledad no deseada tiene algún tipo de discapacidad, principalmente de **movilidad y de visión**



**El 6,5%**

de las personas con soledad declara estar **gravemente limitado**, frente al 3,8% en el grupo de las personas que no se sienten solas



**Solo el 5,4%**

de las personas que sienten soledad no deseada **recibe alguna ayuda** para las actividades de la vida diaria

## ¿Cuánto cuesta la soledad no deseada?

La soledad no deseada **representa un coste total** de **14.141 millones de euros anuales en nuestro país**

(1,17% del PIB para el año 2021)

### Costes directos sanitarios asociados a la soledad



**5.605.600 €**  
anuales por la **frecuentación de servicios sanitarios**



**495.852.783 €**  
por consumo de medicamentos

**6.101.440.763 € en total; 0,51% del PIB**

### Pérdidas de AVAC por muertes prematuras

las muertes prematuras asociadas a la soledad equivalen a una pérdida anual de

**17,9 mil AVAC,**

es decir, el **0,05% de los AVAC** de la población española mayor de 15 años, de los cuales un **62% corresponde a los hombres**



# MECANISMOS

- **MECANISMO COMPORTAMENTAL :**

- Ejercicio, nutrición, abuso de sustancias, sueño...

- **MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS :**

- Respuesta alterada al estrés

- Aumento PA, resistencia vascular, y actividad eje HHA

- Déficit inmunitario...

- **MECANISMOS COGNITIVOS :**

- Alteraciones sensitivo motoras, alteraciones perceptivas , funciones ejecutivas, etc.

- Menor activación (RMN funcional) de áreas cerebrales relacionadas

- **MECANISMOS PSICOLÓGICOS :**

- Autoestima, pertenencia, resiliencia...

