



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Clínica

**Aislamiento social y soledad en una muestra aleatoria
poblacional de 65 y más años**

TESIS DOCTORAL

D^a. Rosario Pita Díaz

San Juan, 2017

DIRECTORES:

Prof. Salvador Pita Fernández

Prof. Vicente F. Gil Guillen

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Don Salvador Pita Fernández y Vicente F Gil Guillen , Catedrático de Universidad de A Coruña, del Área de Conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Profesor titular del Departamento de Medicina Clínica como Directores.

Certifican que el trabajo titulado:

Aislamiento social y soledad en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años

Realizado por D^a Rosario Pita Díaz, ha sido realizado bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como tesis doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad Miguel Hernández, lo que firmamos a los efectos oportunos en Alicante a 17 de Mayo del 2017.

Dr. Salvador Pita Fernández, Dr. Vicente Gil Guillén

AGRADECIMIENTOS

A los directores de esta Tesis, los Doctores Salvador Pita Fernández y Vicente Gil Guillén sin los cuales este estudio epidemiológico no hubiera sido posible.

A la población del Municipio de Cambre que ha participado en este estudio.

A todos los profesionales sanitarios que han participado en la recogida de datos de los diferentes apartados de este proyecto.

A las matemáticas de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del CHUAC: Teresa Seoane por su ayuda incondicional, Sonia Pértega, Vanessa Balboa y Beatriz López por su ayuda en el diseño y análisis de resultados.

A Cristina González Martín por su inestimable ayuda en la gestión de la bibliografía.

A las administrativas, M^a del Carmen Varela y Yolanda García por su infatigable trabajo en el mantenimiento de la base de datos.

A mi hijo Héctor al que amo profundamente.

A mi hermana Nieves, mi otra mitad. Mi melliza.

A mis sobrinos, Christian y Bianca.

A mi amiga Neves Amado por estar siempre a mi lado y creer en mis posibilidades.

A Salvador, por representar en su máxima expresión los conceptos de coraje, sacrificio, tenacidad, energía y dignidad tanto en su vertiente profesional como personal. Gracias por ser, en este largo recorrido, el mejor compañero en el viaje de mi vida.

DEDICATORIA:

A mis padres Adelina y Tucho.

Por su amor incondicional



RESUMEN

Objetivos: Determinar en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años, su comorbilidad, dependencia, deterioro cognitivo y calidad de vida. Así como la prevalencia de los que viven solos, se sienten solos, su aislamiento social y variables asociadas

Material y Métodos: Muestra aleatoria poblacional de 65 y más años de municipio de Cambre (A Coruña)(n=775;seguridad 95%;precisión \pm 3,09%).Período 2009-2012. Tras consentimiento informado y aprobación por el comité de ética se obtiene información de: variables sociodemográficas, antropométricas, actividad física, comorbilidad (índice de Charlson), calidad de vida (SF36), dependencia (Índice de Barthel, Lawton) deterioro cognitivo (Cuestionario de Lobo) y recursos sociales (OARS). Se realiza un análisis descriptivo y multivariado de regresión logística para determinar variables asociadas a vivir solo, sentirse solo y aislamiento social.

Resultados:

La prevalencia de hipertensión, según consta en la historia clínica es del 54,7%.La patología más prevalente del Score de Charlson es la diabetes (16.78%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (9.1%) y el infarto agudo de miocardio (IAM) 7,8%. En los hombres existe significativamente más prevalencia que en las mujeres de infartos agudos de miocardio (10.4% vs. 5.3%, $p=0.010$) enfermedad cerebrovascular (6,4% vs. 2,7%; $p=0,013$) y neoplasias (10,4% vs. 3,7%; $p=0,05$).

El nivel de dependencia de las actividades básicas aumenta con la edad. En los pacientes de 65 y más años dicha dependencia es del 23.8%

La prevalencia de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton) se incrementa con la edad, oscilando de un 11.2% en la población de 65 y más años a un 23.8% en los de 75 y más años.

El deterioro cognitivo, se incrementa a su vez con la edad, siendo de un 3.3% en las personas de 65 y más años y de un 5.9% en los de 75 y más años.

Un 11,7% viven solos, un 24,8% se sienten solos y presentan aislamiento social un 17.7%

Tras ajustar en diferentes modelos de regresión logística, según grupo de edad, por las variables: edad, sexo, índice de Lawton y de Barthel, sumarios físico y mental del SF36 y score de comorbilidad del Charlson, objetivamos que para el grupo de 65 y más años las variables que se asocian de forma significativa con el hecho de *vivir solo* son la edad y el índice de Lawton. A mayor edad mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.076) y puntuación mayor en el índice de Lawton se asocia con mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.82)

Tras realizar un análisis multivariado de regresión logística las variables que se asocian significativamente con el hecho de *sentirse solo* en las personas de 65 y más años son el género femenino (OR=5.701), el componente mental del SF36 (OR=0.934), el componente físico (0.967) y el hecho de vivir solo (OR=2.459), y la puntuación obtenida en el cuestionario de Lobo de deterioro cognitivo (OR= 0.938).

En el grupo de edad de 65 y más años, tras considerar la edad, el sexo, el índice de Lawton y Barthel, el sumario físico y mental del SF-36, el score de comorbilidad, el hecho de vivir solo y el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo, objetivamos que las variables que tienen efecto independiente para predecir *aislamiento social* son la edad, el sumario físico y mental del SF-36 y la puntuación de deterioro cognitivo de Lobo.

Conclusiones: La edad y el género modifican la comorbilidad. El vivir solo se encuentra asociado a mayor edad, al género femenino y la mayor independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria.

El sentirse solo se encuentra asociado al género femenino. La mayor puntuación tanto en el componente mental como el físico del SF-36 como del cuestionario de Lobo disminuye la probabilidad de sentirse solo. El hecho de vivir solo, aumenta la probabilidad de sentirse solo.

El aislamiento social se incrementa a su vez con la edad y disminuye con la mayor puntuación del componente físico y mental del SF-36 así como con la mayor puntuación del cuestionario de Lobo.



ABSTRACT

Objectives: To determine in a random sample population of 65 years and older their comorbidity, dependence, cognitive deterioration and quality of life. As well as the prevalence of those living alone, they feel alone, their social isolation and associated variables

Material and Methods: A random sample of population aged 65 years and older from the municipality of Cambre (A Coruña)(Spain) (n = 775, safety 95%, accuracy \pm 3.09%). After informed consent and approval by the ethics committee, we obtain information on: sociodemographic, anthropometric variables, physical activity, comorbidity (Charlson index), quality of life (SF36), dependence (Barthel Index, Lawton) And social resources (OARS). A descriptive and multivariate analysis of logistic regression was performed to determine variables associated with living alone and social isolation.

Results:

The prevalence of hypertension, as recorded in the medical record is 54.7%. The most prevalent pathology of the CharlsonScore is diabetes (16.78%), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (9.1%) and acute myocardial infarction (AMI) 7.8%. In men, there was significantly more prevalence than in women with acute myocardial infarctions (10.4% vs. 5.3%, $p = 0.010$) cerebrovascular disease (6.4% vs. 2.7%, $p = 0.013$) and neoplasms (10.4% vs. 3.7%, $p = 0.05$).

The level of dependence on basic activities increases with age. In patients aged 65 and over, this dependence is 23.8%

The prevalence of dependence for instrumental activities of daily living (Lawton Index) increases with age, ranging from 11.2% in the population aged 65 and over to 23.8% in those aged 75 and over.

Cognitive impairment, in turn, increases with age, being 3.3% in people aged 65 and over and 5.9% in those aged 75 and over.

11.7% live alone, 24.8% feel alone and have social isolation 17.7%

After adjusting in different logistic regression models, according to age group, by age, sex, Lawton and Barthel index, physical and mental summaries of SF-36 and Charlson comorbidity score, we found that for the group of 65 and more years the variables that are significantly associated with living alone are age and the Lawton index. The older the greater the probability of living alone (OR = 1.076) and higher score in the Lawton index is associated with a greater probability of living alone (OR = 1.82)

After performing a multivariate logistic regression analysis, the variables that are significantly associated with feeling alone in people 65 years and over are the female gender (OR = 5.701), the mental component of the SF-36 (OR = 0.934), the (OR = 2.459), and the score obtained on the Lobo questionnaire for cognitive impairment (OR = 0.938).

In the age group of 65 and over, after considering age, sex, Lawton and Barthel's index, SF-36 physical and mental summary, comorbidity score, living alone, and cognitive impairment questionnaire Lobo, we found that the variables that have an independent effect to predict social isolation are age, physical and mental summary of the SF-36 and the cognitive deterioration of Lobo score

Conclusions: Age and gender modify comorbidity. Living alone is associated with older age, female gender and greater independence for instrumental activities of daily living.

Feeling alone is associated with the female gender. The higher score in both the mental and physical components of the SF-36 and in the Lobo questionnaire decreases the probability of feeling alone. Living alone increases the likelihood of being alone.

Social isolation increases in turn with age and decreases with the highest score of the physical and mental component of the SF-36 as well as with the highest score of the Lobo questionnaire.

RESUMO

Obxectivos: Determinar nunha mostra aleatoria poboacional de 65 e mais anos a súa comorbilidade, dependencia, deterioro cognitivo e calidade de vida. Así como a prevalencia dos que viven sos, séntense sos, o seu illamento social e variables asociadas.

Material e Métodos: Mostra aleatoria poboacional de 65 e máis anos do municipio de Cambre (A Coruña)(n=775;seguridade 95%;precisión \pm 3,09%).Período 2009-2012. Tras consentimento informado e aprobación polo comité de ética obtense información de: variables sociodemográficas, antropométricas, actividade física, comorbilidade (índice de Charlson), calidade de vida (SF36), dependencia (Índice de Barthel, Lawton) deterioro cognitivo (Lobo) e recursos sociais (OARS). Realízase una análise descriptivo e multivariado de regresión loxística para determinar variables asociadas ao vivir só e ao illamento social.

Resultados:

A prevalencia de hipertensión, segundo consta na historia clínica é do 54,7%. A patoloxía máis prevalente do Score de Charlson é a diabete (16.78%), a enfermidade pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (9.1%) e o infarto agudo de miocardio (IAM) 7,8%. Nos homes existe significativamente máis prevalencia que nas mulleres de infartos agudos de miocardio (10.4% vs. 5.3%, p=0.010) enfermidade cerebrovascular (6,4% vs. 2,7%; p=0,013) e neoplasias (10,4% vs. 3,7%; p=0,05).

O nivel de dependencia das actividades básicas aumenta coa idade. Nos pacientes de 65 e máis anos dita dependencia é do 23.8%

A prevalencia de dependencia para as actividades instrumentais da vida diaria (Índice de Lawton) incrementase coa idade, oscilando dun 11.2% na poboación de 65 e máis anos a un 23.8% nos de 75 e máis anos.

O deterioro cognitivo, incrementase á súa vez coa idade, sendo dun 3.3% nas persoas de 65 e máis anos e dun 5.9% nos de 75 e máis anos.

Un 11,7% viven sos, un 24,8% séntense sos e presentan illamento social un 17.7%.

Tras axustar, en diferentes modelos de regresión loxística, segundo grupo de idade, polas variables: idade, sexo, Índice de Lawton e de Barthel, Sumarios físico e mental do SF36 e score de comorbilidade do Charlson, obxectivamos que para o grupo de 65 e máis anos as variables que se asocian de forma significativa co feito de vivir só son a idade e o Índice de Lawton. A maior idade maior probabilidade de vivir só (OR=1.076) e puntuación maior no Índice de Lawton asóciase con maior probabilidade de vivir só (OR=1.82).

Tras realizar una análise multivariado de regresión loxística as variables que se asocian significativamente co feito de sentirse soas as persoas de 65 e máis anos son: o xénero feminino (OR=5.701), o compoñente mental do SF36 (OR=0.934), o compoñente físico (0.967) e o feito de vivir só (OR=2.459), e a puntuación obtida no cuestionario de Lobo de deterioro cognitivo (OR= 0.938).

No grupo de idade de 65 e máis anos, tras considerar a idade, o sexo, o Índice de Lawton e Barthel, o sumario físico e mental do SF36, o score de comorbilidade, o feito de vivir só e o cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo, obxectivamos que as variables que teñen efecto independente para predecir illamento social son: a idade, o sumario físico e mental do SF36 e a puntuación do deterioro cognitivo de Lobo.

Conclusións: A idade e o xénero modifican a comorbilidade. O vivir só atópase asociado a maior idade, ao xénero feminino e a maior independencia para as actividades instrumentais da vida diaria.

O sentirse só atópase asociado ao xénero feminino. A maior puntuación tanto no compoñente mental como o físico do SF-36 como no cuestionario de Lobo diminúen a probabilidade de sentirse só. O feito de vivir só, aumenta a probabilidade de sentirse só.

O illamento social incrementase á súa vez coa idade e diminúe coa maior puntuación do compoñente físico e mental do SF-36 así como coa maior puntuación do cuestionario de Lobo.



Índice

	Página
LISTADO DE ABREVIATURAS	I
ÍNDICE DE FIGURAS	II
ÍNDICE DE TABLAS	III
1. INTRODUCCIÓN	1
a) Concepto de soledad y aislamiento social	1
b) Magnitud del problema	1
c) Medición de soledad y aislamiento social	4
d) Variables asociadas a la soledad y el aislamiento social	8
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	16
3. HIPÓTESIS	17
4. OBJETIVOS	18
5. MATERIAL Y MÉTODOS	19
a) Ámbito de estudio	19
b) Período de estudio	21
c) Tipo de estudio	21
d) Criterios de inclusión	21
e) Criterios de exclusión	21
f) Reclutamiento	21
g) Justificación del tamaño muestral	24
h) Mediciones	25
i) Estrategia de análisis estadístico	27
j) Estrategia de búsqueda bibliográfica	27
6. ASPECTOS ETICO-LEGALES	28
7. RESULTADOS	31
1. Características generales de la muestra estudiada	32
a. Variables sociodemográficas	32
b. Características antropométricas, comorbilidad y medicación población	33
c. Características antropométricas, comorbilidad y medicación por sexo	36
d. Dependencia, deterioro cognitivo y recursos sociales	38
2. Características de los pacientes que viven solos o no y variables asociadas a su presencia	39
3. Análisis de personas dependientes para ABVD y/o AIVD según vivan solas o no	45
4. Características de los pacientes según el sentimiento de soledad y variables asociadas	47
5. Aislamiento social (OARS abreviado) y variables asociadas a su presencia	55
8. DISCUSION	62
9. CONCLUSIONES	73
10. BIBLIOGRAFIA	77
11. ANEXOS	
I Cuaderno de recogida de datos. Población adulta 65 y más años en Cambre	87
II Score de comorbilidad de Charlson	89
III Cuestionario de Salud SF-36. Versión española 1.4	90
IV Índice de Barthel. (Actividades Básicas de la Vida Diaria). (Versión original)	96
V Índice de Lawton (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)	97
VI Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35)	98
VII Escala OARS	99

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABC	Area bajo la curva
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria. Cuestionario de Barthel
AINES	Antinflamatorios no esteroideos
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria. Índice de Lawton
ARAS	Antagonistas de los receptores de la angiotensina
CEIC	Comité ético de investigación clínica de Galicia
DT	Desviación típica
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
HTA	Hipertensión arterial
IAM	Infarto agudo de miocardio
IC	Intervalo de confianza
IECAS	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina
IMC	Índice de masa corporal
MEC-35	Mini Examen Cognoscitivo de Lobo
OARS	Cuestionario de recursos sociales OARS (OlderAmericansResources and Servicesmultidimensionalassessmentquestionnaire)
OR	Odds ratio. Razon de probabilidades
SF-36	Cuestionario de calidad de vida SF-36

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página	
Figura 1	Proyección de población en España. Período 2020-2050	2
Figura 2	Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España, 2011 (%)	3
Figura 3	Municipio de A Coruña y Ayuntamientos limítrofes.	19
Figura 4	Parroquias del municipio de Cambre	20
Figura 5	Centro de Salud de Cambre	20
Figura 6	Carta de invitación a participar en el estudio	22
Figura 7	Tríptico informativo	23
Figura 8	Pirámide poblacional del municipio de Cambre 2008	24
Figura 9	Autorización del comité ético para el estudio de 65 y más años	29
Figura 10	Autorización del comité ético para el estudio de 65 y más años	30
Figura 11	Distribución de la muestra estudiada por edad	33
Figura 12	Índice de Charlson ajustado por edad.	35
Figura 13	Distribución de la media de edad de la muestra estudiada según sexo	36
Figura 14	Probabilidad de “sentirse solo” en relación con el Componente Sumario Mental del cuestionario SF-36 y vivir sólo o no, para pacientes de 65 y más años	53
Figura 15	Probabilidad de “sentirse solo” en relación con el Componente Sumario Mental del cuestionario SF-36 y vivir sólo o no, para pacientes de 75 y más años	54

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1	Asociación de diferentes variables a la soledad y el aislamiento social según revisión de la literatura	9
Tabla 2	Población del municipio de Cambre por grupos de edad y sexo. 2008	25
Tabla 3	Variable sociodemográficas	32
Tabla 4	Distribución de pacientes según variables antropométricas, hábito tabáquico, patología crónica conocida por el paciente y medicación	34
Tabla 5	Concordancia entre los antecedentes de hipertensión arterial en la historia clínica y los resultados del registro de tensión arterial en el momento de la exploración	35
Tabla 6	Distribución de pacientes según variables antropométricas, patología crónica y medicación por sexo	37
Tabla 7	Distribución de los pacientes de la muestra estudiada según el grado de dependencia de las actividades básicas. Deterioro cognitivo y recursos sociales	39
Tabla 8	Distribución de los pacientes de la muestra estudiada según el hecho de vivir solo o no por grupos de edad y diferentes covariables	40
Tabla 9	OARS abreviado según el hecho de vivir solo o no y grupos de edad	43
Tabla 10	Modelos de regresión logística para la prevalencia de vivir solo ajustando por diferentes variables en los distintos grupos de edad	44
Tabla 11	Dependencia de las ABVD y/o AIVD	45
Tabla 12	Distribución de los pacientes dependientes, mayores de 65 años, según el hecho de vivir solo o no según diferentes covariables	45
Tabla 13	Modelos de regresión logística para la prevalencia de vivir solo en personas dependientes para las actividades básicas y/o instrumentales	46
Tabla 14	Características en la población estudiada según variables socio-demográficas por grupos de edad según el sentimiento de sentirse o no sólo	50
Tabla 15	Características en la población estudiada según scores de dependencia, comorbilidad, calidad de vida y deterioro cognitivo por grupos de edad según el sentimiento de sentirse o no sólo.	51
Tabla 16	Modelo de regresión logística para predecir probabilidad de sentirse solo según diferentes variables por grupos de edad	52
Tabla 17	Área bajo la curva para predecir "sentirse solo" según diferentes variables por grupos de edad	53
Tabla 18	Evaluación de los recursos sociales (Cuestionario OARS)	55
Tabla 19	Presencia o no de aislamiento social según diferentes grupos de edad y diferentes variables	57
Tabla 20	Modelo de regresión logística para la prevalencia de aislamiento social en población de ≥ 65 años.	59
Tabla 21	Modelo de regresión logística para la prevalencia de aislamiento social en población de ≥ 70 años.	60
Tabla 22	Modelo de regresión logística para la prevalencia de aislamiento social en población de ≥ 75 años.	61

1. INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

a) CONCEPTO DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

El aislamiento social y la soledad son situaciones que forman parte de la experiencia vital que en personas de mayor edad están claramente reconocidas (1). La soledad y el aislamiento social no son sinónimos aunque con frecuencia están relacionados. Ambas situaciones son conceptualmente diferentes. Uno puede sentirse solo sin estar socialmente aislado. Por otra parte, se puede experimentar soledad y aislamiento social o estar aislado socialmente sin sentirse solo(2).

El aislamiento social es una medida objetiva de falta de relaciones y la soledad hace referencia a sentimientos subjetivos. La soledad es un sentimiento subjetivo y negativo asociado a una falta de percepción de apoyo social o a la ausencia de un deseo específico de compañía(2, 3).

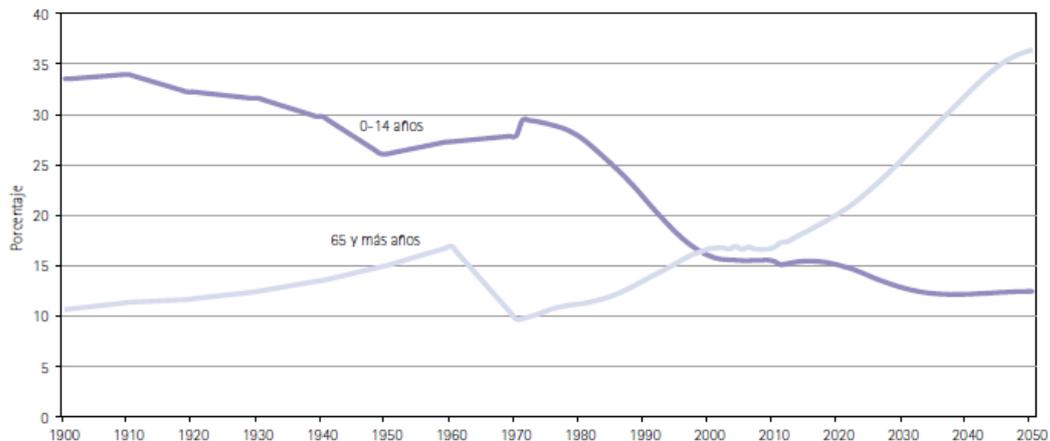
Algunos investigadores han asociado el estar sólo a un sentido objetivo y el sentirse sólo a un subjetivo, pero como hemos comentado previamente pueden existir varias situaciones al mismo tiempo se puede estar sólo, aislado, marginado y no existir soledad, y viceversa.

b) MAGNITUD DEL PROBLEMA

En España, según los datos oficiales del Censo del 2011 había 46.815.916 habitantes. De ese conjunto de población, las personas de 65 y más años representaban el 17,3% (8.116.350 personas) frente al 16,6% en el año 2009(4). La población de 65 y más años no solo presenta un problema demográfico sino que se encuentra asociado a mayor dependencia, mayor deterioro cognitivo, mayor comorbilidad y mayor necesidad de recursos sociales para poder atender adecuadamente a esta población. Según las proyecciones que se muestran en la Figura 1 la magnitud de este problema va a ir incrementándose progresivamente.

Figura 1 Proyección de población en España. Período 2020-2050

Inversión de la tendencia demográfica en España, 1900-2050



* Las proyecciones de población (2020-2050) están calculadas a partir de la población a 1 de enero de 2012.

Fuentes: 1900-2001: INE: INEBASE: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.

2011: INE: INEBASE: Censos de población y vivienda 2011. Resultados nacionales, por comunidades autónomas y provincias.

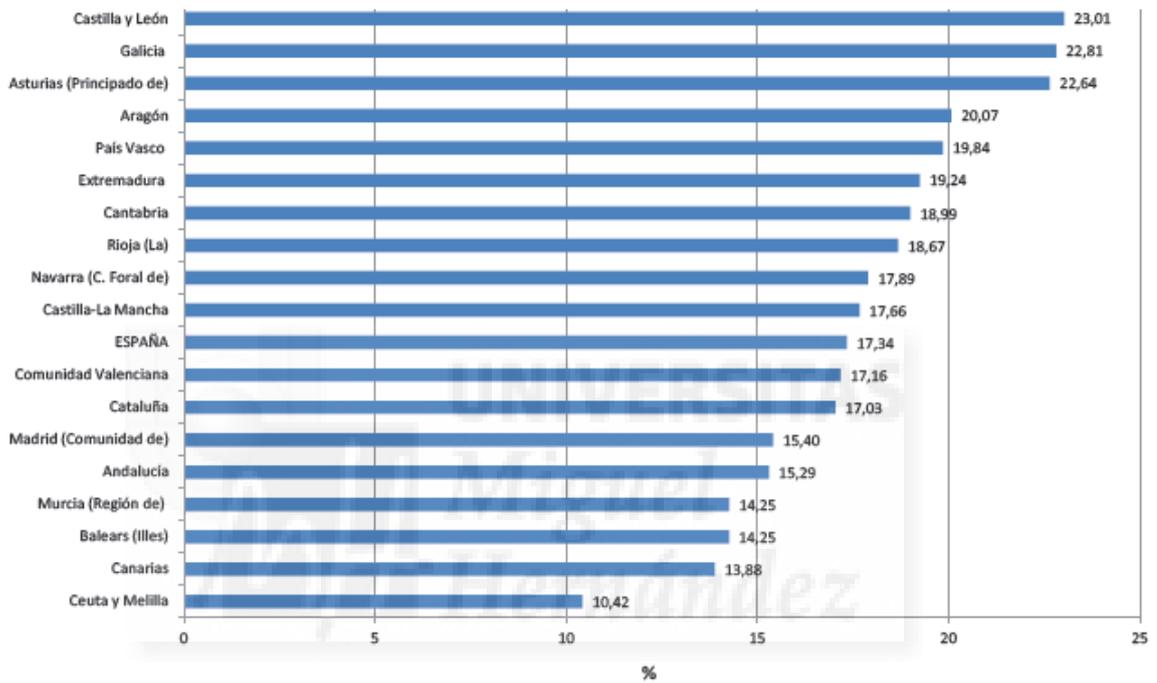
2020-2050: INE: INEBASE: Proyección de la población a largo plazo.

Fuente: INFORME 2012 .Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Colección Documento. Serie Documentos Estadísticos Nº 22027. 2014(4)

Según este informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el 10,1% de los varones mayores de 65 años viven solos. Este porcentaje en las mujeres llega a un 25,5%. En la Unión Europea, según dicho informe, este porcentaje en los hombres es de 19,5% y en las mujeres de 42,1%. Según este informe la tercera parte de ellas (el 34,6%) afirma no sentirse solas nunca, frente a las cuales existe un 11,4% que reconoce sufrirla de un modo permanente; además, hay quienes declaran sentir la soledad sobre todo de noche (el 8,7%), por el día (el 5,1%) o durante los fines de semana (el 5,7%), así como quienes la vinculan con la enfermedad (el 9,7%) o dicen padecerla en ocasiones especiales (el 24,8%). Este problema adquiere mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino: nunca lo sufren cerca del 44% de los hombres frente al 28% de las mujeres, mientras que lo padecen por el día, por la noche o de continuo porcentajes de mujeres que superan de largo a los de varones. (4)

La población de España de 65 y más años por comunidades autónomas se muestra en la Figura 2. En dicha Figura se objetiva que la comunidad autónoma de Galicia presenta el mayor porcentaje de población de 65 y más años (22,81%), después de Castilla y León (23,01%)

Figura 2. Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España, 2011 (%)



Fuente: INE: INEBASE: Censos de Población y Viviendas 2011

c) MEDICIÓN DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

Las diferencias entre la soledad y el aislamiento social han sido descritas en la literatura(5).

La soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes. Se puede diferenciar entre la soledad objetiva (falta de apoyo y compañía) de la soledad subjetiva (percepción de sentirse solo)(6).

El aislamiento hace referencia a la objetividad y a la falta de relaciones y, en cambio, la soledad implica las vivencias o percepciones vividas(3).

La cuantificación de la soledad y el aislamiento social son elementos fundamentales para su estudio. La escala OARS de recursos sociales es un instrumento multidimensional adaptado a la población mayor y evalúa de forma objetiva la soledad(7, 8).

Existen una serie de cuestionarios que evalúan la soledad de forma subjetiva. Dichos instrumentos son:

- **Escala de Philadelphia.** Fue diseñada por Lawton en 1972 y se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que “uno tiene un sitio en esta vida” y la aceptación de lo que no se puede cambiar(9).
- **Apgar familiar**(10, 11). El uso del Apgar familiar o Fapgar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”.

La escala de calificación de Apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar.

- **Severidad de la soledad (NOC)**(12, 13). Taxonomía NursingOutcomesClassification (NOC).

Los resultados de esta evaluación de enfermería representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería.

- **ESTE de Soledad**(14).Se diseñó en la Universidad de Granada. La presente escala, surge como una necesidad ante las dificultades que a nivel de conceptualización y de medición presenta el constructo “Soledad”. A nivel conceptual, este instrumento ha sido diseñado desde perspectivas que abordan la soledad como un constructo multidimensional, centrándose principalmente en los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que tales déficits pueden provocar.

Para ello, se seleccionaron los factores que componían los constructos de soledad más utilizados por la literatura al uso, y que conforman la base teórica desde la que se ha diseñado los instrumentos de evaluación más importantes existentes en el actual mercado psicométrico.

Los ítems que componen esta escala, proceden de otras escalas objetivas y de probada validez tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia y fueron seleccionados en base a su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la autopercepción del nivel de soledad; la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.

- **Escala ESLI**(15, 16).Está formada por dos subescalas, la escala de soledad emocional y la escala de soledad Social.

- **Escala SELSA(17-19).**Es una escala formada por tres subescalas: subescala romántica, subescala de relaciones con la familia y subescala de relaciones con los amigos.
- **Escala UCLA(20, 21).**Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global del sentimiento de soledad como estructura unidimensional. Está compuesta por dos factores: “Intimidad con otros” y “Sociabilidad”.

Y otros evalúan de forma objetiva la soledad, teniendo en cuenta el apoyo familiar y el apoyo social:

Apoyo familiar:

- **Escala sociofamiliar de Gijón(22)**

La Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global. Población diana: Población mayor de 65 años.

- **Escala OARS(23).** Evalúa los recursos sociales en personas de 65 y más años y lo hace a través de seis categorías.

1- *Excelentes recursos sociales:* Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.

- 2- *Buenos recursos sociales*: Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
- 3- *Recursos sociales ligeramente deteriorados*: Las relaciones son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería solo por un corto espacio de tiempo.
- 4- *Recursos sociales moderadamente deteriorados*: Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.
- 5- *Recursos sociales bastante deteriorados*: Las relaciones sociales son insatisfactorias o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
- 6- *Recursos sociales totalmente deteriorados*: Las relaciones sociales son insatisfactorias o de baja calidad y no obtendrían ningún tipo de ayuda.
- **Cuestionario de Barber(24)**. Este cuestionario valora el riesgo psicosocial, la funcionalidad en el paciente geriátrico, la fragilidad en el anciano y el deterioro cognitivo
 - **Apgar familiar(10, 11)**
 - **Severidad de la soledad(NOC), Soporte social (NOC)(12, 13)**.
 - **Escala ESTE de Soledad (14)**
 - **Escala ESLI (15, 16)**
 - **Escala SELSA (18, 19)**
 - **Escala UCLA (20)**

Apoyo social:

- **Escala sociofamiliar de Gijón (22)**
- **Escala OARS(23)**
- **Apgar familiar (10, 11)**
- **Cuestionario de Barber (24)**
- **Severidad de la soledad (NOC), Soporte social (NOC) (12, 13)**
- **Escala ESTE de Soledad (14)**
- **Escala ESLI (15, 16)**
- **Escala SELSA (18, 19)**
- **Escala UCLA (20)**

d) VARIABLES ASOCIADAS A LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL

Existen múltiples estudios observacionales de prevalencia que relacionan la soledad y aislamiento social con una serie con variables socio demográficas, de recursos materiales y estados de salud. La dirección de efecto y la causalidad entre las variables estudiadas en este tipo de estudio observacional de prevalencia no se puede determinar y por tanto la relación causal no es posible.

El aislamiento social es frecuente en la población de 65 y más años a nivel mundial y diferentes factores se asocian con dicho aislamiento.

Las diferentes variables asociadas al aislamiento social y la soledad según revisión de la literatura se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Asociación de diferentes variables a la soledad y el aislamiento social según revisión de la literatura

Referencia	Asociación con
Draper BM (26)	Suicidio
Linnemann C (25)	Depresión, ansiedad, enfermedad mental
Iliffe S (30)	Percepción de peor salud
Pratali L (31)	Restricción de la movilidad
Boss L (39)	Deterioro cognitivo
Nicholson NR (40)	Calidad de vida
Andrew MK (41)	Redes sociales
Welz-Barth A (42)	Incontinencia urinaria
Casper RC (43) Löser C (56) Ahmed T (57)	Malnutrición
Lubinski RB (44)	Problemas de comunicación oral
Kirsch S (45)	La retinopatía diabética
Allepaerts S (46)	La disfagia
Deckx L (48) Jefferies H (49)	Diagnóstico de cáncer
Kim TS (50) Snik AF (51) Ciorba A (52)	Sordera e hipoacusia
Schneider JM (53) Cardarelli WJ (54)	Disminución de la agudeza visual y enfermedades oculares
Forum on Global Violence Prevention (55)	Maltrato
Kenderian S (58)	Ostomias
Muroya K (59)	Viudedad
Griebing TL (60)	Vejiga hiperactiva
Becher K (67)	Incontinencia urinaria
Glozier N (64)	Infarto de miocardio
Hopp FP (65)	Insuficiencia cardíaca
Ellis G (66)	Accidente cerebro vascular
Kemp K (68)	Enfermedad inflamatoria intestinal
Hawkley L (105)	Mortalidad general
Nummela O, Seppänen M	Percepción del estado de salud
Hawkley LC (69)	Aumento de la tensión arterial
O'Luanaigh C (70)	Biomarcadores
Smith SS (71)	Alteraciones de la calidad del sueño
Minister OotDP. A sure start to later life (72)	Alteraciones del comportamiento
Luanaigh CO (73) Hawkley L (74)	Incremento de deterioro cognitivo y demencia

Suicidio: Las tasas de suicidio son de las más elevadas en la población envejecida de Suecia.

Los factores de riesgo para el suicidio son multidimensionales, incluyendo al depresión y el aislamiento social (25).

La asociación entre el aislamiento social y problemas relacionados con la salud y el suicidio se han encontrado en la mayoría de los países(26).

En una publicación en Corea del Sur el aislamiento social y la actividad en la gente mayor se encontraron relacionados con el suicidio, actos criminales, demencia, depresión y costes médicos(27).

Factores psicosociales (el aislamiento social y la falta de apoyo social) junto con otros factores médicos(desórdenes mentales, dolor crónico), psicológicos (falta de esperanza y agresividad), culturales (religión), socioeconómicos (desempleo) y biológicos (genéticos, trastornos de la función cerebral), han sido identificados como factores de riesgo para el suicidio (28).

Existe una clara correlación entre los pensamientos suicidas en personas institucionalizadas y la depresión, el aislamiento social, el sentimiento de soledad y el deterioro funcional (29).

La percepción pobre de salud. El aislamiento social ha sido asociado a alteraciones depresivas, a vivir solo y a la percepción pobre de salud(30).

Las restricciones de movilidad, la actividad física reducida. El aislamiento social ha sido relacionado con las restricciones de movilidad y actividad física(31).

Depresión, enfermedad mental, ansiedad. En un estudio realizado en el Reino Unido, señala que la a depresión afecta a un 10-15% de la población de 65 y más años que vive en su casa y como dicha depresión, con frecuencia no diagnosticada, se asocia a la enfermedad física, a la discapacidad al aislamiento social y a la soledad (32).

La asociación entre aislamiento social, depresión, enfermedad mental, ansiedad y suicidio, también ha sido ampliamente descrita en la literatura (33-37).

Los trastornos de la personalidad pueden seriamente complicar la salud física y mental así como la calidad de vida. En mayor riesgo de depresión, suicidio y demencia así como de aislamiento social se encuentran en la población mayor(38).

Deterioro cognitivo. Se ha descrito también asociación entre el **aislamiento social** y el **deterioro cognitivo** aunque estudios adicionales se precisan para determinar la relación causal (39).

Calidad de vida. El aislamiento social es un importante y prevalente problema de salud a nivel comunitario que se asocia a diferentes condiciones de salud. Con la alta prevalencia y el progresivo incremento de población mayor de 65 años el aislamiento social producirá un impacto sobre la salud, el bienestar, y su calidad de vida (40).

Dentro de los determinantes de salud externos podríamos incluir como determinantes de la salud la red social que cada persona tenga que claramente se relaciona con el aislamiento social(41).

Por otra parte en la literatura se han descrito una serie de patologías médicas que se asocian al aislamiento social. Enumeramos a continuación dichas patologías:

La incontinencia urinaria se asoció al aislamiento social (42), así como **la malnutrición**(43) o **los problemas de comunicación oral**(44). **La retinopatía diabética** a su vez se asocia a aislamiento social pues limita la capacidad para salir de casa, o permanecer en casa con seguridad, la de poder leer, ver la televisión o conducir (45).

La disfagia. Las consecuencias de la disfagia son múltiples y siempre ocasionan un grave problema de salud para los pacientes como la malnutrición, deshidratación, aislamiento social y muerte (46) .

Los trastornos de la deglución son comunes en la gente mayor y su prevalencia con frecuencia está infra estimada. Además de la deshidratación y malnutrición previamente mencionadas puede producir obstrucción de vías aéreas, neumonía por aspiración o neumonitis. Las repercusiones de la disfagia no son solo físicas, sino emocionales y sociales asociándose a depresión alteración de la calidad de vida y aislamiento social(47).

Diagnóstico de cáncer. El sentimiento de soledad se suele incrementar tras el diagnóstico de cáncer (48).

Algunos cánceres incrementan el sentimiento de soledad. Tras el diagnóstico de algunos tumores como el cáncer de vulva la mujer percibe una pérdida de la función sexual y su capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales con un claro incremento del sentimiento de soledad (49).

La sordera e hipoacusia. La pérdida de capacidad auditiva en la gente de 65 y más años contribuye al aislamiento social, depresión y pérdida de autoestima (50).

La presbiacusia puede afectar de manera importante la calidad de vida. Las limitaciones y restricciones en la capacidad de comunicación pueden producir aislamiento social y depresión (51).

La pérdida de capacidad auditiva, limita claramente la capacidad de intercambio de información, ocasionando soledad, aislamiento, dependencia, frustración así como trastornos de la comunicación (52).

Aunque la limitación auditiva y visual se suelen valorar de forma individualizada. La realidad muestra que son dos limitaciones sensoriales que suelen aparecer conjuntamente (53) lo cual agudiza más las limitaciones previamente descritas.

Enfermedades oculares. Las enfermedades oculares también se relacionaron con el aislamiento social. El coste económico de los problemas oculares se ha incrementado progresivamente a medida que la población envejece. La gente mayor además con problemas oculares presenta mayor riesgo de caídas, fracturas, aislamiento social y comorbilidades médicas en comparación con gente que no tiene problemas oculares (54).

Aislamiento social y maltrato. La gente mayor presenta con frecuencia deterioro cognitivo, dependencia , aislamiento social y estos elementos los hacen más vulnerables al maltrato (55).

Malnutrición y aislamiento social. La malnutrición frecuentemente es secundaria a problemas médicos y a problemas sociales. Entre los determinantes sociales de malnutrición podemos considerar el aislamiento social, la incapacidad para preparar el alimento adecuado así como la pobreza o limitación de recursos económicos (56).

La nutrición es un determinante importante del estado de salud y afecta claramente el proceso de envejecimiento. La prevalencia de malnutrición se incrementa en esta población y se asocia con un deterioro en la capacidad funcional, en la capacidad muscular, descenso de la masa ósea, alteración de la función inmunitaria, anemia, deterioro de las capacidades cognitivas, déficit en la cicatrización de heridas, retraso en la recuperación de intervenciones quirúrgicas, mayores tasas de ingresos hospitalarios y muerte (57) . Se requiere un manejo global del paciente, identificando y tratando la patología crónica, la depresión concomitante y el aislamiento social.

Las ostomias. Las ostomias se relacionan con el aislamiento social. La necesidad de una ostomía cambia radicalmente la vida de una persona en su entorno personal y social. Esta revisión sistemática pone de manifiesto algunos de los problemas que presentan estos pacientes como son el aislamiento social, las alteraciones del sueño, los problemas económicos, y la inhibición sexual (58).

La viudedad. La viudedad ha sido descrita también como un determinante social de aislamiento social en relación con comportamientos sociales y culturales(59).

La vejiga hiperactiva. La vejiga hiperactiva se ha relacionado con aislamiento social. Dicha afectación presenta una alta prevalencia tanto en hombres como en mujeres de edades

mayores y se ha relacionado con depresión , aislamiento social y deterioro de la calidad de vida (60).

Infarto de miocardio. Los estudios de pronóstico sobre el efecto de reducido soporte social después de un infarto agudo de miocardio muestran que dicho reducido soporte social se asocia con peor pronóstico, objetivándose un incremento de la mortalidad, reingresos y mayores tasas de re infarto(61-63).

El aislamiento social, después de un infarto de miocardio, ha sido relacionado con peor pronóstico. Aunque los efectos de reducir el aislamiento social es muy probable que produzcan efectos psicosociales positivos, no está claro que esto también pueda mejorar el pronóstico de la enfermedad coronaria(64).

Insuficiencia cardíaca. Lo mismo ha sucedido con la insuficiencia cardíaca. Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen delante de sí muchos retos. Los relacionados con el sistema de salud, el cambio de vida, el aislamiento social, los diferentes síntomas y la incertidumbre del pronóstico (65).

Accidentes cerebro vasculares. Muchos pacientes experimentan depresión, aislamiento social y ansiedad después de un accidente cerebrovascular(66).

Incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria se asocia con la pérdida de autonomía y aislamiento social (67).

La enfermedad inflamatoria intestinal. La enfermedad inflamatoria intestinal, a su vez, se asocia al aislamiento social. El temor a la incontinencia tiene un gran impacto en el comportamiento individual, llevando a un aislamiento social y pérdida de eventos de la vida diaria secundaria al temor de la incontinencia que pueden presentar dichos pacientes (68).

Incremento de la tensión arterial. La soledad ha sido identificada como predictor de incrementos de la tensión arterial (69).

Elevación de biomarcadores .La soledad y el aislamiento social se han visto asociados a marcadores inflamatorios. La soledad se asoció a niveles elevados de HbA1c en comunidades de gente mayor. El mecanismo de acción aún no ha sido dilucidado pero podría reflejar una respuesta anormal al estrés de gente que vive y se siente sola(70).

Alteración de la calidad del sueño. La soledad se ha su vez encontrado asociada a la calidad del sueño (71).

Compartimientos de riesgo. La soledad y el aislamiento social se ha encontrado a su vez asociada a alteraciones y comportamientos de riesgo (72).

Incremento del deterioro cognitivo e incremento del riesgo de Alzheimer. La soledad de asoció a su vez a incremento del deterioro cognitivo e incremento del riesgo de Alzheimer(73, 74).

Con el objetivo de determinar en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años la prevalencia de la población que vive sola, su sentimiento de soledad y el aislamiento social y las variables asociadas se realiza este estudio teniendo en cuenta a su vez su comorbilidad, su dependencia, su deterioro cognitivo y su calidad de vida.

2. JUSTIFICACIÓN



2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio está justificado por:

- a) El incremento progresivo de la población de 65 y más años pone de manifiesto como la soledad y el aislamiento social presentan una alta prevalencia e interés social.
- b) La soledad y el aislamiento social afecta a población vulnerable y con alta comorbilidad.
- c) La utilización de recursos sociales y sanitarios se incrementan con la edad y con el aislamiento social y la soledad.
- d) La identificación de población en soledad y/o aislamiento social podría permitir poner en marcha actividades de prevención secundaria en población sana (actividades de cribado) o en población ya enferma, prevención terciaria, para minimizar la comorbilidad asociada.
- e) La escasez de publicaciones sobre este tema en nuestro ámbito.