# The relationship between frailty and social vulnerability: a systematic review

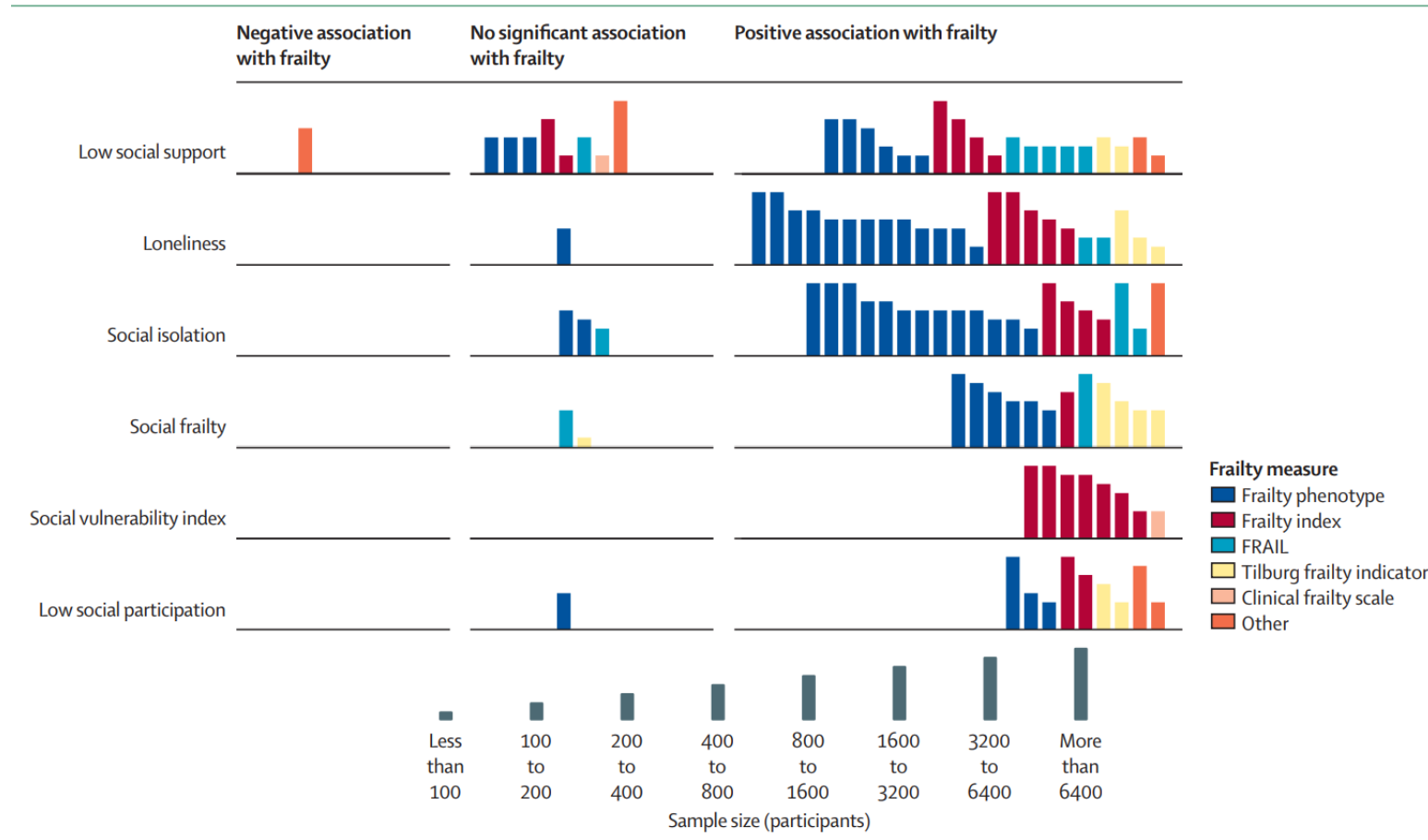


Figure 2: Harvest plot of cross-sectional associations between frailty and social vulnerability