3. HIPÓTESIS

*Miguel
Hernández*

3. HIPÓTESIS

En relación a las características generales de la población general

H₀: La población de 65 y más años no presenta comorbilidad asociada y no hay diferencia según sexo.

H_a: La población de 65 y más años si presenta comorbilidad asociada y si hay diferencia según sexo.

En relación a vivir solos o no

H₀: La población de 65 y más años que vive sola no presenta variables asociadas a dicha soledad.

H_a: La población de 65 y más años que vive sola si presenta variables asociadas a dicha soledad.

En relación a sentirse solo/a

H₀: La población de 65 y más años que se siente sola no presenta variables asociadas a dicho sentimiento de soledad.

H_a: La población de 65 y más años que se siente sola si presenta variables asociadas a dicho sentimiento de soledad.

En relación al aislamiento social

H₀: No existen variables en la población de 65 y más años que se asocien al aislamiento social.

H_a: Sí existen variables en la población de 65 y más años que se asocien al aislamiento social.

4. OBJETIVOS



4. OBJETIVOS:

a) Determinar en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años:

- La comorbilidad
- La dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- El deterioro cognitivo
- La calidad de vida

b) Determinar en dicha muestra:

- La prevalencia de los que viven solos
- La prevalencia de personas que se sienten solas
- La prevalencia de aislamiento social

c) Determinar las variables asociadas a estos diferentes conceptos de soledad

5. MATERIAL Y MÉTODOS



5. MATERIAL Y MÉTODOS

A- *Ámbito de estudio*: Ayuntamiento de Cambre (A Coruña).

El término municipal de Cambre está situado al noroeste de Galicia, en la provincia de A Coruña, a 12 Km de la capital de la provincia (Figura 3). Forma parte de la comarca de As Mariñas y está constituido por 12 parroquias: Anceis, Andeiro, Brexo-Lema, Bribes, Cambre, Cecebre, Cela, Pravio, San Lorenzo, Sigrás, O Temple y St^a M^a de Vigo (Figura 4). El centro de Salud está ubicado en la parroquia de Cambre (Figura 5). La población es de 23.373 habitantes (enero 2008) agrupados en asentamientos básicos de convivencia, los cuales al mismo tiempo se distribuyen en más de 120 núcleos de población denominados aldeas o lugares. La superficie total del municipio es de 41 km².

Figura 3. Municipio de A Coruña y Ayuntamientos limítrofes.

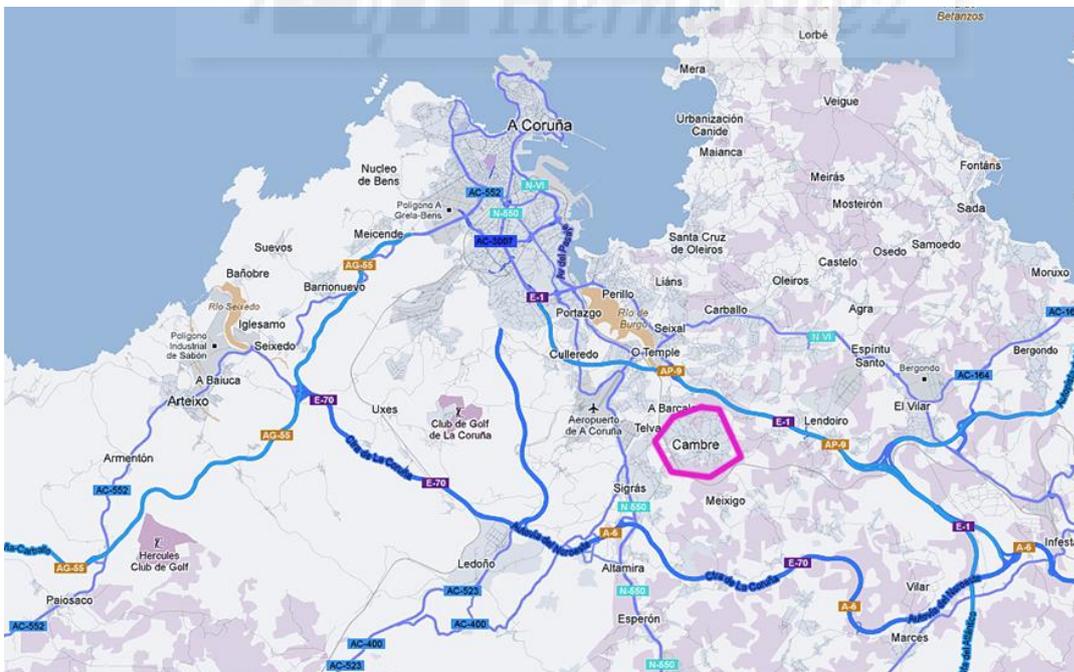


Figura 4. Parroquias del municipio de Cambre

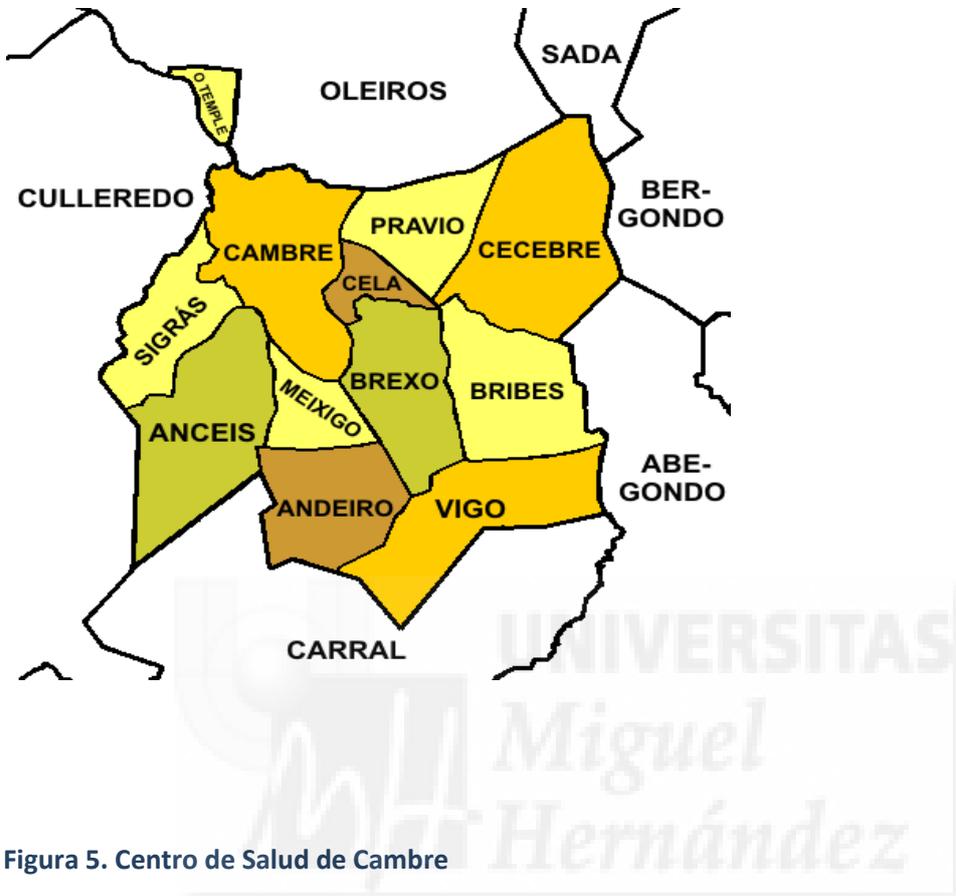


Figura 5. Centro de Salud de Cambre



B- Período de estudio: Noviembre 2009/Julio 2012.

C- Tipo de estudio: observacional de prevalencia.

D- Criterios de Inclusión:

- Población de 65 y más años.
- Afiliación a la seguridad social en el Ayuntamiento de Cambre.
- Consentimiento informado.

E- Criterios de exclusión:

- Imposibilidad de acudir a la cita concertada en el Centro de Salud.

F- Reclutamiento: el ámbito de muestreo se realizó aleatoriamente en residentes del Municipio de Cambre a través del censo de la Tarjeta sanitaria. Dicho muestreo se realizó tras estratificar por grupos de edad y sexo. A la población seleccionada se les envió una carta personal (Figura 6) y un tríptico (Figura 7) invitándoles a participar en el estudio y explicando los objetivos del mismo. Posteriormente, a través de una llamada telefónica, se acordó una cita en el Centro de Salud. Se llegaron a realizar hasta tres llamadas telefónicas para localizar al participante.

Figura 6. Carta de invitación a participar en el estudio.



Estimado/a Sr. /Sra.:

Le enviamos esta carta para invitarle a participar en un estudio con el que se pretende conocer los problemas cardiovasculares, respiratorios y circulatorios en las extremidades, así como la calidad de vida y la existencia de otras enfermedades en la población de Cambre.

El estudio será realizado en el Centro de Salud de Cambre por un grupo de médicos, fisioterapeutas y podólogos del propio centro y del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Este estudio no implica que deba realizarse ningún análisis si usted tiene alguno reciente, ni radiografías ni cambios en su tratamiento; solo se le realizará una exploración, una espirometría (respirar a través de un aparato) y la cumplimentación de unos cuestionarios sobre su salud.

En los próximos días le llamaremos por teléfono para invitarle y concretar una cita en el Centro de Salud si finalmente estuviera interesado en participar. Cuando venga al centro le explicaremos con todo detalle el estudio (le adjuntamos un resumen) y en cualquier caso podrá decidir no participar en cualquier momento.

Atentamente

Dr. Arturo Louro González

Coordinador del Centro de Salud
de Cambre

Dr. Salvador Pita Fernández

Unidad de Investigación del Complejo
Hospitalario Universitario de A Coruña

Figura 7. Tríptico informativo

Trabajo de Investigación en C.AMBRE

La cardiopatía isquémica (CI) es uno de los principales problemas de salud pública en el momento actual, además de la primera causa de mortalidad en la población adulta de los países desarrollados.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad potencialmente mortal, prevenible pero incurable, su análisis epidemiológico es difícil debido a las dificultades conceptuales y de diagnóstico que conlleva, la EPOC suele empeorar con el tiempo por lo que generalmente se diagnostica en mayores de 40 años. Por todo ello es necesario realizar estudios que revelen su impacto real.

Los cuestionarios de salud autopercibida permiten medir la parte subjetiva de la salud y conocer la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, esto proporciona información complementaria que puede ser muy útil en el manejo y evaluación de los pacientes.

La prevención en geriatría permite reducir la mortalidad prematura originada por enfermedades agudas y crónicas, mantener la independencia funcional de la persona tanto como sea posible, aumentar la esperanza de vida activa (independiente) y mejorar la calidad de vida.

Una apropiada salud del pie repercute en la salud general del individuo, se pueden prevenir muchos problemas importantes del pie mediante una atención apropiada.



**COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO A CORUÑA**

Y

CENTRO DE SALUD DE CAMBRE

Teléfono de contacto 683532664

*Aprobado por el CEIC de Galicia
cód. reg. 2008/264*

*Premio Dr. Jiménez Herrero, 2011
Otorgado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia*

Trabajo de Investigación en C.AMBRE

**RIESGO CARDIOVASCULAR,
COMORBILIDAD, CALIDAD
DE VIDA Y DEPENDENCIA
EN PERSONAS DE 40 Y MÁS
AÑOS DE EDAD EN EL
MUNICIPIO DE CAMBRE**



**CENTRO DE SALUD DE CAMBRE
COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE A CORUÑA**

Trabajo de investigación en el Municipio de Cambre

Este documento tiene como objetivo informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Debe saber que su participación en este estudio es completamente voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en la asistencia sanitaria a la que usted tiene derecho. Usted no percibirá remuneración alguna por participar en el estudio. Ninguno de los investigadores recibirán tampoco retribuciones específicas por su dedicación en el estudio.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es determinar el riesgo cardiovascular, la comorbilidad (coexistencia de otras enfermedades), la calidad de vida y el nivel de dependencia de la población de 40 y más años del municipio de Cambre.

Para determinar el riesgo cardiovascular necesitamos conocer su tensión arterial, si es usted o no diabético, su colesterol en sangre, si fuma o no y si el tamaño de su corazón está agrandado tras realizarle un electrocardiograma. Para determinar los factores de riesgo cardiovascular se le va a pesar, tallar, tomar su tensión arterial y se le realizará un análisis de sangre para determinar los niveles de lípidos (grasas), colesterol y nivel de azúcar. Dicho análisis no será necesario si tiene ya uno reciente (en los últimos 12 meses). También se le harán unas preguntas acerca de su consumo de tabaco, sobre si le han sido diagnosticadas algunas enfermedades y la medicación que consume habitualmente.

Se le medirá la concentración de oxígeno en sangre mediante un pequeño aparato (pulsioxímetro) que se le colocará en un dedo. Además, se evaluará la capacidad de sus pulmones mediante una prueba sencilla en la que en varias ocasiones se le pedirá que coja la máxima cantidad de aire posible en sus pulmones para expulsarla a continuación. Se le realizará además un examen de sus pies por personal cualificado. Ninguna de estas pruebas supondrá la realización de analíticas, radiografías, ecografías u otras técnicas invasivas.

Si tiene entre 45 y 64 años, se le pedirá que conteste a unos cuestionarios en los que se le preguntará sobre diferentes aspectos relacionados con su calidad de vida, niveles de ansiedad y la frecuencia con la que realiza ejercicio físico.

Si tiene usted más de 65 años, también se evaluará la presencia de deterioro cognitivo (alteraciones en la memoria) realizándole algunas preguntas. Finalmente, se le pedirá que conteste a unos cuestionarios en los que se le preguntará sobre diferentes aspectos relacionados con su calidad de vida, disponibilidad de recursos sociales y su capacidad para realizar diferentes actividades en la vida diaria.

BENEFICIOS OBTENIDOS DE SU PARTICIPACIÓN: La realización de este estudio no va a tener ningún efecto sobre las pruebas, análisis o consultas que se le realicen en su seguimiento. Es probable que de una manera inmediata este estudio no tenga ningún beneficio sobre usted, pero ayudará a determinar los factores que se asocian a la presencia de enfermedades cardiovasculares y su grado de control actual.

RIESGOS E INCONVENIENTES: La realización de este estudio no conlleva un aumento ni el número de consultas, ni el número de análisis, ni el número de pruebas de ningún tipo (radiografías, ecografías) que se le puedan realizar. Incluso, si su médico le ha realizado un análisis reciente (en los últimos 12 meses) no será necesario hacerle ningún análisis más. La realización del análisis de sangre puede producir, en la zona del pinchazo, ocasionalmente un pequeño hematoma.

UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: La información no le identificará por su nombre, sólo identificada por un número de código con el objeto de proteger su privacidad. Asimismo, si los resultados del estudio se publican su identidad permanecerá confidencial. Solamente los médicos y enfermeras encargadas del estudio tendrán una lista que relacione el número del código con su nombre. Con la firma de este consentimiento informado, usted autoriza el acceso directo a su historial clínico para el estudio de sus enfermedades.

La información recogida sobre usted será confidencial indefinidamente. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

G- Justificación del tamaño muestral: el tamaño muestral se calculó teniendo en consideración el total de la población (n=23.649), tras estratificar por edad y sexo.(Figura 8, Tabla 2).Finalmente de la población de 65 y más años (n= 3323)se estudiaron 775 personas. Este tamaño muestral nos permitió estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95% y una precisión de $\pm 3.09\%$.

Figura 8. Pirámide poblacional del municipio de Cambre 2008

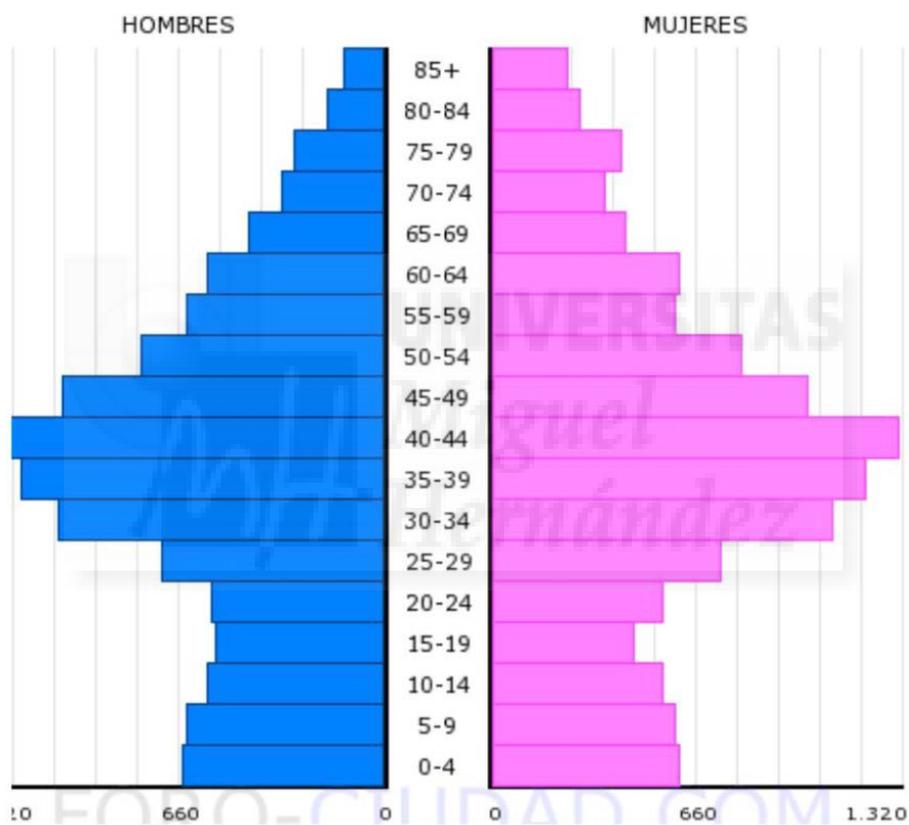


Tabla 2. Población del municipio de Cambre por grupos de edad y sexo. 2008

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
40-44	2,258	1,061(19,4%)	1,197(19,7%)
45-49	2,013	1,005(18,4%)	1,008(16,6%)
50-54	1,591	769 (14,0%)	822(13,5%)
55-59	1,220	631(11,5%)	589(9,7%)
60-64	1,148	557(10,2%)	591(9,7%)
Total 40-64	8230	4023(73,5%)	4207(69,2%)
65-69	850	424(7,7%)	426(7,0%)
70-74	733	348(6,4%)	385(6,3%)
75-79	747	306(5,6%)	441(7,3%)
80-84	527	208(3,8%)	319(5,2%)
85 y más	466	163(3,0%)	303(5,0%)
Total 65 y más	3323	1449(26,5%)	1874(30,8%)

H- Mediciones: de cada persona incluida en el estudio se estudiaron las siguientes variables:

<i>Variables de identificación</i>	Código alfa-numérico.
<i>Variables socio-demográficas</i>	Edad y sexo.
<i>Variables antropométricas:</i>	Peso, talla, índice de masa corporal (IMC: Peso/Talla^2).
<i>Actividad física</i>	más de 30 minutos de actividad física moderada-intensa más de 5 días a la semana
<i>Comorbilidad</i>	Índice de comorbilidad de Charlson.
<i>Calidad de vida</i>	SF-36.
<i>Dependencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio de la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (AVBD: Cuestionario de Barthel). ▪ Estudio de la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AVID: Índice de Lawton). ▪ Valoración del estado cognitivo (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC 35). ▪ Recursos sociales: cuestionario OARS abreviado

Especificación de las variables estudiadas

- a. Variables de identificación: código alfa-numérico. Se utilizó un código alfa-numérico para cumplir la Ley de Protección de Datos de carácter personal 15/99.
- b. Variables demográficas: edad y sexo (ANEXO I).
- c. Variables antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC: Peso/Talla^2) (ANEXO I).
- d. Actividad física (más de 30 minutos de actividad física moderada-intensa más de 5 días a la semana) (ANEXO I)(75).
- e. Comorbilidad: índice de comorbilidad de Charlson (ANEXO II) I. Dicho índice ajusta por 19 enfermedades dándole diferente puntuación según las distintas patologías. Ajustando después también por la edad del paciente en la puntuación final del índice ajustado por edad (76).
- f. Calidad de vida: SF-36. (ANEXO III). Con el objetivo de estudiar la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36 adaptado y validado para España por Alonso et al (77).
- g. Dependencia:

Estudio de la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (AVBD: Cuestionario de Barthel) (ANEXO IV)(78).

Estudio de la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AVID: Índice de Lawton)(ANEXO V) (79, 80).

Valoración del estado cognitivo (Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC 35) (ANEXO VI)(81).
- h. Recursos sociales: cuestionario OARS abreviado (7, 8, 82).

- i. Otras variables: este estudio forma parte de un estudio más amplio que ha permitido conocer en esta muestra la prevalencia de alteraciones biomecánicas del pie, la prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el riesgo cardiovascular mediante los scores (Framingham , Score, Regicor y Dórica) el estado nutricional y la dependencia y deterioro cognitivo.

I- Estrategia de análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm DT. Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje con la estimación de su 95% intervalo de confianza (IC). La comparación de medias se realizó por medio del estadístico T Studento Test de Mann-Whitney según proceda tras comprobar la normalidad con el Test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación de variables cualitativas se estimó por medio de estadístico Chi ² cuadrado. Para determinar las variables asociadas a los eventos de interés se realizó un análisis multivariado de regresión logística. Para los cálculos estadísticos se utilizó el programa SPSS, versión 19.0; IBM SPSS, Armonk, New York.

J- Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las base de datos Medline. Se utilizaron los términos: "social isolation""loneliness" "elderly".

6. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

MH Miguel Hernández

6. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

- Consentimiento informado.
- Autorización del Comité de Ética (código 164 2008/264 CEIC Galicia). Se presentas dos autorizaciones ya que inicialmente el diseño se realizó para población de 65 y más y posteriormente se amplió a 40 y más años (Figuras 9y 10).
- Garantía de confidencialidad de la información según la Ley de Protección de datos de carácter personal 15/99.
- Garantía de cumplir las normas de buena práctica clínica de la Declaración de Helsinki.



Figura 9. Autorización del comité ético para el estudio de 65 y más años



Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 981 54 28 13 - Fax: 981 54 03 07
www.sergas.es



Comité Ético de Investigación clínica
Telf: 881 54 64 25 FAX: 881 54 18 04
Email: ceic@sergas.es

DITAME DO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALIZA

D. Xoán X. Casas Rodríguez , Secretario do Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza

CERTIFICA:

Que este Comité avaliou na súa reunión do día 13/10/2008 o estudo:

Título: Risco cardiovascular en poboación adulta e nivel de dependencia en poboación de 65 e máis anos en Cambre (A Coruña)

Promotor: Sonia Pértega Díaz

Código do Promotor:

Código de Rexistro CEIC de Galicia: 2008/264

Que se cumpren os requisitos éticos aplicábeis a este tipo de estudos, están xustificadas os riscos e molestias previsíbeis para o suxeito e é adecuado o procedemento para obter o consentimento informado.

E que este Comité acepta, de conformidade cos seus Procedementos Normalizados de Traballo, que o devandito estudo sexa realizado nos seguintes centros:

Centros	Investigadores principais
C.H. Juan Canalejo	Sonia Pértega Díaz

En Santiago de Compostela a 14 de outubro de 2008

O Secretario,



Xoán X. Casas Rodríguez

Figura 10. Autorización del comité ético para el estudio de 65 y más años



Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es

DITAME DO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALIZA

D. Xoán X. Casas Rodríguez , Secretario do Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza

CERTIFICA:

Que este Comité avaliou na súa reunión do día 10/11/2009, a emenda do estudo:

Título: Riesgo cardiovascular, comorbilidad, calidad de vida en personas de 40 y más años de edad en el municipio de Cambre.

Versión Emenda: modificación de 04 de novembro de 2009: cambio de IP e modificacións no protocolo.

Investigador: Salvador Pita Fernández

Código de Rexistro CEIC de Galicia: 2008/264

E que este Comité acepta que dita emenda sexa incorporada ao estudo de investigación nos centros autorizados.

Santiago de Compostela, 16 de novembro de 2009

Secretario,



Xoán X. Casas Rodríguez

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

7. RESULTADOS



ÍNDICE RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

- a. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
- b. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, COMORBILIDAD Y MEDICACIÓN POBLACIÓN GLOBAL
- c. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, COMORBILIDAD Y MEDICACIÓN POR SEXO.
- d. DEPENDENCIA, DETERIORO COGNITIVO Y RECURSOS SOCIALES

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE VIVEN SOLOS O NO Y VARIABLES ASOCIADAS A SU PRESENCIA.

3. ANÁLISIS DE PERSONAS DEPENDIENTES PARA ABVD y/o AIVD SEGÚN VIVAN SOLAS O NO

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y VARIABLES ASOCIADAS

5. AISLAMIENTO SOCIAL (OARS ABREVIADO) Y VARIABLES ASOCIADAS A SU PRESENCIA

6. CONCLUSIONES



7. RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

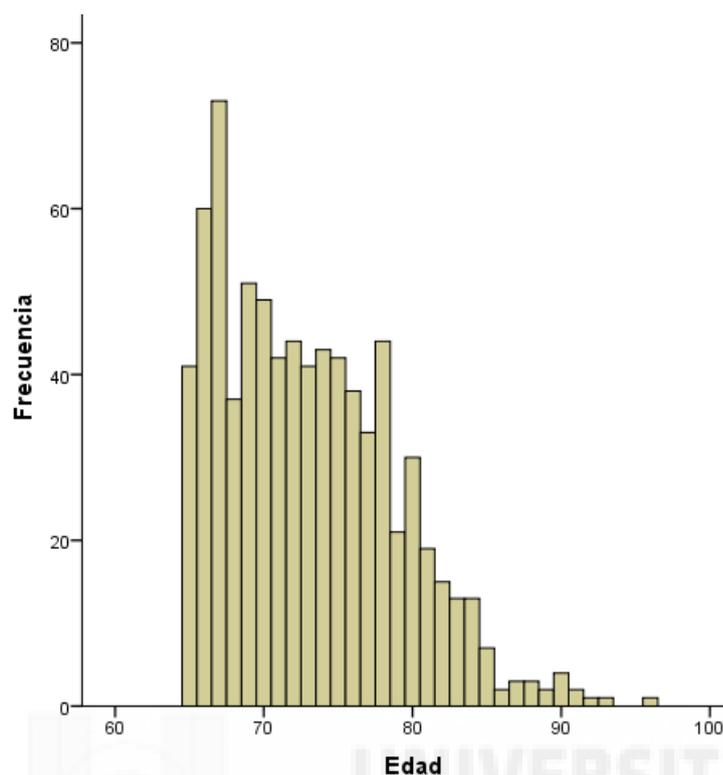
a. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La media de edad de los pacientes estudiados es de 73,04±5,9 años (rango = 65-96 años) (Figura 11), existe un discreto predominio del sexo femenino, el 51,4% son mujeres. El estado civil más frecuente es el estar casado (70,1%) y el estar viudo (21,7%). Un 89,7% de los pacientes no tienen estudios o tienen únicamente estudios primarios. Analizando el núcleo de convivencia se observa que un 11,7% viven solos.(Tabla3).

Tabla 3. Variable sociodemográficas.

VARIABLES	n	Media	DT	Mediana	Min-Máx
<i>Edad</i>	775	73,04	5,85	72,00	65,0-96,0
	n	%	95% IC LI	95% IC LS	
Sexo					
Hombre	377	48,6	45,06	52,23	
Mujer	398	51,4	47,77	54,94	
Estado Civil					
Soltero	30	4,0	2,50	5,41	
Casado	532	70,1	66,86	73,51	
Viudo	165	21,8	18,76	24,77	
Separado	17	2,2	1,12	2,36	
Divorciado	14	1,8	0,82	2,87	
Nivel de estudios					
Sin estudios o estudios primarios	676	89,7	87,42	91,90	
Grado medio o superior	78	10,3	8,11	12,59	
Núcleo de convivencia					
Solo	89	11,7	9,38	14,10	
Cónyuge	363	47,9	44,27	51,51	
Hijos	95	12,5	10,11	14,96	
Cónyuge e hijos	187	24,7	21,54	27,81	
Hermanos	11	1,5	0,53	2,37	
Otros	13	1,7	0,73	2,71	

Figura 11. Distribución de la muestra estudiada por edad.



b. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, COMORBILIDAD Y MEDICACIÓN.

El valor medio del índice de Charlson sin ajustar por edad es de $0,76 \pm 1,13$ (rango: 0-6) y ajustando por edad fue de $3,58 \pm 1,39$ (rango: 2-9) (**Figura 12**). La patología crónica más prevalente de este Score es la diabetes (16.78%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 9.1%, y el infarto agudo de miocardio (IAM) 7,8%. (**Tabla 4**).

La medicación más utilizada es: hipolepimiantes (37.0%), antiagregantes (26.8%), IECAS (21.9) y diuréticos (21,10%).

La prevalencia de hipertensión, que no figura en el registro del Score de Charlson, según consta en la historia clínica es del 54,7%. En la medición de la tensión arterial realizada durante la exploración de los pacientes, la prevalencia de hipertensión es del 49.9%. La relación entre el registro de hipertensión y los hallazgos de hipertensión arterial en la exploración se muestran en la **Tabla 5**. La concordancia en el diagnóstico de hipertensión según los diferentes registros presenta un índice Kappa de 0,125. De los pacientes que en la exploración no se

objetivó hipertensión eran hipertensos el 48,4%. De los pacientes en los que en la medición aislada se objetivó hipertensión, no figuraban con antecedentes de HTA en su historia clínica en el 39,1% de los casos.

Tabla 4. Distribución de pacientes según variables antropométricas, hábito tabáquico, patología crónica conocida por el paciente y medicación.

Variab les	n	<i>Media</i>	<i>DT</i>	Mediana	<i>Min-Máx</i>
Índice de Charlson (sin ajustar)	727	0,76	1,13	0,0	0,0-6,0
Índice de Charlson (ajustado)	727	3,58	1,39	3,0	2,0-9,0
Comorbilidad	n	%	95% IC LI	95% IC LS	
Diabetes	123	16,78			733
EPOC	67	9,1			734
IAM	57	7,8			734
Tumor	53	7,2			729
Enfermedad vascular periférica	38	5,2			734
Enfermedad cerebrovascular	33	4,5			734
Úlcus péptico	33	4,5			734
Insuficiencia cardíaca	26	3,5			734
Enfermedad renal	14	1,9			733
Enfermedad hepática	10	1,4			733
Enfermedad tejido conectivo	8	1,1			734
Demencia	6	0,8			773
Leucemia-Linfoma	5	0,6			734
Hemiplejia	3	0,4			733
Medicación	n	%	95% IC LI	95% IC LS	
Otros	509	65,90			772
Hipolipemiantes	286	37,00			772
Antiagregantes	207	26,80			772
IECAS	169	21,90			772
Diuréticos	163	21,10			772
Benzodiazepinas	162	21,00			772
ARAS	157	20,30			772
β-bloqueantes	146	18,90			772
Antidiabéticos orales	107	13,90			772
Osteoporosis	83	10,80			772
Paracetamol	79	10,20			772
Inhaladores	76	9,80			772
AINES	56	7,30			772
Insulina	20	2,60			772
Neurolepticos	18	2,30			772

Figura 12. Índice de Charlson ajustado por edad.

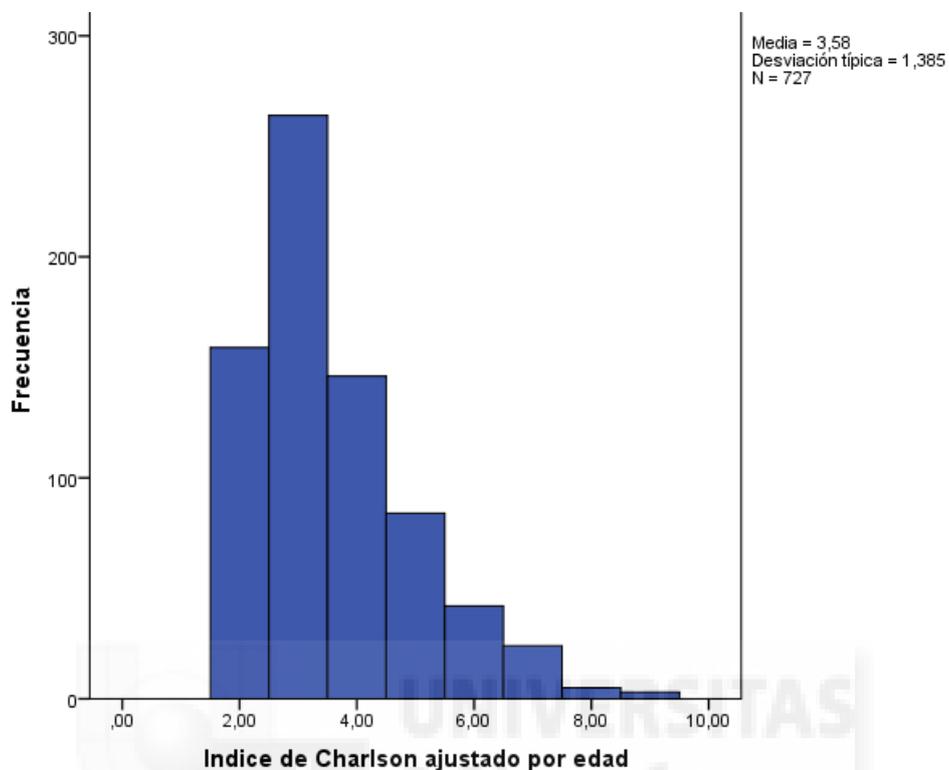


Tabla 5. Concordancia entre los antecedentes de hipertensión arterial en la historia clínica y los resultados del registro de tensión arterial en el momento de la exploración.

HTA tras medición	HTA conocida		total
	no	si	
No	197 (51,6%)	185 (48,4%)	382
Si	149 (39,1%)	232 (60,9%)	381
Total	346 (45,3%)	417 (54,7%)	763

Chi-cuadrado = 11,955; p= 0,001

Índice Kappa = 0,125; Error típico = 0,036; p = 0,001

c. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, COMORBILIDAD Y MEDICACIÓN POR SEXO.

Las mujeres son discretamente mayores que los hombres en edad ($73,48 \pm 6,3$ vs. $72,48 \pm 5,3$ años, $p=0,008$) como corresponde a la distribución poblacional de la muestra estudiada según edad y sexo (**Figura 13**).

En cuanto a la patología según sexo objetivamos que en los hombres existe más prevalencia de infartos agudos de miocardio ($10,4$ vs. $5,3$, $p=0,010$) enfermedad cerebrovascular ($6,4$ vs. $2,7$; $p=0,013$) y neoplasias ($10,4$ vs. $3,7$; $p=0,05$). En general existe más prevalencia de EPOC, IAM, enfermedad vascular periférica, diabetes y enfermedad renal en los hombres que en las mujeres, no siendo estas diferencias significativas (**Tabla 6**). Los hombres presentaron un índice de comorbilidad más elevado que las mujeres, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($3,66 \pm 1,40$ vs. $3,47 \pm 1,28$; $p=0,141$).

El consumo de diuréticos, benzodiazepinas, paracetamol y medicación para la osteoporosis es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, no existiendo diferencias por sexos en el resto de los fármacos estudiados (**Tabla 6**).

Figura 13. Distribución de la media de edad de la muestra estudiada según sexo.

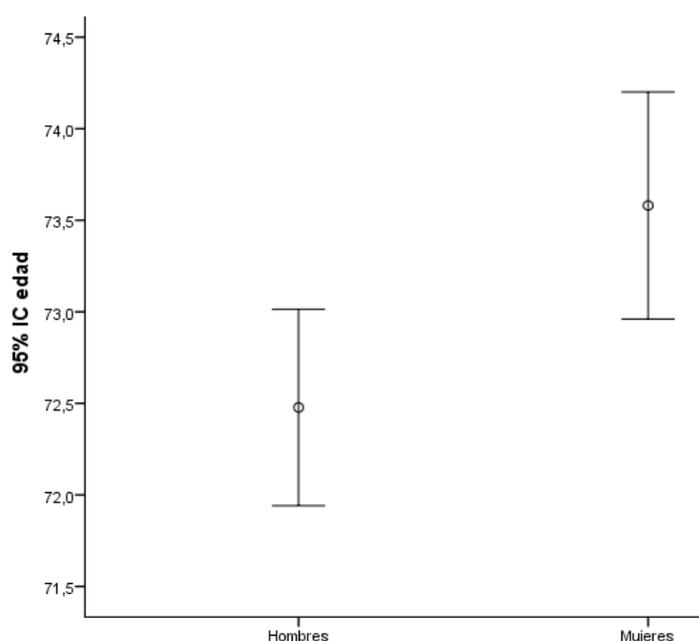


Tabla 6. Distribución de pacientes según variables antropométricas, patología crónica y medicación por sexo.

	Hombre			Mujer			p
	n	Media	DT	N	Media	DT	
Índice de Charlson (crudo)	355	0.97	1.28	372	0.56	0.92	<0.001
Índice de Charlson (ajustado)	355	3.72	1.50	372	3.44	1.26	0.008
	Hombre		Mujer		p		
	n	%	n	%			
Comorbilidad asociada							
Diabetes	69	19.3	54	14.4	0.072		
EPOC	38	10.6	29	7.7	0.165		
IAM	37	10.4	20	5.3	0.010		
Tumor	38	10.7	15	4.0	0.001		
Enfermedad vascular periférica	22	6.2	16	4.2	0.241		
Enfermedad cerebrovascular	23	6.4	10	2.7	0.013		
Úlcus péptico	18	5.0	15	4.0	0.487		
Insuficiencia cardíaca	13	3.6	13	3.4	0.887		
Enfermedad renal	8	2.2	6	1.6	0.520		
Enfermedad hepática	7	2.0	3	0.8	0.213		
Enfermedad tejido conectivo	6	1.7	2	0.5	0.167		
Demencia	5	1.4	5	1.3	0.999		
Leucemia-Linfoma	4	1.1	1	0.3	0.300		
Hemiplejía	2	0.6	1	0.3	0.614		
Medicación	n	%	n	%	p		
Antidiabéticos orales	56	15.0	51	12.8	0.385		
Insulina	10	2.7	10	2.5	0.897		
Diuréticos	60	16.0	103	25.9	0.001		
Benzodiazepinas	47	12.5	115	29.0	<0.001		
IECAS	90	24.0	79	19.9	0.168		
ARAS	59	15.7	98	24.7	0.002		
β-bloqueantes	75	20.0	71	17.9	0.453		
Antiagregantes	106	28.3	101	25.4	0.376		
Hipolipemiantes	131	34.9	155	39.0	0.237		
Neurolepticos	3	0.8	15	3.8	0.006		
AINES	23	6.1	33	8.3	0.243		
Paracetamol	20	5.3	59	14.9	<0.001		
Inhaladores	42	11.2	34	8.6	0.313		
Osteoporosis	8	2.1	75	18.9	<0.001		
Otros	242	64.5	267	67.3	0.425		

d. DEPENDENCIA, DETERIORO COGNITIVO Y RECURSOS SOCIALES

El nivel de independencia de las actividades básicas disminuye a medida que aumenta la edad. En los pacientes de 65 y más años dicha independencia es del 76.2% y en los de 75 y más años es del 64.1% (**Tabla 7**).

La prevalencia de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton) se incrementa con la edad, oscilando de un 11.2% en la población de 65 y más años a un 23.8% en los de 75 y más años (**Tabla 7**).

En relación al deterioro cognitivo, la prevalencia del mismo se incrementa a su vez con la edad, siendo de un 3.3% en las personas de 65 y más años y de un 5.9% en los de 75 y más años (**Tabla 7**).

Objetivamos a su vez que los recursos sociales se deterioran a medida que aumenta la edad. Objetivamos que los recursos sociales buenos o excelentes lo presentan el 82.3% de las personas de 65 y más años y dicho porcentaje es de un 73.9% en los de 75 y más años (**Tabla 7**).

Tabla 7. Distribución de los pacientes de la muestra estudiada según el grado de dependencia de las actividades básicas. Deterioro cognitivo y recursos sociales.

	>= 65 años	>= 70 años	>= 75 años
BARTHEL			
Dependencia total	-	-	-
Dependencia severa	2 (0,3)	2 (0,4)	2 (0,7)
Dependencia moderada	3 (0,4)	3 (0,6)	3 (1,0)
Dependencia leve	174 (23,1)	145 (28,7)	99 (34,1)
Independencia	573 (76,2)	355 (70,3)	186 (64,1)
BARTHEL categorizado			
Independiente	573 (76,2)	355 (70,3)	186 (64,1)
Algún grado de dependencia	179 (23,8)	150 (29,7)	104 (35,9)
LAWTON			
Dependencia total	8 (1,1)	8 (1,6)	7 (2,4)
Dependencia severa	7 (0,9)	7 (1,4)	6 (2,1)
Dependencia moderada	15 (2,0)	15 (3,0)	13 (4,5)
Dependencia leve	54 (7,2)	47 (9,3)	43 (14,8)
Independencia	669 (88,8)	427 (84,7)	221 (76,2)
LAWTON categorizado			
Independiente	669 (88,8)	427 (84,7)	221 (76,2)
Algún grado de dependencia	84 (11,2)	77 (15,3)	69 (23,8)
LOBO			
Deterioro cognitivo grave	2 (0,3)	2 (0,4)	2 (0,7)
Deterioro cognitivo moderado	10 (1,6)	9 (2,1)	9 (3,3)
Deterioro cognitivo leve	9 (1,4)	7 (1,6)	5 (1,9)
Ausencia de deterioro cognitivo	617 (96,7)	413 (95,8)	254 (94,1)
LOBO categorizado			
Deterioro cognitivo	21 (3,3)	18 (4,2)	16 (5,9)
Ausencia de deterioro cognitivo	617 (96,7)	413 (95,8)	254 (94,1)
OARS			
6, Recursos sociales excelentes	434 (56,0)	260 (51,5)	124 (42,6)
5, Buenos recursos sociales	187 (24,1)	139 (27,5)	91 (31,3)
4, Levemente incapacitado socialmente	92 (12,2)	73 (14,5)	52 (17,9)
3, Moderadamente incapacitado socialmente	30 (4,0)	23 (4,6)	17 (5,8)
2, Gravemente incapacitado socialmente	8 (1,1)	7 (1,4)	5 (1,7)
1, Totalmente incapacitado socialmente	4 (0,5)	3 (0,6)	2 (0,7)
OARS codificado			
Recursos sociales buenos o excelentes	621 (82,3)	399 (79,0)	215 (73,9)
Levemente, moderadamente, gravemente o totalmente incapacitado	134 (17,7)	106 (21,0)	76 (26,1)

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE VIVEN SOLOS O NO Y VARIABLES ASOCIADAS A SU PRESENCIA

La prevalencia de las personas que viven solas según grupo de edad, es del 11,5% para las personas de 65 y más años y de un 15,3% para las de 75 y más años. Las características de las

personas que viven solas según grupos de edad y diferentes variables se muestran en la **Tabla**

8.