# The relationship between frailty and social vulnerability: a systematic review

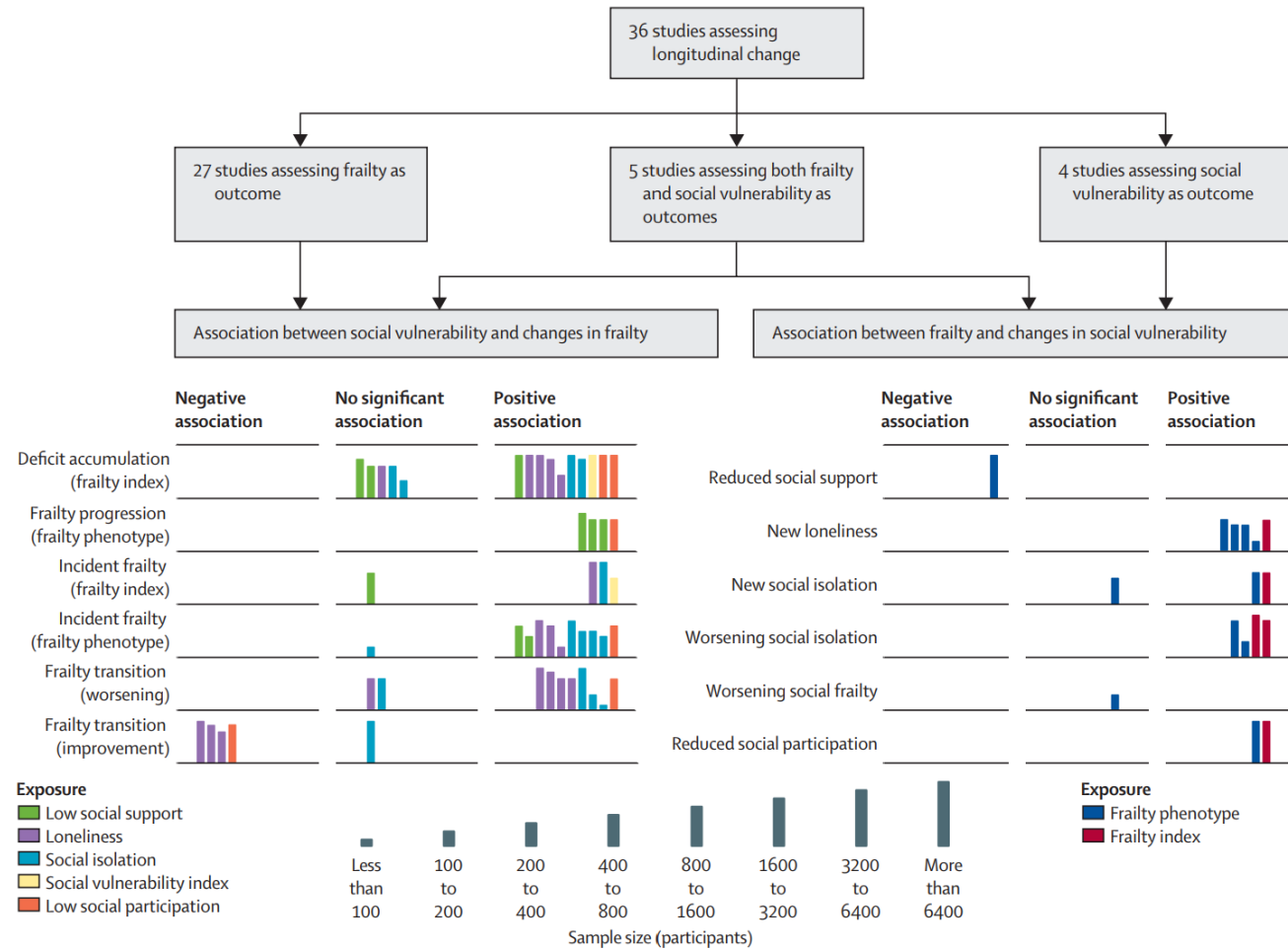


Figure 3: Harvest plot of longitudinal relationships between frailty and social vulnerability

# ESCALA DE DETECCIÓN

## **4. La Escala Este II de Soledad Social.**

La Escala Este II (Tabla 1) está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

### Factor 1: Percepción de Apoyo Social

|  | <b>SIEMPRE</b> | <b>A VECES</b> | <b>NUNCA</b> |
|--|----------------|----------------|--------------|
| <b>1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?</b> | 0              | 1              | 2            |
| <b>2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?</b>                       | 0              | 1              | 2            |
| <b>3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?</b>                        | 0              | 1              | 2            |
| <b>4. ¿Siente que no le hacen caso?</b>  | 2              | 1              | 0            |
| <b>5. ¿Se siente triste?</b>   | 2              | 1              | 0            |
| <b>6. ¿Se siente usted solo?</b>   | 2              | 1              | 0            |
| <b>7. ¿Y por la noche, se siente solo?</b>   | 2              | 1              | 0            |
| <b>8. ¿Se siente querido?</b>  | 0              | 1              | 2            |



## Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías

|  | <b>SIEMPRE</b> | <b>A VECES</b> | <b>NUNCA</b> |
|--|----------------|----------------|--------------|
| <b>9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?</b>                                    | 0              | 1              | 2            |
| <b>10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (<i>consola, juegos de la memoria</i>)?</b> | 0              | 1              | 2            |
| <b>11. ¿Utiliza Ud. Internet?</b>  | 0              | 1              | 2            |

### Factor 3: Índice de Participación social subjetiva

|  | <b>SIEMPRE</b> | <b>A VECES</b> | <b>NUNCA</b> |
|--|----------------|----------------|--------------|
| <b>12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?</b>    | 0              | 1              | 2            |
| <b>13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?</b>   | 0              | 1              | 2            |
| <b>14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?</b> | 0              | 1              | 2            |
| <b>15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?</b>       | 0              | 1              | 2            |