Tabla 8. Distribución de los pacientes de la muestra estudiada según el hecho de vivir solo o no por grupos de edad y diferentes covariables

	≥ 65 años (n=775)			≥ 70 años (n=513)			≥ 75 años (n=294)		
	No vive solo	Vive solo (n=89; 11,5%)	p	No vive solo	Vive solo (n=62; 12,1%)	p	No vive solo	Vive solo (n=45; 15,3%)	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sexo			<0,001			<0,001			<0,001
Hombre	350 (94,3)	21 (5,7)		228 (95,4)	11(4,6)		125 (94,7)	7 (5,3)	
Mujer	319 (82,4)	68 (16,7)		217 (81,0)	51 (19,0)		122 (76,3)	38 (23,8)	
Actividad física			0,557			0,448			0,351
No	259 (89,0)	32 (11,0)		197 (89,1)	24 (10,9)		121 (86,4)	19 (13,6)	
si	373 (87,6)	53 (12,4)		232 (86,9)	35 (13,1)		117 (82,4)	25 (17,6)	
Barthelt (ABVD)			-			-			-
Dependencia total	0	0		0	0		0	0	
Severa	2 (100,0)	0 (0)		2 (100,0)	0 (0)		2 (100,0)	0 (0)	
Moderada	3 (100,0)	0 (0)		3 (100)	0		3 (100)	0	
Leve	149 (86,1)	24 (13,9)		123 (85,4)	21 (14,6)		82 (82,8)	17 (17,2)	
Independiente	504 (88,6)	65 (11,4)		311 (88,4)	41 (11,6)		157 (84,9)	28 (15,1)	
Barthelt (ABVD)			0,459			0,447			0,785
Dependiente	154 (86,5)	24(13,5)		128 (85,9)	21 (14,1)		87 (83,7)	17 (16,3)	
Independiente	504 (88,6)	65 (11,4)		311 (88,4)	41 (11,6)		157 (84,9)	28 (15,1)	
Lawton (AIVD)			-			-			0,121
Dependencia total	7 (100)	0		7 (100)	0		7 (100)	0	
Severa	7 (100)	0		7 (100)	0		6 (100)	0	
Moderada	15 (100)	0		15 (1000)	0		13 (1000)	0	
Leve	48 (88,9)	6 (11,1)		41 (87,2)	6 (12,8)		37 (86,0)	6 (14,0)	
Independiente	582 (87,5)	83 (12,5)		368 (86,8)	56 (13,2)		181 (82,3)	39 (17,7)	
Lawton (AIVD)			0,163			0,196			0,071
Dependiente	77 (92,8)	6 (7,2)		70 (92,1)	6 (7,9)		63 (91,3)	6 (8,7)	
Independiente	582 (87,5)	83 (12,5)		368 (86,8)	56 (13,2)		181 (82,3)	39 (17,7)	
LOBO			0,657			0,338			0,290
Sin deterioro	538 (87,2)	79 (12,8)		358 (86,7)	55 (13,3)		213 (83,9)	41 (16,1)	
Con deterioro	19 (90,5)	2 (9,5)		17 (94,4)	1 (5,6)		15 (93,8)	1 (6,3)	

	>= 65 años (n=775)			>= 70 años (n=513)			>= 75 años (n=294)		
	No vive solo	Vive solo (n=89; 11,5%)	p	No vive solo	Vive solo (n=62; 12,1%)	P	No vive solo	Vive solo (n=45; 15,3%)	p
	media±dt	media±dt		media±dt	media±dt		media±dt	media±dt	
Edad	72,9±5,7	74,7±6,7	0,010	75,9±4,6	77,9±5,3	0,002	79,2±3,7	80,0±4,6	0,256
Hombres	72,6±5,3	72,2±6,2	0,791	75,5±4,1	76,7±5,5	0,525	78,6±3,0	79,3±5,2	0,910
Mujeres	73,4±6,1	75,4±6,7	0,017	76,4±5,1	78,2±5,2	0,022	79,8±4,2	80,1±4,6	0,862
Barthelt (ABVD)	97,9±6,8	98,4±2,8	0,467	97,2±8,2	98,0±3,1	0,434	95,9±10,4	97,8±3,1	0,241
Hombres	98,3±4,7	99,7±1,1	0,303	98,3±5,0	99,5±1,5	0,309	97,7±6,3	99,3±1,9	0,452
Mujeres	96,9±8,8	98,0±3,0	0,290	97,9±10,3	97,6±3,2	0,861	94,2±13,1	97,5±3,2	0,548
Lawton (AIVD)	6,2±1,7	7,2±1,3	<0,001	6,1±1,8	7,3±1,2	<0,001	5,8±1,9	7,3±1,2	<0,001
Hombres	4,8±0,6	4,9±0,2	0,366	4,8±0,7	4,9±0,3	0,626	4,6±0,8	4,9±0,4	0,562
Mujeres	7,6±1,3	7,9±0,4	0,002	7,4±1,6	7,8±0,5	0,001	7,0±2,0	7,8±0,6	0,035
Charlson crudo	0,8±1,1	0,7±1,3	0,682	0,8±1,2	0,8±1,1	0,122	1,0±1,2	0,8±1,1	0,238
Hombres	0,9±1,3	1,3±1,3	0,313	1,0±1,3	1,8±1,5	0,067	1,2±1,4	1,9±1,8	0,320
Mujeres	0,6±0,9	0,5±0,9	0,822	0,6±1,0	0,5±0,8	0,597	0,8±0,9	0,5±0,8	0,209
Charlson ajustado	3,6±1,4	3,7±1,3	0,539	4,1±1,4	4,2±1,2	0,533	4,4±1,5	4,3±1,2	0,510
Hombres	3,7±1,5	3,9±1,6	0,558	4,2±1,4	5,1±1,4	0,029	4,5±1,4	5,3±1,5	0,151
Mujeres	3,4±1,3	3,6±1,2	0,352	3,9±1,2	4,0±1,0	0,488	4,3±1,2	4,1±1,0	0,512
SF36 (sumario físico)	48,0±9,3	47,9±9,7	0,967	47,2±9,6	47,0±9,7	0,902	45,1±10,6	46,8±10,5	0,321
Hombres	48,6±8,5	47,9±8,4	0,698	48,1±8,8	45,1±8,7	0,178	46,6±9,7	44,0±9,0	0,322
Mujeres	47,3±10,1	48,0±10,2	0,626	46,2±10,4	47,4±9,9	0,567	43,4±11,2	47,3±10,8	0,067
SF36 (sumario mental)	49,5±9,9	46,9±11,9	0,053	49,5±9,3	46,5±12,0	0,062	50,0±9,6	45,9±12,6	0,047
Hombres	52,1±8,3	53,8±7,4	0,359	51,7±8,1	54,8±9,3	0,123	51,7±8,3	58,3±5,6	0,032
Mujeres	46,5±10,7	44,7±12,2	0,298	47,2±9,9	44,7±11,8	0,330	48,2±10,4	43,7±12,3	0,096
Lobo	30,6±4,2	4,2±3,9	0,719	30,1±4,7	30,6±3,7	0,422	29,1±5,2	30,5±3,6	0,081
Hombres	31,1±3,3	32,4±2,5	0,134	31,1±3,6	32,6±1,8	0,199	30,2±3,8	32,9±1,8	0,052
Mujeres	29,8±4,9	30,3±4,1	0,487	29,1±5,5	30,2±4,0	0,346	27,9±6,2	30,1±3,8	0,102

En el análisis bivariado se objetiva que las variables asociadas significativamente al hecho de vivir solo en las personas de 65 y más años son el sexo, el índice de Lawton encontrándose la puntuación del sumario mental del SF36 en el límite de la significación estadística. El porcentaje de mujeres de 65 y más años que viven solas es significativamente mayor que el de los hombres (16.7% vs. 5.7%). El índice de Lawton significativamente mayor en las personas que viven solas, se objetiva el mismo resultado en las mujeres, no encontrándose significación estadística en los hombres.

No existen diferencias significativas en el hecho de vivir solo o no con las variables actividad física, índice de Barthel, score de comorbilidad y sumario físico del SF36. Los pacientes que viven solos tienen menor puntuación en el sumario mental que las personas que no viven solas (46.9 ± 11.9 vs. 49.5 ± 9.9) encontrándose dicha diferencia en el límite de la significación estadística. Aunque no existen diferencias significativas como previamente señalamos con el índice de Barthel los pacientes que viven solos tienen una discreta mayor puntuación que los que no viven solos, tanto los hombres como las mujeres (**Tabla 9**).

Hallazgos similares se objetivan en los pacientes de 70 y más años y en los de 75 y más (**Tabla 9**).

Objetivamos a su vez como los recursos sociales se asocian significativamente con el hecho de vivir solo. Las personas con recursos leves, moderados, gravemente o totalmente incapacitados socialmente presentan mayor prevalencia en el hecho de vivir solos que las personas con buenos recursos sociales (17,9% vs. 10.5%). (**Tabla 8**)

Hallazgos similares se encuentran en los otros grupos de edad estudiados.

Tabla 9. OARS abreviado según el hecho de vivir solo o no y grupos de edad

	≥ 65 años			≥ 70 años			≥ 75 años		
	No vive solo	Vive solo	p	No vive solo	Vive solo	p	No vive solo	Vive solo	p
¿De las siguientes frases, cuál describe mejor la disponibilidad de ayuda que tiene el sujeto si él/ella estuviese enfermo/a o incapacitado?			-			-			-
Como mínimo una persona podría o se encargaría del sujeto indefinidamente (el tiempo que fuese necesario)	606 (89,91)	68 (10,09)		398 (89,84)	45 (10,16)		215 (86,35)	34 (13,65)	
Como mínimo una persona podría o se encargaría del sujeto durante poco tiempo (de unas pocas semanas a seis meses)	42 (79,25)	11 (20,75)		32 (80,00)	8 (20,00)		23 (85,19)	4 (14,81)	
La ayuda estaría disponible solo de vez en cuando, para tareas como llevarlo/a al médico, prepararle la comida...	16 (72,73)	6 (27,27)		12 (70,59)	5 (29,41)		8 (72,73)	3 (27,27)	
No tendría ninguna ayuda disponible (solo emergencia)	2 (33,33)	4 (66,67)		1 (20,0)	4 (80,0)		0 (0)	4 (100,0)	
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las relaciones sociales del Sujeto?			0,166			0,601			0,392
Muy satisfactorias	400 (89,89)	45 (10,11)		238 (88,81)	30 (11,19)		46 (90,20)	5 (9,80)	
Moderadamente satisfactorias-ade cuadas	192 (84,87)	34 (15,11)		143 (85,63)	24 (14,37)		95 (84,82)	17 (15,18)	
No satisfactorias, pocas, de escasa calidad	76 (88,37)	10 (11,63)		62 (88,57)	8 (11,43)		46 (90,20)	5 (9,80)	
RESULTADOS EVALUACIÓN (OARS)			-			-			-
6. Recursos sociales excelentes	391 (90,1)	43 (9,9)		231 (88,8)	29 (11,2)		102 (82,3)	22 (17,7)	
5. Buenos recursos sociales	165 (88,2)	22(11,8)		125 (89,9)	14 (10,1)		80 (87,9)	11 (12,1)	
4. Levemente incapacitado socialmente	79 (85,9)	13 (14,1)		64 (87,7)	9 (12,3)		47 (90,4)	5 (9,6)	
3. Moderadamente incapacitado socialmente	25 (83,3)	5 (16,67)		19 (82,6)	4 (17,4)		15 (88,2)	2 (11,8)	
2. Gravemente incapacitado socialmente	4 (50,0)	4 (50,0)		3 (42,9)	4 (57,1)		2 (40,0)	3 (60,0)	
1. Totalmente incapacitado socialmente	2 (50,0)	2 (50)		1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	2 (100,0)	
RESULTADOS EVALUACIÓN_codificado (OARS)			0,015			0,046			0,927
Recursos sociales buenos o excelentes	556 (89,5)	65 (10,5)		356 (89,2)	43 (10,8)		182 (84,7)	33 (15,3)	
Levemente, moderada, grave o totalmente incapacitado	110 (82,1)	24 (17,9)		87 (82,1)	19 (17,9)		64 (84,2)	12 (15,8)	
Ayuda disponible			0,002			0,001			<0,001
No	2 (33,33)	4 (66,67)		1 (20,0)	4 (80,0)		0 (0)	4 (100,0)	
Si	664 (88,65)	85 (11,35)		442 (88,4)	58 (11,6)		246 (85,71)	41 (14,29)	

Tras ajustar en diferentes modelos de regresión logística (**Tabla 10**), según grupo de edad, por las variables: edad, sexo, índice de Lawton y de Barthel, sumarios físico y mental del SF36 y score de comorbilidad del Charlson, objetivamos que para el grupo de 65 y más años las variables que se asocian de forma significativa con el hecho de vivir solo son la edad y el índice de Lawton. A mayor edad mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.076) y puntuación mayor en el índice de Lawton se asocia con mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.82) (Modelo 1).

Hallazgos similares se objetivan en la población de 70 y más años y de 75 y más años (**Tabla 10**).

Si eliminamos del modelo el índice de Lawton, objetivamos que las variables con efecto independiente en el grupo de 65 y más años son la edad y el sexo, estando el índice de Barthel en el límite de la significación estadística. Hallazgos similares se objetivan en los otros grupos de edad (Modelo 2).

Tabla 10. Modelos de regresión logística para la prevalencia de vivir solo ajustando por diferentes variables en los distintos grupos de edad

Modelo 1	≥ 65 años			≥ 70 años			≥ 75 años		
	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p
Edad	1,076	1,03-1,12	0,001	1,129	1,06-1,20	<0,001	1,098	0,99-1,21	0,055
Sexo (mujer)	0,526	0,09-3,12	0,479	,563	0,08-3,84	0,557	,877	0,12-6,32	0,896
Barthell	1,013	0,93-1,11	0,767	1,011	0,92-1,11	0,826	1,018	0,91-1,13	0,754
Lawton	1,818	1,04-3,19	0,037	1,985	1,10-3,58	0,023	1,804	1,01-3,22	0,046
SF36 (sumario físico)	0,995	0,97-1,02	0,745	,992	0,96-1,03	0,614	1,002	0,96-1,04	0,925
SF36 (sumario mental)	0,988	0,97-1,01	0,336	,977	0,95-1,01	0,128	,976	0,94-1,01	0,190
Charlson crudo	1,064	0,85-1,33	0,593	1,150	0,87-1,52	0,322	1,060	0,75-1,51	0,744

Modelo 2	≥ 65 años			≥ 70 años			≥ 75 años		
	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p
Edad	1,062	1,02-1,11	0,003	1,103	1,04-1,17	0,001	1,068	,978-1,17	0,142
Sexo (mujer)	3,181	1,82-5,56	<0,001	4,383	2,09-9,17	<0,001	5,174	2,07-12,91	<0,001
Barthell	1,064	0,99-1,14	0,067	1,076	1,00-1,16	0,042	1,075	,989-1,17	0,088
Lawton									
SF36 (sumario físico)	0,996	0,97-1,02	0,792	0,993	0,96-1,03	0,651	1,003	,967-1,04	0,855
SF36 (sumario mental)	0,987	0,96-1,01	0,277	0,975	0,95-1,00	0,095	0,975	,941-1,01	0,156
Charlson crudo	1,054	0,84-1,32	0,644	1,128	0,86-1,48	0,383	1,045	,741-1,47	0,803

3. ANÁLISIS DE PERSONAS DEPENDIENTES PARA ABVD y/o AIVD SEGÚN VIVAN O NO SOLAS.

Seleccionamos las personas dependientes para la escala Barthel y/o la escala Lawton (dependientes para las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria), en total 210 pacientes que representan el 27,2% de la muestra estudiada (**Tabla 11**).

Tabla 11. Dependencia de las ABVD y/o AIVD.

	>= 65 años (n=752)			>= 70 años (n=503)			>= 75 años (n=291)		
	No vive solo	Vive solo (n=89, 11,8%)	p	No vive solo	Vive solo (n=62, 12,3%)	p	No vive solo	Vive solo (n=45, 15,5%)	p
Dependencia de las ABVD y/o AIVD			0,971			0,931			0,493
No	478 (88,2)	64 (11,8)		287 (87,8)	40 (12,2)		134 (83,2)	27 (16,8)	
Sí	185 (88,1)	25 (11,9)		154 (87,5)	22 (12,5)		112 (86,2)	18 (13,8)	

En la **Tabla 12** se muestra la comparación bivariada de diferentes variables según el hecho de vivir sola o no para personas dependientes, se objetiva que el ser mujer, la edad y la suma de comorbilidades son las variables que se asocian de forma significativa a la variable respuesta.

Tabla 12. Distribución de los pacientes dependientes, mayores de 65 años, según el hecho de vivir solo o no según diferentes covariables.

	>= 65 años (n=210)		p
	No vive solo	Vive solo (n=25, 11,9%)	
Sexo			0.001
Hombre	71 (98.6)	1 (1.4)	
Mujer	114 (82.6)	24 (17.4)	
Actividad física			0.172
No	96 (91.4)	9 (8.6)	
si	81 (85.3)	14 (14.7)	
LOBO			0.380
Sin deterioro	158 (86.3)	25 (13.7)	
Con deterioro	13 (100.0)	0 (0)	
	media±dt	media±dt	p
Edad	76.3±6.3	79.06.8	0.035
OARS	4.9±1.0	4.5±1.4	0.287
Charlson crudo	0.9±1.2	0.5±1.0	0.036
Charlson ajustado	4.1±1.5	3.9±1.1	0.958
SF36 (sumario físico)	44.1±11.2	45.2±11.4	0.314
SF36 (sumario mental)	48.1±10.7	45.2±11.4	0.256
Lobo	28.4±5.4	30.0±3.2	0.311

Se ajustan diferentes modelos de regresión logística, para los mayores de 65 años dependientes para las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, con el objetivo de determinar que variables se asocian al hecho de vivir solo. Ajustamos por: edad, sexo, score de comorbilidad del Charlson y puntuación OARS, objetivamos que la edad y el sexo se asocian de forma significativa. A mayor edad mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.067) y el hecho de ser mujer se asocia con mayor probabilidad de vivir solo (OR=12.69) (Tabla 13).

Tabla 13. Modelos de regresión logística para la prevalencia de vivir solo en personas dependientes para las actividades básicas y/o instrumentales.

Modelo1	>= 65 años		
	OR	95%IC	p
Edad	1,067	1,002-1,137	0,044
Sexo (mujer)	12,865	1,676-98,746	0,014
Charlson crudo	0,769	0,466-1,271	0,306
Modelo2	>= 65 años		
	OR	95%IC	p
Edad	1,070	1,003-1,142	0,041
Sexo (mujer)	12,688	1,646-97,793	0,015
Charlson crudo	0,768	0,463-1,276	0,309
OARS	0,693	0,282-1,703	0,424

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y VARIABLES ASOCIADAS.

Este apartado se realizó utilizando la pregunta dicotómica del OARS

¿Se encuentra sólo a menudo, a veces o casi nunca?

0=A menudo

1=A veces

2=Casi nunca

Que se dicotomizó en **SÍ** (respuestas: a menudo, a veces), y **NO** (respuestas: casi nunca), siguiendo la misma metodología del artículo (Foxall MJ, Ekberg JY. *Loneliness of chronically ill adults and their spouses. Issues Ment Health Nurs. 1989;10(2):149-67. PubMed PMID: 2745049*) donde la soledad se avaluó utilizando una única pregunta dicotómica del cuestionario OARS.

Las características de los pacientes incluidos en el estudio según el sentimiento de sentirse o no solo y diferentes grupos de edad y las variables estudiadas sociodemográficas, de dependencia, de comorbilidad, de calidad de vida y de deterioro cognitivos se muestran en la **Tabla 14** y **Tabla 15**. La prevalencia de sentirse solo en el grupo de 65 y más años de edad, de 70 y más y de 75 y más es del 24.8%, 23,7% y 25.9% respectivamente.

En el análisis bivariado las variables asociadas al hecho de sentirse o no solo, son el género, el estado civil, el hecho de vivir solo, el índice del Barthell categorizado en dependiente vs independiente, los resultados del sumario físico y mental del SF36 y la puntuación del deterioro cognitivo de Lobo. Dichos hallazgos son consistentes en los tres grupos de edad.

Las mujeres se encuentran más solas que los hombres de forma significativa en todos los grupos de edad. En el grupo de 65 y más años de edad dicha prevalencia en las mujeres en comparación con los hombres es de 35,9% vs 13,0% y en el grupo de 75 y más años es de 36.1% vs 13,6%. A su vez las personas viudas, en comparación con las casadas o que conviven en pareja se encuentran significativamente más solas (42.7% vs 18.2%) en el grupo de 65 y más

años y hallazgos similares se presentan en todos los grupos de edad. La misma tendencia se objetiva por el hecho de vivir solos. Los pacientes que viven solos de 65 y más años se sienten más solos de forma significativa que los que no viene solos (50.6% vs 21.4%). Lo mismo se objetiva en las personas de 75 y más años (46.7% vs 22.0%) (**Tabla 14**).

A su vez los pacientes con dependencia para las ABVD (Barthell) presentan mayor sentimiento de soledad que los que son independientes en todos los grupos de edad. Las puntuaciones del sumario físico y mental del cuestionario de calidad de vida SF36 son más reducidas significativamente en las personas que se sienten solas en todos los grupos de edad que en las que no se sienten solas. Lo mismo sucede con la puntuación del deterioro cognitivo de Lobo, que es menor en las personas que se sienten solas en todos los grupos de edad (**Tabla 15**).

No se encuentran diferencias significativas entre sentirse solo y no con las variables actividad física, nivel educativo, comorbilidad medida con el score de Charlson ni con la puntuación de Lawton o Barthell. Aunque no se encuentran diferencias significativas con la puntuación total del Lawton o Barthel según sexo, se objetiva que las mujeres que se sienten solas tienen menor puntuación tanto en el Lawton como en el Barthel en todos los grupos de edad, encontrándose diferencias en el límite de la significación estadística en las mujeres. Aunque no se encuentran diferencias significativas en el nivel de estudios se objetiva que la prevalencia de sentirse solo es discretamente mayor en las personas sin estudio o con estudio primarios que en las personas con estudios universitarios.

Tras realizar un análisis multivariado de regresión logística teniendo en cuenta las variables edad, genero, puntuación de Lawton, puntuación de Barthel, componente del sumario físico y mental del SF36, score de Charlson, vivir o no solo, puntuación del deterioro cognitivo de Lobo y estado civil (**Tabla 16**) objetivamos que las variables que se asocian significativamente con el hecho de sentirse solo en las personas de 65 y más años son el género femenino (OR=5.701), el componente mental del SF36 (OR=0.934), el componente físico (0.967) y el hecho de vivir

solo (OR=2.459), y la puntuación obtenida en el cuestionario de Lobo de deterioro cognitivo (OR= 0.938). Hallazgos similares se encuentran en el grupo de 70 y más años. En el grupo de 75 y más años las variables asociadas al hecho de sentirse solo son la menor puntuación del componente del mental del SF36 (OR=.0.953), el hecho de vivir solo (OR=2.922) y la puntuación del cuestionario de Lobo (0.929).

La relación entre la probabilidad de sentirse solo según la puntuación del sumario mental del SF-36 y el hecho de vivir solo según los grupos de edad se muestran en las **Figura 14** y **Figura 15**. En dichas figuras se objetiva que a menor puntuación del sumario del componente mental del SF-36 la probabilidad de sentirse solo se incrementa y dicha probabilidad es mayor si se vive solo.

La variable que mejor predice el sentimiento de soledad es el componente del sumario mental del SF36 (ABC=0.690) seguida de la puntuación de la puntuación de Lawton para las actividades instrumentales de la vida diaria (ABC=0.648). Dichos hallazgos son consistentes en todos los grupos de edad (**Tabla 17**).

Tabla14. Características en la población estudiada según variables socio-demográficas por grupos de edad según el sentimiento de sentirse o no sólo.

	≥ 65 años (n=775) Sentirse solo			≥ 70 años (n=513) Sentirse solo			≥ 75 años (n=294) Sentirse solo		
	no	Si (n=187; 24.8%)	p	no	Si (n=119; 23.7%)	p	no	Si (n=75; 25.9%)	p
Sexo			<0.001			<0.001			<0.001
Hombre	320 (86.7)	49 (13.3)		209 (87.8)	29 (12.2)		114 (86.4)	18 (13.6)	
Mujer	246 (64.1)	138 (35.9)		175 (66.0)	90 (34.0)		101 (63.9)	57 (36.1)	
Actividad física			0.249			0.112			0.180
No	212 (73.1)	78 (26.9)		161 (73.2)	59 (26.8)		99 (71.2)	40 (28.8)	
Si	326 (76.9)	98 (23.1)		211 (79.3)	55 (20.7)		111 (78.2)	31 (21.8)	
Nivel educativo			0.485			0.369			0.516
Sin estudios o estudios primarios	495 (75.0)	165 (25.0)		342 (75.7)	110 (24.3)		200 (74.3)	69 (25.7)	
Grado medio o superior	59 (78.7)	16 (21.3)		32 (82.1)	7 (17.9)		8 (66.7)	4 (33.3)	
Estado civil			<0.001			<0.001			<0.001
Soltero	19 (63.3)	11 (36.7)		15 (75.0)	5 (25.0)		10 (71.4)	4 (28.6)	
Casado-pareja	432 (81.8)	96 (18.2)		278 (83.0)	57 (17.0)		143 (82.7)	30 (17.3)	
Viudo	94 (57.3)	70 (42.7)		80 (60.6)	52 (39.4)		56 (59.6)	38 (40.4)	
Divorciado-separado	21 (67.7)	10 (32.3)		11 (68.8)	5 (31.3)		6 (66.7)	3 (33.3)	
Vivir solo			<0.001			<0.001			0.001
No	522 (78.6)	142 (21.4)		350 (79.4)	91 (20.6)		191 (78.0)	54 (22.0)	
Si	44 (49.4)	45 (50.6)		34 (54.8)	28 (45.2)		24 (53.3)	21 (46.7)	
Relaciones sociales			<0.001			<0.001			<0.001
Muy satisfactorias	367 (82.8)	76 (17.2)		226 (84.6)	41 (15.4)		110 (85.9)	18 (14.1)	
Moderadamente satisfactorias/adecuadas	152 (67.9)	72 (32.1)		117 (70.5)	49 (29.5)		75 (67.0)	37 (33.0)	
No satisfactorias, escasa calidad	46 (54.1)	39 (45.9)		40 (58.0)	29 (42.0)		30 (60.0)	20 (40.0)	

Tabla 15. Características en la población estudiada según scores de dependencia, comorbilidad, calidad de vida y deterioro cognitivo por grupos de edad según el sentimiento de sentirse o no sólo.

		≥ 65 años (n=775)			≥ 70 años (n=513)			≥ 75 años (n=294)		
		Sentirse solo			Sentirse solo			Sentirse solo		
		no	Si (n=187; 24.8%)	p	no	Si (n=119; 23.7%)	p	no	Si (n=187; 24.8%)	p
Barthelt (ABVD)	Dependencia total	0	0	-	0	0	-	0	0	-
	severa	2 (66,7)	1 (33,3)		2 (66,7)	1 (33,3)		2 (66,7)	1 (33,3)	
	moderada	14 (53,8)	12 (46,2)		14 (56,0)	11 (44,0)		11 (57,9)	8 (42,1)	
	Escasa independiente	87 (62,6)	52 (37,4)		75 (66,4)	38 (33,6)		48 (64,0)	27 (36,0)	
		243 (78,9)	65 (21,1)		158 (81,0)	37 (19,0)		88 (77,9)	25 (22,1)	
Barthelt (ABVD)	Dependiente	103(61,3)	65(38,7)	<0,001	91(64,5)	50(35,5)	0,001	61(62,9)	61 (29,0)	0,017
	Independiente	243(78,9)	65(21,1)		158 (81,0)	37(19,0)		88(77,9)	25(22,1)	
Lawton (AIVD)	Dependencia total	5 (0,9)	6 (3,2)	0,088	5 (1,3)	6 (5,0)	0,028	4 (1,9)	5 (6,7)	0,072
	severa	15 (2,7)	5 (2,7)		14 (3,7)	5 (4,2)		12 (5,36)	5 (6,7)	
	moderada	27 (4,8)	13 (7,0)		24 (6,3)	13 (10,9)		21 (9,9)	12 (16,0)	
	ligera	511 (91,6)	163 (87,2)		336 (88,7)	95 (79,8)		176 (82,6)	53 (70,7)	
Percepción subjetiva de salud	Excelente	10 (83,3)	2 (16,7)	<0,001	5 (83,3)	1 (16,7)	0,014	3 (75,0)	1 (25,0)	-
	Muy buena	60 (82,2)	13 (17,8)		34 (87,2)	5 (12,8)		14 (93,3)	1 (6,7)	
	Buena	329 (79,9)	83 (20,1)		219 (79,9)	55 (20,1)		114 (78,1)	32 (21,9)	
	Regular	139 (67,5)	67 (32,5)		103 (70,1)	44 (29,9)		64 (67,4)	31 (32,6)	
	Mala	26 (55,3)	21 (44,7)		22 (61,1)	14 (38,9)		19 (65,5)	10 (34,5)	
		media±dt	media±dt	p	media±dt	media±dt	p	media±dt	media±dt	p
Barthelt (ABVD)	Hombres	98,3±6,1	98,7±2,9	0,647	97,6±5,7	98,2±3,4	0,703	97,0±7,0	98,5±3,1	0,463
	Mujeres	97,2±6,1	95,7±6,4	0,060	96,7±6,9	94,8±7,3	0,080	95,8±8,4	94,6±7,2	0,418
Lawton (AIVD)	Hombres	6,7±1,0	6,7±0,9	0,797	6,5±1,2	6,6±1,2	0,834	6,3±1,3	6,3±1,5	0,993
	Mujeres	3,9±0,5	3,7±0,8	0,075	3,8±0,6	3,6±0,9	0,033	3,7±0,7	6,4±1,0	0,071
	Charlson ajustado	3,7±1,4	3,6±1,5	0,523	4,1±1,3	4,2±1,5	0,568	4,4±1,3	4,5±1,7	0,711
	SF36 (sumario físico)	48,5±8,9	46,6±10,7	0,026	47,9±9,0	45,0±11,0	0,010	46,2±10,0	43,2±11,6	0,032
	SF36 (sumario mental)	50,7±9,2	44,1±11,2	<0,001	50,5±8,9	44,4±10,7	<0,001	50,6±9,8	45,6±10,4	<0,001
	Lobo	30,9±3,7	29,8±4,8	0,003	30,6±4,0	28,9±5,3	0,001	29,9±4,3	28,0±5,8	0,013

Tabla 16. Modelo de regresión logística para predecir probabilidad de sentirse solo según diferentes variables por grupos de edad

	>= 65 años (n=775)			>= 70 años (n=513)			>= 75 años (n=294)		
	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p
Edad	0,977	0,937-1,020	0,290	1,033	0,973-1,097	0,284	1,049	0,960-1,146	0,289
Sexo (mujer)	5,707	1,598-20,386	0,007	5,582	1,433-21,747	0,013	3,805	0,868-16,673	0,076
Lawton (AIVD)	1,467	0,969-2,221	0,070	1,466	0,953-2,256	0,082	1,297	0,826-2,034	0,258
Barthelt (ABVD)	0,980	0,931-1,033	0,453	0,989	0,936-1,045	0,696	1,004	0,947-1,065	0,890
SF36 (sumario físico)	0,967	0,943-0,911	0,007	0,963	0,935-0,992	0,012	0,969	0,935-1,003	0,074
SF36 (sumario mental)	0,934	0,910-0,958	<0,001	0,941	0,912-0,970	<0,001	0,953	0,9180,990	0,013
Charlson crudo	0,911	0,720-1,152	0,435	0,867	0,651-1,155	0,330	0,807	0,5621,159	0,247
Vivir solo	2,459	1,184-5,110	0,016	2,099	0,886-4,973	0,092	2,922	1,064-8,027	0,037
Lobo	0,938	0,888-0,992	0,025	0,926	0,871-0,985	0,014	0,929	0,866-,997	0,041
Estado civil			0,364			0,559			0,394
Casado-pareja	1			1			1		
Soltero	1,295	0,438-3,831	0,640	0,465	0,098-2,199	0,334	0,339	0,050-2,296	0,268
Viudo	1,564	0,820-2,983	0,175	1,281	0,613-2,677	0,510	1,267	0,505-3,175	0,614
Separado/divorciado	2,325	0,701-7,710	0,168	1,322	0,270-6,470	0,731	2,570	0,319-20,681	0,375

Tabla 17. Área bajo la curva para predecir “sentirse solo” según diferentes variables por grupos de edad

	Área bajo la curva		
	>= 65 años	>= 70 años	>= 75 años
SF36 (sumario mental)	0,690	0,675	0,654
Lawton(AIVD)	0,648	0,653	0,653
Barthell(ABVD)	0,604	0,611	0,593
Lobo	0,556	0,594	0,581
SF36 (sumario físico)	0,547	0,578	0,580
Edad	0,507	0,568	0,575
Charlson ajustado	0,541	0,535	0,569

Figura 14. Probabilidad de “sentirse solo” en relación con el Componente Sumario Mental del cuestionario SF-36 y vivir sólo o no, para pacientes de 65 y más años.

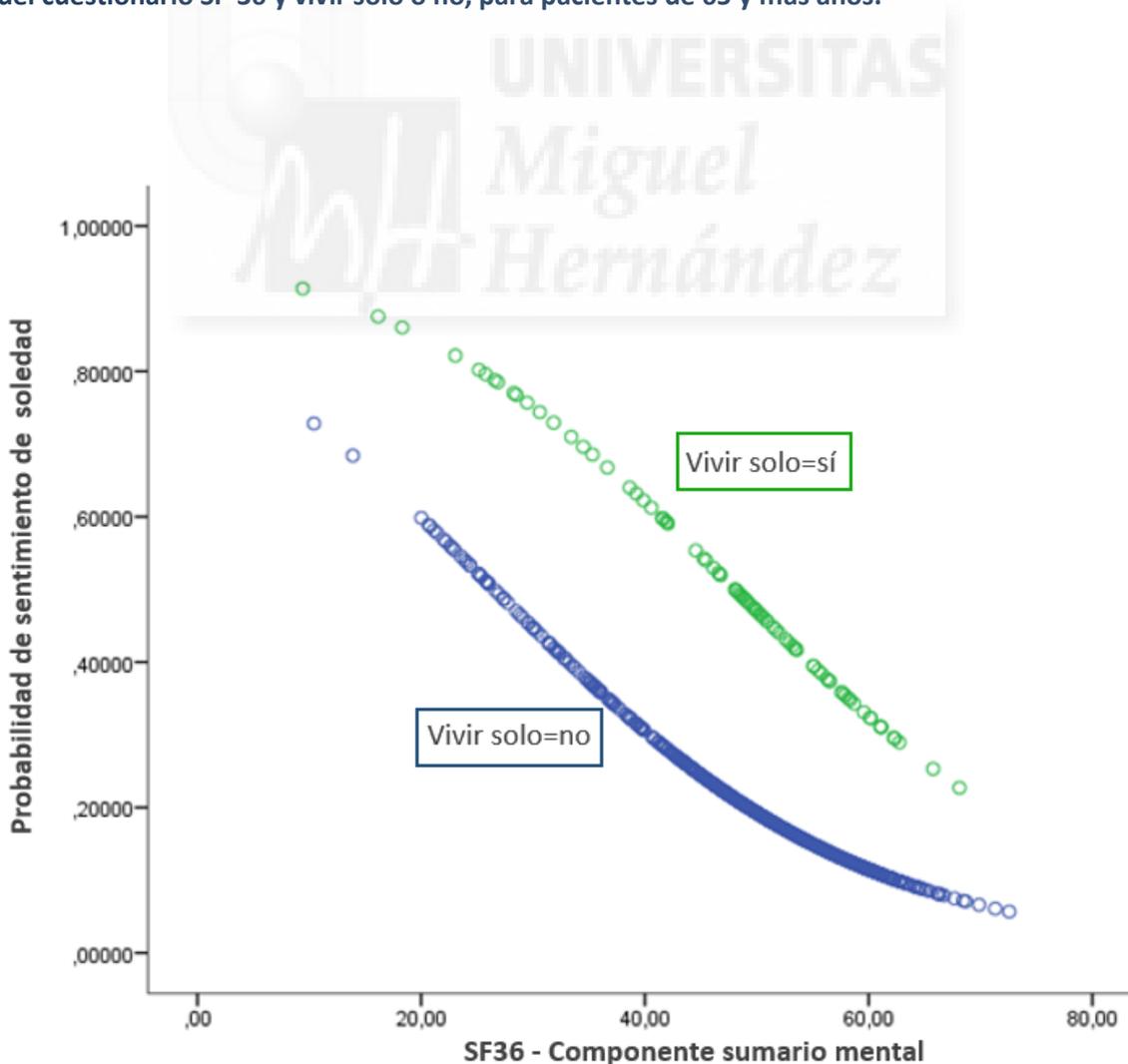
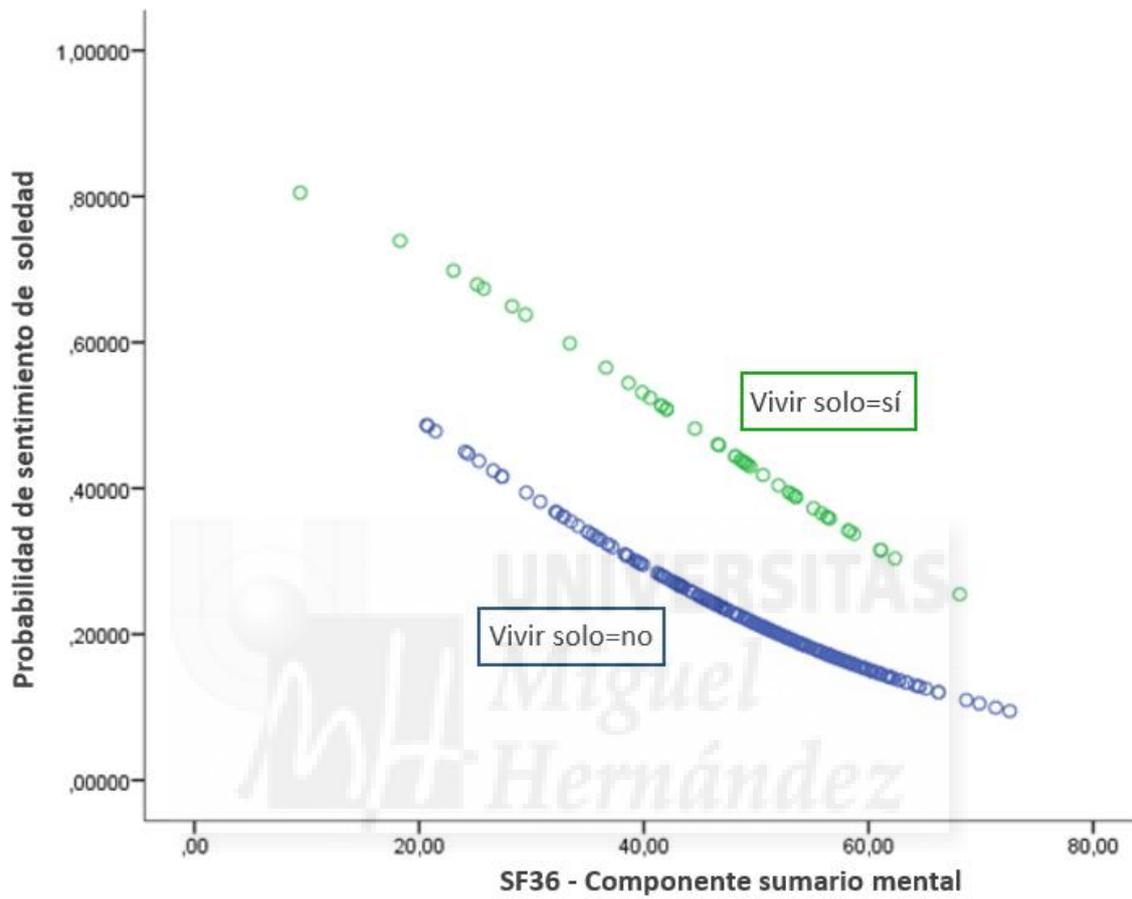


Figura 15. Probabilidad de “sentirse solo” en relación con el Componente Sumario Mental del cuestionario SF-36 y vivir sólo o no, para pacientes de 75 y más años.



5. AISLAMIENTO SOCIAL - OARS (RESULTADOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO)

Las preguntas del OARS que hacen referencia a los recursos sociales se muestran en la tabla 16.

Los resultados de dicha evaluación muestran que tienen recursos sociales excelentes o buenos el 56,0% y el 24,1%. Presentan alguna incapacidad social el 17,7%. Este porcentaje de aislamiento social se incrementa progresivamente con la edad, así se objetiva que dicha prevalencia en las personas de 70 y más años es del 21,0% y en el grupo de 75 y más años dicha prevalencia es del 26,1% (Tabla 18).

Tabla 18. Evaluación de los recursos sociales (Cuestionario OARS)

	>= 65 años	>= 70 años	>= 75 años
¿De las siguientes frases, cuál describe mejor la disponibilidad de ayuda que tiene el sujeto si él/ella estuviese enfermo/a o incapacitado?			
Como mínimo una persona podría o se encargaría del sujeto indefinidamente (el tiempo que fuese necesario)	674 (89.3)	443 (87.7)	249 (85.6)
Como mínimo una persona podría o se encargaría del sujeto durante poco tiempo (de unas pocas semanas a seis meses)	53 (7.0)	40 (7.9)	27 (9.3)
La ayuda estaría disponible solo de vez en cuando, para tareas como llevarlo/a al médico, prepararle la comida, etc.	22 (2.9)	17 (3.4)	11 (3.8)
No tendría ninguna ayuda disponible (solo una posible ayuda de emergencia)	6 (0.8)	5 (1.0)	4 (1.4)
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las relaciones sociales del Sujeto?			
Muy satisfactorias	444 (58.7)	267 (52.9)	127 (43.6)
Moderadamente satisfactorias-ade cuadas	226 (29.9)	168 (33.3)	113 (38.8)
No satisfactorias, pocas, de escasa calidad	86 (11.4)	70 (13.9)	51 (17.5)
RESULTADOS EVALUACIÓN			
6. Recursos sociales excelentes	434 (56.0)	260 (51.5)	124 (42.6)
5. Buenos recursos sociales	187 (24.1)	139 (27.5)	91 (31.3)
4. Levemente incapacitado socialmente	92 (12.2)	73 (14.5)	52 (17.9)
3. Moderadamente incapacitado socialmente	30 (4.0)	23 (4.6)	17 (5.8)
2. Gravemente incapacitado socialmente	8 (1.1)	7 (1.4)	5 (1.7)
1. Totalmente incapacitado socialmente	4 (0.5)	3 (0.6)	2 (0.7)
RESULTADOS EVALUACIÓN categorizados			
Recursos sociales buenos o excelentes	621 (82.3)	399 (79.0)	215 (73.9)
Levemente, moderadamente, gravemente o totalmente incapacitado	134 (17.7)	106 (21.0)	76 (26.1)
Ayuda disponible			
No	6 (0.8)	5 (1.0)	4 (1.4)
Si	749 (99.2)	500 (99.0)	287 (98.6)

En el análisis bivariado, las variables asociadas significativamente a algún grado de aislamiento social en las personas de 65 y más años son: sexo, actividad física, vivir solo, edad, el índice de Barthel, índice de Lawton y el Score de Charlson ajustado por edad (**Tabla 19**).