Tabla 2: Niveles de puntuación en la Escala ESTE II

| <b>Soledad Social</b> |                   |
|-----------------------|-------------------|
| <b>NIVELES</b>        | <b>PUNTUACIÓN</b> |
| Bajo                  | 0 a 10 puntos     |
| Medio                 | 11 a 20 puntos    |
| Alto                  | 21 a 30 puntos    |

# Relaciones sociales y envejecimiento saludable

- Buen funcionamiento físico y mental
- Número limitado de enfermedades crónicas
- **INDEPENDENCIA FUNCIONAL**
- Buena función COGNITIVA
- Ausencia de Depresión

- Estudios Internacionales : VIDA SOCIAL ACTIVA DISMINUYE MORTALIDAD, PREVIENE DEPENDENCIA Y DETERIORO COGNITIVO
- Envejecer en Leganés y Red CLESA (seis estudios longitudinales europeos sobre envejecimiento):
  - Mortalidad
  - Dependencia funcional
  - Deterioro Cognitivo
  - Depresión

# Relaciones sociales y envejecimiento saludable

## ➤ LONGEVIDAD

- Participación en ACTIVIDADES COMUNITARIAS
- Disponibilidad de un CONFIDENTE
- Sentirse ÚTIL para familiares y allegados ( sin demandas excesivas)

## ➤ PREVENCIÓN DEPENDENCIA

- Participación en ACTIVIDADES COMUNITARIAS
- Red FAMILIAR

## ➤ SALUD MENTAL ( Cognitiva, afectiva)

- Participación en ACTIVIDADES COMUNITARIAS
- Red FAMILIAR, apoyo EMOCIONAL de los hijos
- Red de AMIGOS
- Sentirse ÚTIL para familiares y allegados

# Envejecimiento y bienestar



de la población española es **mayor de 65 años**, proporción que aumentará en las próximas décadas.

A partir de los **85 años** el número de **mujeres casi duplica** al de **hombres**.

El logro de aumentar la esperanza de vida se perfecciona gracias al **envejecimiento saludable y activo**, que permite pasar los años ganados con salud y bienestar y favorecer la sostenibilidad del sistema.

## Beneficios del envejecimiento saludable y activo



Se vive más y mejor



Se disminuye coste sanitario



Hay oportunidades de generar riqueza (Economía plateada)

## Factores que influyen en el envejecimiento saludable y activo



### Socioeconómicos

Las mujeres pasan más años con peor salud. Más riesgo si el nivel educativo es bajo



### Factores biológicos

Los pilares del envejecimiento pueden acelerarse, frenarse o revertirse de forma experimental



### Edadismo

Deriva en discriminación, prejuicios y autoexclusión. Contacto intergeneracional como antídoto



### Bienestar psicológico

Los recursos psicológicos protectores ayudan a envejecer con resiliencia



### Soledad no deseada

Perjudica la salud y origina costes. Vivir solo es un factor de riesgo



## Enfermedades crónicas

Son prevenibles y representan un alto porcentaje del gasto sanitario

## Fragilidad

La prevención de la fragilidad es clave para evitar la discapacidad o retrasarla

## Economía

Riesgo de pobreza inferior a la media del país. >90 % son propietarios de su vivienda

## Entorno

Respetuoso con los mayores promueve el envejecimiento saludable y beneficia a todos

## Brecha digital

Aunque está disminuyendo puede limitar si no hay otras alternativas

# Respuesta social



## Cuidados de larga duración

- Vivir en casa
- Alojamientos alternativos
- Red de apoyo en el entorno
- Dignificar profesiones de cuidado
- Apoyo tecnológico
- Transformación de residencias
- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:
  - Presupuesto
  - Desigualdades

Coordinación de la atención socio-sanitaria



## Sanitario

El principal responsable del aumento del gasto son los años en mala salud

- Reforzar geriatría, atención primaria y enfermería
- Apoyo tecnológico



## Pensiones

- Modificación del periodo de cómputo
- Aumentar bases de cotización
- Retrasar la edad de jubilación