La prevalencia de aislamiento social es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (21.4% vs. 14.0%). Los pacientes con actividad física presentan menos prevalencia de aislamiento social (12.0% vs. 26.0%). Dicha prevalencia, a su vez, es mayor en las personas que viven solas que en las que no (27.0% vs. 16.5%). Tanto en los hombres como en las mujeres la edad es significativamente mayor en las personas con aislamiento social, lo mismo sucede con el score de Charlson, es mayor en las personas con aislamiento social. Tanto el índice de Barthel como el índice de Lawton tienen puntuaciones significativamente menores en las personas con aislamiento social (**Tabla 19**).

Los pacientes con aislamiento social tienen puntuaciones menores tanto en el sumario físico como en el sumario mental del cuestionario de calidad de vida SF36, como en el cuestionario de Lobo (**Tabla 19**).

Estos hallazgos son consistentes para las personas de 70 y más años. La misma tendencia se objetiva en los de 75 y más años, aunque en alguna de las variables la diferencia no llega a ser significativa (**Tabla 19**).

Tabla 19. Presencia o no de aislamiento social según diferentes grupos de edad y diferentes variables.

	≥ 65 años (n=775)			≥ 70 años (n=513)			≥ 75 años (n=294)		
	Algun grado de deterioro social no	Si (n=134; 17.7%)	p	Algun grado de deterioro social no	Si (n=106; 21.0%)	p	Algun grado de deterioro social no	Si (n=76; 26.1%)	p
Sexo			0,008			0,045			0,352
Hombre	319 (86,0)	52 (14,0)		198 (82,8)	41 (17,2)		101 (76,5)	31 (23,5)	
Mujer	302(78,6)	82 (21,4)		201 (75,6)	65 (24,4)		114 (71,7)	45 (28,3)	
Actividad física			<0,001			<0,001			0,001
No	214 (74,0)	75 (26,0)		158 (71,8)	62 (28,2)		91 (65,0)	49 (35,0)	
Si	375 (88,0)	51 (12,0)		227 (85,0)	40 (15,0)		117 (82,4)	25 (17,6)	
Barthelt (ABVD)			-			-			-
Dependencia total	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Severa	0 (0)	2 (100,0)		0 (0)	2 (100,0)		0 (0)	2 (100,0)	
Moderada	3 (100,0)	0 (0)		3 (100,0)	0 (0)		3 (100,0)	0 (0)	
Leve	113 (65,7)	59 (12,9)		89 (62,2)	54 (37,8)		60 (61,2)	38 (38,8)	
Independiente	494 (87,1)	73 (12,9)		301 (85,8)	50 (14,2)		149 (80,5)	36 (19,5)	
Barthelt (ABVD)			<0,001			<0,001			<0,001
Dependiente	116 (65,5)	61 (34,5)		92 (62,2)	56 (37,8)		63 (61,2)	40 (38,8)	
Independiente	494 (87,1)	73 (12,9)		301 (85,8)	50 (14,2)		149 (80,5)	36 (19,5)	
Lawton (AIVD)			-			-			-
Dependencia total	3 (42,9)	4 (57,1)		3 (42,9)	4 (57,1)		3 (42,9)	4 (57,1)	
Severa	3 (50,0)	3 (50,0)		3 (50,0)	3 (50,0)		3 (60,0)	2 (40,0)	
Moderada	8 (53,3)	7 (46,7)		8 (53,3)	7 (46,7)		7 (53,8)	6 (46,2)	
Leve	41 (75,9)	13 (24,1)		35 (74,5)	12 (25,5)		32 (74,4)	11 (25,6)	
Independiente	557 (84,0)	106 (16,0)		344 (81,3)	79 (18,7)		168 (76,4)	52 (23,6)	
Lawton (AIVD)			<0,001			0,002			0,094
Dependiente	55 (67,1)	27 (16,0)		49 (65,3)	26 (34,7)		45 (66,2)	23 (33,8)	
Independiente	557 (84,0)	106 (16,0)		344 (81,3)	79 (18,7)		168 (76,4)	52 (23,6)	
Vivir solo			0,015			0,046			0,927
No	556 (83,5)	110 (16,5)		356 (80,4)	87 (19,6)		182 (74,0)	64 (26,0)	
Si	65 (73,0)	24 (27,0)		43 (69,4)	19 (30,6)		33 (73,3)	12 (26,7)	

	≥ 65 años (n=775)			≥ 70 años (n=513)			≥ 75 años (n=294)		
	Algún grado de deterioro social			Algún grado de deterioro social			Algún grado de deterioro social		
	no Si (n=134; 17.7%)	no Si (n=106; 21.0%)	no Si (n=76; 26.1%)	no Si (n=106; 21.0%)	no Si (n=76; 26.1%)	no Si (n=76; 26.1%)	no Si (n=76; 26.1%)	no Si (n=76; 26.1%)	no Si (n=76; 26.1%)
	media±dt	media±dt	p	media±dt	media±dt	p	media±dt	media±dt	p
Edad									
Hombres	72,05±5,0	75,5±5,9	<0,001	75,1±4,0	77,8±4,4	<0,001	78,2±3,0	79,7±3,1	0,011
Mujeres	73,1±5,9	76,2±6,9	<0,001	76,1±4,8	78,6±5,6	0,002	79,3±4,0	81,2±4,6	0,007
Barthelt_ptos (ABVD)	95,6±4,7	95,2±11,1	<0,001	98,1±5,6	94,2±12,2	0,002	97,3±7,3	93,5±13,8	0,023
Hombres	99,1±3,7	97,4±5,3	0,004	98,7±4,6	96,7±5,8	0,042	98,3±6,1	96,2±6,3	0,003
Mujeres	98,0±5,4	93,8±13,3	0,007	97,6±6,4	92,6±14,7	0,010	96,5±8,2	91,7±17,0	0,018
Lawton_ptos (AIVD)	6,3±1,6	6,2±2,1	0,744	6,3±1,7	6,1±2,2	0,429	6,1±1,8	5,8±2,2	0,286
Hombres	4,9±0,5	4,6±0,9	0,029	4,8±0,6	4,5±1,0	0,004	4,7±0,8	4,4±1,0	0,217
Mujeres	7,8±0,9	7,3±1,9	0,026	7,7±1,1	7,1±2,1	0,054	7,4±1,4	6,8±2,3	0,150
Charlson crudo	0,75±1,1	0,84±1,1	0,194	0,83±1,2	0,86±1,1	0,587	0,96±1,2	0,92±1,1	0,985
Hombres	0,9±1,3	1,34±1,2	0,006	1,03±1,4	1,4±1,3	0,069	1,2±1,4	1,4±1,2	0,338
Mujeres	0,6±0,9	0,54±0,8	0,949	0,6±0,9	0,6±0,8	0,693	0,7±0,9	0,6±0,9	0,614
Charlson ajustado	3,5±1,4	4,0±1,3	<0,001	4,0±1,3	4,3±1,2	0,041	4,4±1,3	4,5±1,2	0,251
Hombres	3,6±1,5	4,4±1,5	<0,001	4,2±1,4	4,7±1,4	0,028	4,5±1,4	4,8±1,4	0,218
Mujeres	3,4±1,3	3,7±1,2	0,026	3,9±1,1	4,0±1,1	0,238	4,2±1,2	4,3±1,1	0,511
SF36 (sumario físico)	48,8±8,7	44,2±11,0	<0,001	48,1±9,0	44,0±10,9	<0,001	46,3±10,1	42,9±11,1	0,012
Hombres	49,1±8,2	45,1±9,9	0,008	48,7±8,4	44,6±9,9	0,010	47,6±9,3	42,8±10,1	0,007
Mujeres	48,5±9,3	43,7±11,6	0,001	47,5±9,6	43,7±11,5	0,023	45,2±10,7	42,9±11,8	0,331
SF36 (sumario mental)	49,6±10,0	47,0±11,0	0,014	49,7±9,3	47,0±11,1	0,015	49,8±10,0	47,9±10,6	0,075
Hombres	52,3±8,2	51,9±8,4	0,850	51,9±8,0	51,4±8,6	0,858	52,1±8,5	52,1±7,7	0,866
Mujeres	46,7±10,8	43,9±11,4	0,013	47,4±9,8	44,1±11,5	0,011	47,8±10,8	44,9±11,4	0,044
Lobo	31,1±3,7	28,4±5,3	<0,001	30,7±4,1	28,0±5,5	<0,001	29,9±4,6	27,7±6,0	0,001
Hombres	31,8±2,9	28,9±4,1	<0,001	31,6±3,2	28,8±4,3	<0,001	30,9±3,5	28,5±4,3	0,002
Mujeres	30,4±4,3	28,1±6,0	<0,001	29,9±4,8	27,6±6,2	0,001	29,0±5,2	27,1±7,0	0,093

Tras tener en consideración las variables previamente estudiadas en modelos multivariados de regresión logística para determinar las variables asociadas a la presencia de aislamiento social, realizamos un análisis estratificado por grupos de edad y sexo objetivando **(Tabla 20)**:

En el grupo de edad de 65 y más años, tras considerar la edad el sexo, el índice de Lawton y Barthel, el sumario físico y mental del SF36, el score de comorbilidad, el hecho de vivir solo y el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo, objetivamos que las variables que tienen efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad, el sumario físico y mental del SF36 y la puntuación de deterioro cognitivo de Lobo. A mayor edad mayor probabilidad de aislamiento social (OR=1,063). Tanto el componente físico como mental tienen un efecto protector en el sentido en que mayor puntuación en dichos componentes, menor probabilidad de aislamiento (sumario físico: OR=0.97; sumario mental: OR=0.99). La misma tendencia se objetiva con la puntuación del deterioro cognitivo de Lobo, a mayor puntuación menor probabilidad de aislamiento social (OR=0.90) **(Tabla 20)**.

Si se estratifica por sexo en este grupo de edad, se objetiva que los hombres se mantienen las variables anteriores a las cuales se añade el hecho de vivir solo. Los hombres que viven solos tienen mayor probabilidad de aislamiento (OR=3.53). En las mujeres se objetiva que las variables con efecto independiente son la edad y el componente físico y mental del SF36.

Tabla 20. Modelo de regresión logística para la prevalencia de aislamiento social en población de >= 65 años.

Variables	Global			Hombres			Mujeres		
	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p
Edad	1.063	1.03-1.10	0.002	1.083	1.02-1.15	0.016	1.053	1.00-1.11	0.035
Sexo (mujer)	0.704	0.25-1.96	0.500						
Lawton	1.140	0.85-1.53	0.387	1.210	0.64-2.29	0.558	1.075	0.76-1.51	0.678
Barthel	0.974	0.93-1.02	0.303	0.991	0.91-1.08	0.838	0.966	0.91-1.03	0.302
SF36 (sumario físico)	0.968	0.95-0.99	0.004	0.963	0.92-1.00	0.067	0.964	0.94-0.99	0.011
SF36 (sumario mental)	0.970	0.95-0.99	0.004	0.976	0.94-1.02	0.242	0.968	0.94-0.99	0.012
Charlsoncrudo	0.988	0.81-1.20	0.899	1.141	0.88-1.48	0.318	0.764	0.55-1.07	0.114
Vive solo	1.569	0.87-2.82	0.131	3.529	1.13-11.07	0.031	1.300	0.66-2.56	0.446
Lobo	0.904	0.86-0.85	<0.001	0.772	0.96-0.86	<0.001	0.952	0.90-1.01	0.109

En el grupo de 70 y más años, tras tener en consideración la edad, el sexo, el índice de Lawton y Barthel, el sumario físico y mental del SF36, el score de comorbilidad, el hecho de vivir solo y el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo, objetivamos que las variables que tienen un efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad, el sumario físico del SF36 y la puntuación del cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo. A mayor edad mayor probabilidad de aislamiento (OR=1.08), a mayor puntuación del sumario físico SF36 menos probabilidad (OR=0.98). Lo mismo sucede con el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo a menor puntuación mayor probabilidad de aislamiento (OR=0.92) (Tabla 21).

La misma tendencia se objetiva al estatificar por sexo. En los hombres, a las variables anteriores debemos añadir el hecho de vivir solo. El vivir solo incrementa la probabilidad de aislamiento social (OR=5.04) (Tabla 21).

En las mujeres, al igual que se objetivó en el grupo de 65 y más años, las variables que tienen un efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad (OR=1.08) y la puntuación del componente físico del SF36 (OR=0.98) (Tabla 21).

Tabla 21. Modelo de regresión logística para la prevalencia de aislamiento social en población de >= 70 años.

Variables	Global			Hombres			Mujeres		
	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p
Edad	1.083	1.03-1.14	0.004	1.099	1.00-1.21	0.051	1.073	1.00-1.15	0.043
Sexo (mujer)	0.593	0.20-1.76	0.347						
Lawton	1.147	0.84-1.56	0.383	1.146	0.60-2.18	0.676	1.126	0.78-1.62	0.524
Barthel	0.966	0.92-1.02	0.200	0.984	0.90-1.07	0.714	0.951	0.88-1.02	0.171
SF36 (sumario físico)	0.977	0.95-1.00	0.091	0.973	0.93-1.02	0.248	0.978	0.95-1.01	0.202
SF36 (sumario mental)	0.966	0.94-0.99	0.008	0.968	0.92-1.01	0.173	0.965	0.93-0.99	0.026
Charlson crudo	0.931	0.74-1.17	0.531	1.026	0.76-1.39	0.870	0.726	0.49-1.07	0.109
Vive solo	1.444	0.73-2.87	0.294	5.040	1.26-20.22	0.023	1.033	0.47-2.27	0.935
Lobo	0.917	0.87-0.97	0.003	0.802	0.71-0.91	<0.001	0.961	0.99-1.03	0.245

En el grupo de 75 y más años, donde solo disponemos de 260 pacientes, objetivamos tendencias similares, aunque se identifican menos variables significativas por problemas de poder estadístico (**Tabla 22**).

Tabla 22. Modelo de regresión logística para la prevalencia de aislamiento social en población de >= 75 años.

Variables	Global			Hombres			Mujeres		
	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p	OR	95%IC	p
Edad	1.111	1.03-1.20	0.010	1,117	0.96-1.31	,166	1,090	0.99-1.20	,077
Sexo (mujer)	0.660	0.20-2.16	0.492	-	-	-			
Lawton	1.092	0.79-1.51	0.591	1,397	1.40-2.90	,369	,952	0.66-1.38	,794
Barthel	0.984	0.93-1.03	0.546	,969	0.88-1.06	,501	,988	0.93-1.06	,731
SF36 (sumario físico)	0.977	0.94-1.01	0.123	,966	0.92-1.02	,182	,983	0.95-1.02	,390
SF36 (sumario mental)	0.967	0.94-0.99	0.038	,969	0.92-1.03	,277	,969	0.93-1.01	,112
Charlson crudo	0.913	0.69-1.20	0.513	1,011	0.70-1.46	,952	,743	0.48-1.16	,195
Vive solo	0.921	0.40-2.10	0.845	,891	0.09-9.34	,923	,892	0.36-2.21	,805
Lobo	0.951	0.89-1.02	0.138	,836	0.72-0.97	,017	,997	0.92-1.08	,947



8. DISCUSIÓN

 UNIVERSITAS
*Miguel
Hernández*

8 - DISCUSIÓN

VALIDEZ EXTERNA DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Este estudio ha determinado la prevalencia de la soledad bajo diferentes perspectivas y sus variables asociadas así como la comorbilidad, la dependencia, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en una muestra aleatoria poblacional. La prevalencia de diabetes (16.7%) y EPOC (9,1%) encontrada en este muestra es consiste con datos publicados a nivel nacional e internacional según grupos de edad. La prevalencia de diabetes detectada es consistente con datos a nivel nacional que muestran valores entre 4.8% y 18.7% (83).

Valores similares se muestran a nivel internacional. La prevalencia estimada de diabetes en la población adulta de USA oscila entre un 4.4% a un 17.9%(84).

Utilizando datos de una encuesta a nivel nacional de población de 20 y más años, la prevalencia de diabetes tipo 2 en USA (2007-2009) era de 7.1% en blancos, 8.4% en Americanos asiáticos, 11,8% en Hispanos y 12.6% en americanos de origen Africano(85).

A su vez los datos de prevalencia de EPOC encontrados en esta muestra (9.1%) son iguales a los datos encontrado en España. La prevalencia de EPOC en una región específica varía debido a diferencias en los métodos de obtención de los datos y criterios diagnósticos.

Existen dos grandes proyectos para determinar la prevalencia en España: IBERPOC (86)y EPI-SCAN (87).El estudio IBERPOC, realizado en 7 ciudades españolas, indica que la prevalencia de EPOC en España era a finales del siglo XX del 9,1% para personas de entre los 40 y 69 años de edad (88).

En una revisión sistemática (4) se ha obtenido una prevalencia de entre el 9 y el 10% para la EPOC(89).

Es por ello que en principio estos datos de comorbilidad consistentes a nivel nacional e internacional con patologías prevalentes como son la diabetes y la EPOC dan validez externa a nuestra muestra aleatoriamente seleccionada.

Este estudio pone de manifiesto que el 11.7% de personas de 65 y más años viven solo. Este porcentaje es similar a la población Española. En España según el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el 10,1% de los varones mayores de 65 años viven solos. Este porcentaje en las mujeres llega a un 25,5% (4).

VIVIR SOLO

En este estudio queda también patente que el porcentaje de mujeres que viven solas es mayor que el de hombres. Dicha diferencia se mantiene en todos los grupos de edad como se muestra en la Tabla 8.

En los modelos de regresión múltiple realizados en este estudio objetivamos que las variables asociadas a vivir solo tras tener en cuenta, según grupo de edad, las variables: edad, sexo, Índice de Lawton y de Barthel, sumarios físico y mental del SF36 y score de comorbilidad del Charlson, objetivamos que para el grupo de 65 y más años las variables que se asocian de forma significativa con el hecho de vivir solo son la edad y el Índice de Lawton. A mayor edad mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.076) y una puntuación mayor en el Índice de Lawton se asocia con mayor probabilidad de vivir solo (OR=1.82).

Hallazgos similares se objetivan en la población de 70 y más años y de 75 y más años.

Si eliminamos del modelo de regresión el Índice de Lawton, objetivamos que las variables con efecto independiente en el grupo de 65 y más años son la edad y el sexo, estando el índice de Barthel en el límite de la significación estadística. Hallazgos similares se objetivan en los otros grupos de edad.

Es, por tanto, razonable objetivar que la soledad se asocia muy claramente a diferentes patologías, como hemos indicado en la Tabla 1, dado que con la edad se incrementa la comorbilidad. En este estudio se utilizó el Índice de Charlson como indicador de comorbilidad. Dicho indicador no se asocia significativamente con el hecho de vivir solo pero, sin embargo, el Índice de Lawton que mide la independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, sí se objetiva asociado con este hecho. Esto es probablemente debido a que la patología que mide el Índice de Charlson no es suficientemente sensible para modificar la prevalencia de soledad, a no ser que dicha patología llegue a modificar la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria. Además, también queda de manifiesto que el Índice de Charlson en la muestra de personas que participaron en este estudio es bastante reducido como se muestra en la Tabla 6. Solamente dicho índice se incrementa, claramente, cuando ajustamos por edad. En los modelos de regresión utilizamos el Índice de Charlson crudo ya que hemos ajustado a la vez por la edad entre las variables introducidas en el modelo. De haber tenido en consideración el Índice de Charlson ajustado por edad y además introducir en el modelo la variable edad, nos hubiese generado un problema de exceso de ajuste (overadjustment). La razón que podría explicar porque en los pacientes que han participado en este estudio la comorbilidad fuese tan reducida puede ser explicada a que la participación requería ir al Centro de Salud y es probable que alguno de los pacientes que no acudieron fuera por exceso de comorbilidad.

Otros estudios han mostrado a su vez como la funcionalidad determinada por el Índice de Lawton es un elemento fundamental a tener en consideración asociado a la soledad (90). La soledad, especialmente en varones, incrementa el riesgo de incapacidad para las actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la malnutrición y un pobre estado de salud (91).

Por otra parte existen claras evidencias, en la literatura, de cómo no solo es la presencia de enfermedades que se asocia a la soledad, sino por el contrario como la soledad en sí mismo,

genera comorbilidad. Así se ha descrito como la soledad es un factor de riesgo de depresión e incrementa la mortalidad en gente mayor con depresión(73).

La soledad no solo incrementa la mortalidad en gente mayor sino que altera la calidad del sueño y aumenta la comorbilidad (74).

SENTIRSE SOLO

Este estudio muestra que la prevalencia de sentirse solo en el grupo de 65 y más años de edad, de 70 y más y de 75 y más es del 24.8%, 23,7% y 25.9% respectivamente.

La prevalencia de sentirse solo experimenta fluctuaciones dependiendo de cómo se formule la pregunta. En el Informe del IMSERSO(4)´.

La tercera parte de las mujeres (el 34,6%) afirma no sentirse solas nunca, frente a las cuales existe un 11,4% que reconoce sufrirla de un modo permanente; además, hay quienes declaran sentir la soledad sobre todo de noche (el 8,7%), por el día (el 5,1%) o durante los fines de semana (el 5,7%), así como quienes la vinculan con la enfermedad (el 9,7%) o dicen padecerla en ocasiones especiales (el 24,8%). Este problema adquiere mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino: nunca lo sufren cerca del 44% de los hombres frente al 28% de las mujeres, mientras que lo padecen por el día, por la noche o de continuo porcentajes de mujeres que superan de largo a los de varones. Hallazgos similares hemos encontrado en relación al género en este estudio.

Como ya hemos comentado, en la sección de resultados, tras realizar un análisis multivariado de regresión logística teniendo en cuenta las variables edad, genero, puntuación de Lawton, puntuación de Barthel, componente del sumario físico y mental del SF36, score de Charlson, vivir o no solo, puntuación del deterioro cognitivo de Lobo y estado civil (Tabla 16) objetivamos que las variables que se asocian significativamente con el hecho de sentirse solo en las personas de 65 y más años son el género femenino (OR=5.701), el componente mental del

SF36 (OR=0.934), el componente físico (0.967) y el hecho de vivir solo (OR=2.459), y la puntuación obtenida en el cuestionario de Lobo de deterioro cognitivo (OR= 0.938). Las mujeres se sienten más solas, y las mejores puntuaciones (mayores puntuaciones) del sumario físico y mental del SF-36 así como del cuestionario Lobo disminuyen el sentimiento de soledad.

Hay suficiente evidencia en la literatura que muestra como el sentimiento de soledad afecta tanto el componente físico (74, 92, 93) como el mental (94, 95).

Otros autores (96, 97) en USA muestran cifras discretamente inferiores de sentimientos de soledad a las nuestras de un 16.9% y un 19,3%.

Otro estudio realizado en USA con población china de 60 y más años objetiva una prevalencia de sentimiento de soledad 28.3% en las mujeres y de 23.3% en los hombres (98).

Otros estudios europeos muestran cifras superiores a las nuestras. Así en Finlandia dicho porcentaje de sentimiento de soledad alcanza cifras del 39% (99).

Este estudio muestra a su vez como el nuestro, que la mayor edad y el vivir solo incrementan los sentimientos de soledad.

Como han encontrado otros autores el vivir solo también incrementa el sentimiento de soledad (100-102).

Hallazgos similares se encuentran en el grupo de 70 y más años. En el grupo de 75 y más años las variables asociadas al hecho de sentirse solo son la menor puntuación del componente del mental del SF36 (OR=.0.953), el hecho de vivir solo (OR=2.922) y la puntuación del cuestionario de Lobo (0.929).

Estudios de seguimiento con 2173 personas sin demencia que vivían en la comunidad y se sentían solos mostraron asociación entre aislamiento social y sentimientos de soledad y el riesgo de presentar demencia después de haber tenido en consideración variables

sociodemográficas, patologías médicas, depresión y deterioro cognitivo. El sentimiento de soledad más que el vivir solo se asoció con un incremento del riesgo de presentar demencia clínica(103).

Los sentimientos de soledad más que el aislamiento social han sido identificados como factor de riesgo para incrementar la mortalidad en hombres(104).

Este incremento de la morbilidad y mortalidad se ha objetivado en toda la población tanto en hombres como en mujeres en estudios de seguimiento y por tanto el sentimiento de soledad se ha identificado como factor de riesgo para mayor morbilidad y mortalidad (105).

Aunque, como ya hemos indicado en la introducción, existen cuestionarios específicos para el estudio subjetivo del sentimiento de soledad. En este estudio para estudiar dicho sentimiento utilizamos la pregunta del cuestionario OARS que dice: ¿Se encuentra sólo a menudo, a veces o casi nunca? (0=A menudo; 1=A veces; 2=Casi nunca). Hemos dicotomizado la respuesta en SÍ (respuestas: a menudo, a veces), y NO (respuestas: casi nunca), siguiendo la misma metodología del artículo de Foxall MJ et al (106) donde la soledad se avaluó utilizando una única pregunta dicotómica del cuestionario OARS.

Este estudio (106) pone de manifiesto como en el realizado por nosotros que el género femenino experimenta más sentimientos de soledad que el hombre y que la menor satisfacción del componente mental se asocia su vez a mayor sentimiento de soledad. El mayor sentimiento de soledad en las mujeres en una constante en las publicaciones (107).

AISLAMIENTO SOCIAL

Este estudio pone de manifiesto, tras la realización del cuestionario OARS, que presentan aislamiento social el 17,7%. Este porcentaje de aislamiento social se incrementa progresivamente con la edad, así, se objetiva que dicha prevalencia en las personas de 70 y más años es del 21,0% y en el grupo de 75 y más años dicha prevalencia es del 26,1%.

Como se indicó en el apartado de resultados, en el análisis bivariado, las variables asociadas significativamente a algún grado de aislamiento social en las personas de 65 y más años son: sexo, actividad física, vivir solo, edad, el índice de Barthel, índice de Lawton y el Score de Charlson ajustado por edad (Tabla 19).

La prevalencia de aislamiento social es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (21.4% vs. 14.0%). Los pacientes con actividad física presentan menos prevalencia de aislamiento social (12.0% vs. 26.0%). Dicha prevalencia, a su vez, es mayor en las personas que viven solas que en las que no (27.0% vs. 16.5%). Tanto en los hombres como en las mujeres la edad es significativamente mayor en las personas con aislamiento social, lo mismo sucede con el score de Charlson, es mayor en las personas con aislamiento social. Tanto el índice de Barthel como el índice de Lawton tienen puntuaciones significativamente menores en las personas con aislamiento social (Tabla 19).

Los pacientes con aislamiento social tienen puntuaciones menores tanto en el sumario físico como en el sumario mental del cuestionario de calidad de vida SF36, como en el cuestionario de Lobo (Tabla 19).

Estos hallazgos son consistentes para las personas de 70 y más años. La misma tendencia se objetiva en los de 75 y más años, aunque en alguna de las variables la diferencia no llega a ser significativa (Tabla 19).

Tras realizar un análisis multivariado de regresión logística en el grupo de edad de 65 y más años, y considerar la edad, el sexo, el índice de Lawton y Barthel, el sumario físico y mental del SF36, el score de comorbilidad, el hecho de vivir solo y el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo, objetivamos que las variables que tienen efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad, el sumario físico y mental del SF36 y la puntuación de deterioro cognitivo de Lobo. A mayor edad mayor probabilidad de aislamiento social (OR=1,063). Tanto el componente físico como mental tienen un efecto protector en el sentido en que a mayor

puntuación en dichos componentes, menor probabilidad de aislamiento (sumario físico: OR=0.97; sumario mental: OR=0.99). La misma tendencia se objetiva con la puntuación del deterioro cognitivo de Lobo, a mayor puntuación menor probabilidad de aislamiento social (OR=0.90).

Si se estratifica por sexo en este grupo de edad, se objetiva que en los hombres se mantienen las variables anteriores a las cuales se añade el hecho de vivir solo. Los hombres que viven solos tienen mayor probabilidad de aislamiento (OR=3.53). En las mujeres se objetiva que las variables con efecto independiente son la edad y el componente físico y mental del SF36.

Hallazgos similares se objetivan en grupos de mayor edad aunque la disminución del tamaño muestral limita la capacidad estadística para encontrar diferencias.

Algunas de las variables asociadas a la soledad y el aislamiento social se han descrito en la Tabla 1. La salud viene determinada por factores intrínsecos del individuo y extrínsecos. Los factores intrínsecos están relacionados por determinantes genéticos, patología concomitante, medicación, mientras que los extrínsecos vienen determinados por factores sociales y del medio ambiente. La vulnerabilidad social viene determinada por múltiples determinantes sociales que tienen un sentido bidireccional por un lado determinan aislamiento social y por otro lado son factores de riesgo en sí mismo para la presencia de eventos no deseados (41).

La percepción de soledad demuestra que incrementa el tono simpático, disminuye la respuesta inflamatoria, la inmunidad, la calidad del sueño, la expresión de genes que regula la respuesta a los corticoides y todos estos elementos contribuyen a un incremento de la morbilidad y mortalidad en población mayor(108).

Diferentes factores relacionados disminuyen el contacto social, el estar solo, los sentimientos de soledad y la calidad de vida. El aislamiento social y la soledad se han asociado también con

una serie de resultados negativos como: estados de salud disminuidos, comportamientos de mala adaptación y estados de depresión(109).

Los aspectos negativos del aislamiento social y los eventos negativos asociados al aislamiento social han sido descritos ampliamente en la literatura (40).

Investigaciones sobre diferentes intervenciones para prevenir o reducir el aislamiento social y la soledad han sido descritas. Las tecnologías de la información disminuyen el aislamiento social. La evidencia disponible muestra que las tecnologías de la información y comunicación tienen capacidad para prevenir y reducir el aislamiento social (110).

La efectividad de las tecnologías inteligentes (smarttechnologies) en mejorar y mantener las conexiones sociales en gente mayor que vive sola ha sido demostrada. 14 estudios mostraron aspectos positivos tanto en el soporte social, el aislamiento y la soledad (111).

La eficacia de la disminución de la soledad de forma significativa utilizando nuevas tecnologías de forma individual o en grupo también ha sido documentada(112).

Dado la eficacia de las diferentes intervenciones el potencial de dichas actividades en la práctica clínica está siendo evaluado (113).

Las intervenciones que promueven los contacto de actividades sociales afectan positivamente es estado de salud y bienestar (114).

La revisión de la literatura es consistente en afirmar que se necesitan más estudios para determinar la eficacia de las diferentes intervenciones. Las intervenciones que ofrecen actividades sociales y actividades de soporte dentro de los grupos parecen ser efectivas (115)(109).

Se recomienda realizar más investigaciones utilizando nuevas tecnologías para reducir el sentimiento de soledad en la gente mayor (112).



LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Este estudio observacional de prevalencia presenta las siguientes limitaciones

- a- Sesgos de selección. Dichos sesgos se originan de cómo se seleccionó la muestra y de los criterios de inclusión y de exclusión. Para minimizar estos sesgos se seleccionó una muestra aleatoria poblacional estratificada por grupos de edad y sexo.

El estudio fue realizado en una muestra aleatoria poblacional en el cual al tasas de respuesta en la población de 40 y 64 años fue del 74.83% y en la población de 65 y más años fue de un 65.02%. Aproximadamente el 33% de las pérdidas fueron debidas a la imposibilidad de localizar a las personas a través de la cartilla de asistencia sanitaria. La mayoría de las pérdidas en el grupo de mayor edad fueron debidas al fallecimiento del paciente en el momento de la cita. Según la revisión de la literatura esta tasa de respuesta puede ser considerada como buena. En una revisión sistemática de 34 estudios epidemiológicos poblacionales la media de tasa de respuesta fue del 60.1% (rango entre 6.2%-94.9%). Algunos autores como Babbie(116) señala que los estudios de investigaciones sociológicas con una tasa de respuesta del 50% es considerada adecuada para su análisis y publicación de resultados. Una tasa del 60% es buena y una tasa de 70% es considerada muy buena.

- b- Sesgos de información. Se derivan de cómo se obtuvo la información de las personas seleccionadas. Para minimizar dichos sesgos se utilizó personal adiestrado y cuestionarios validados para determinar la calidad de vida (SF-36) la comorbilidad (Score de Charlson) la dependencia de **las actividades** básicas e instrumentales de la vida diaria(Índice de Barthel e Índice de Lawton) así como el aislamiento social (Cuestionario OARS). Como ya previamente se mencionó los estudios observacionales de prevalencia no permiten realizar inferencias de causalidad.

- c- Sesgos de confusión. Se derivan de la presencia de terceras variables. En este estudio aparte de determinar el aislamiento social se obtuvo información de la comorbilidad, de la dependencia y de la calidad de vida. Como todo estudio observacional de prevalencia, no permite determinar la relación causal de los eventos estudiados sino solamente su asociación probabilística. Para controlar el efecto confusor de las diferentes variables se utilizaron modelos de regresión múltiple logística.

APORTACIONES DEL ESTUDIO:

- a- Este estudio permite conocer en una muestra aleatoria poblacional de 65 y más años la comorbilidad, la calidad de vida, la dependencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el aislamiento social.
- b- Este estudio permite a su vez conocer las características de la población que vive sola, se siente sola, o presenta o no aislamiento social y las variables asociadas a su presencia.

El vivir solo, el sentirse solo y el aislamiento social, no solo son consecuencia de características de la población sino que a su vez, como han mostrado los estudios de seguimiento, son causa de comorbilidad, disminución de la calidad de vida y de muerte. Es por ello que la identificación de personas en riesgo de presentar dichos problemas y la implementación de actividades preventivas es un reto social para minimizar el sufrimiento innecesario y la comorbilidad que generan. Así mismo la realización de estudios experimentales permitirá identificar la eficacia de diferentes intervenciones para reducir el aislamiento social y el sentimiento de soledad. No solo demostrando la disminución de dicho sentimiento de soledad y de aislamiento sino la disminución de comorbilidad subsiguiente que dichas situaciones generan.

9. CONCLUSIONES



9 - CONCLUSIONES

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

- a. La patología más prevalente de la muestra estudiada es la hipertensión y la hiperlipidemia.
- b. La comorbilidad medida por el índice de Charlson es fundamentalmente a expensas de la edad. La patología más prevalente de este Score es la diabetes seguida del EPOC.
- c. Una tercera parte de los pacientes en los que no figura antecedente de hipertensión presentaban valores de hipertensión arterial en la exploración. La mitad de los pacientes hipertensos diagnosticados están bien controlados.
- d. Existen diferencias significativas entre las diferentes patologías y el sexo. Los hombres presentan mayor prevalencia de infarto, neoplasias y accidentes cerebro vasculares que las mujeres.
- e. Las mujeres presentan significativamente mayor prescripción de fármacos que los hombres en: diuréticos, benzodiazepinas, ARAS, neurolépticos, paracetamol y fármacos para la osteoporosis.
- f. La dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria aumenta con la edad, así como el deterioro cognitivo y el aislamiento social.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE VIVEN SOLOS O NO Y VARIABLES ASOCIADAS A SU PRESENCIA

- a. Para la población de 65 y más años, tras ajustar en diferentes modelos de regresión logística, según grupo de edad, por las variables: edad, sexo, índice de Lawton y de Barthel, sumarios físico y mental del SF36 y score de comorbilidad del Charlson, objetivamos que las variables que se asocian de forma significativa con el hecho de vivir solo son la edad, el sexo femenino y el índice de Lawton. A mayor edad mayor

probabilidad de vivir solo, las mujeres presentan una mayor probabilidad de vivir solas que los hombres y puntuación mayor en el índice de Lawton se asocia con mayor probabilidad de vivir solo.

- b. Hallazgos similares se objetivan en la población de 70 y más años y de 75 y más años.
- c. En el grupo de personas dependientes tras tener en consideración las variables: edad, sexo, score de comorbilidad del Charlson y puntuación OARS, objetivamos que las variables que se asocian de forma significativa al hecho de vivir solas son la edad y el sexo. A mayor edad mayor probabilidad de vivir solo y el hecho de ser mujer se asocia con mayor probabilidad de vivir solo.
- d. Tras calcular el área bajo la curva de las variables previamente mencionadas para predecir el sentimiento de soledad objetivamos que la variable con mayor capacidad predictiva es el componente del sumario mental del SF36 seguida de la puntuación de Lawton para la independencia de las actividades instrumentales de la vida diaria. Dichos hallazgos son consistentes en todos los grupos de edad.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE SE SIENTE SOLA Y VARIABLES ASOCIADAS A SU PRESENCIA

- a. Tras realizar un análisis multivariado de regresión logística teniendo en cuenta las variables edad, genero, puntuación de Lawton, puntuación de Barthel, componente del sumario físico y mental del SF36, score de Charlson, vivir o no solo, puntuación del deterioro cognitivo de Lobo y estado civil objetivamos que las variables que se asocian significativamente con el hecho de sentirse solo en las personas de 65 y más años son el género femenino (OR=5.701), el componente mental del SF36 (OR=0.934), el componente físico (0.967) y el hecho de vivir solo (OR=2.459), y la puntuación obtenida en el cuestionario de Lobo de deterioro cognitivo(OR= 0.938). Las mujeres presentan mayor sentimiento de soledad que los hombres, la mayor puntuación tanto

en el sumario físico como en el mental así como en la puntuación cuestionario de lobo disminuyen la probabilidad de sentirse solo. El hecho de vivir solo aumenta dicha probabilidad.

- b. Hallazgos similares se encuentran en el grupo de 70 y más años. En el grupo de 75 y más años las variables asociadas al hecho de sentirse solo son la menor puntuación del componente del mental del SF36, el hecho de vivir solo (OR=2.922) y la puntuación del cuestionario de Lobo.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON AISLAMIENTO SOCIAL Y VARIABLES

ASOCIADAS A SU PRESENCIA

- a. En el grupo de edad de 65 y más años, tras considerar la edad, el sexo, el índice de Lawton y Barthel, el sumario físico y mental del SF36, el score de comorbilidad, el hecho de vivir solo y el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo, objetivamos que las variables que tienen efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad, el sumario físico y mental del SF36 y la puntuación de deterioro cognitivo de Lobo. A mayor edad mayor probabilidad de aislamiento social. Tanto el componente físico como mental tienen un efecto protector en el sentido en que mayor puntuación en dichos componentes, menor probabilidad de aislamiento. La misma tendencia se objetiva con la puntuación del deterioro cognitivo de Lobo, a mayor puntuación menor probabilidad de aislamiento social.
- b. Si se estratifica por sexo en este grupo de edad, se objetiva que los hombres se mantienen las variables anteriores a las cuales se añade el hecho de vivir solo. Los hombres que viven solos tienen mayor probabilidad de aislamiento. En las mujeres se objetiva que las variables con efecto independiente son la edad y el componente físico y mental del SF36.

- c. En el grupo de 70 y más años, tras tener en cuenta todas las variables anteriores objetivamos que las variables que tienen un efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad, el sumario físico del SF36 y la puntuación del cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo. A mayor edad mayor probabilidad de aislamiento, a mayor puntuación del sumario físico SF36 menor probabilidad. Lo mismo sucede con el cuestionario de deterioro cognitivo de Lobo a menor puntuación mayor probabilidad de aislamiento.
- d. La misma tendencia se objetiva al estatificar por sexo. En los hombres, a las variables anteriores debemos añadir el hecho de vivir solo. El vivir solo incrementa la probabilidad de aislamiento social.
- e. En las mujeres, al igual que se objetivó en el grupo de 65 y más años, las variables que tienen un efecto independiente para predecir aislamiento social son la edad y la puntuación del componente mental del SF36. A mayor edad mayor probabilidad de aislamiento social y a mayor puntuación en dicho componente, menor probabilidad de aislamiento social.

10. BIBLIOGRAFÍA



10 - BIBLIOGRAFIA

1. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):799-812.
2. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med*. 2012;105(12):518-22.
3. Tunstall, J. *Old and alone: a sociological study of old people*. London: Routledge and Kegan Paul; 1966.
4. Ministerio de Sanidad S, Igualdad SeISeDSSe. *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas Madrid 2014* [Available from: www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/.../infoppmm2012.pdf].
5. Puig Llobet M, Lluch Canut M, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*. 2009;20(1):9-14.
6. IMSERSO. *La soledad de las personas mayores*. Madrid 2000.
7. Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Version española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria*. 1996;17(8):486-95.
8. Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)*. 1996;106(17):641-8.
9. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol*. 1975;30(1):85-9.
10. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6(6):1231-9.
11. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982;15(2):303-11.
12. Rifá I Ros R, Pallarés Martí À, Pérez Pérez I. Validación cultural de los resultados NOC propuestos en 22 planes de cuidados estandarizados para personas inmigrantes. *Agora de Enfermería*. 2012;16(30).
13. Molina Mejías P, Muñoz Baeza D. Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2015;7(1).

14. Rubio R. Un estudio sobre la soledad en personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo: entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista multidisciplinar de Gerontología*. 2001;11(1):23-8.
15. Oshagan H, Allen RL. Three loneliness scales: an assessment of their measurement properties. *J Pers Assess*. 1992;59(2):380-409.
16. Tapuyo C, De Los Ángeles C. Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, mediante la aplicación del cuestionario Sf 36 y escala este, periodo febrero-mayo del 2015: Tesis de Maestría. PUCE.; 2015.
17. DITOMMASO E, SPINNER B. The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*. 1993;14(1):127-34.
18. DITOMMASO E, SPINNER B. Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*. 1997;22(3):417-27.
19. Yaben Yarnoz S. Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SELSA-S. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. 2008;8(1):103-16.
20. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 1980;39(3):472-80.
21. Austin BA. Factorial structure of the UCLA Loneliness Scale. *Psychol Rep*. 1983;53(3 Pt 1):883-9.
22. García González JV, Díaz Palacios E, Salamea García A, Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, et al. [An evaluation of the feasibility and validity of a scale of social assessment of the elderly]. *Aten Primaria*. 1999;23(7):434-40.
23. Ashmore H. *Multidimensional functional assessment, the OARS methodology: a manual*. 2d ed ed: Duke University; 1978.
24. Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract*. 1980;30(210):49-51.
25. Linnemann C, Leyhe T. Suizid bei alteren Menschen - Risikofaktoren und Pravention . *Ther Umsch*. 2015;72(10):633-6.

26. Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014;79(2):179-83.
27. Yi ES, Hwang HJ. A study on the social behavior and social isolation of the elderly Korea. *J Exerc Rehabil*. 2015;11(3):125-32.
28. Rujescu, D GI. Intermediate Phenotypes in Suicidal Behavior Focus on Personality. *The Neurobiological Basis of Suicide*. 2012(Chapter 18).
29. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(12):1198-211.
30. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *Br J Gen Pract*. 2007;57(537):277-82.
31. Pratali L, Mastorci F, Vitiello N, Sironi A, Gastaldelli A, Gemignani A. Motor Activity in Aging: An Integrated Approach for Better Quality of Life. *Int Sch Res Notices*. 2014;2014:257248.
32. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing*. 2001;30(1):13-7.
33. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36(4):497-516.
34. Loboprabhu S, Molinari V. Severe loneliness in community-dwelling aging adults with mental illness. *J Psychiatr Pract*. 2012;18(1):20-8.
35. Warner JP. Quality of life and social issues in older depressed patients. *Int Clin Psychopharmacol*. 1998;13 Suppl 5:S19-24.
36. Andreescu C, Varon D. New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):53.
37. Voshaar RC, van der Veen DC, Kapur N, Hunt I, Williams A, Pachana NA. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(7):1197-205.
38. Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personnalite normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, evolution, et prise en charge. *Encephale*. 2013;39(5):374-82.
39. Boss L, Kang DH, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(4):541-53.
40. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev*. 2012;33(2-3):137-52.

41. Andrew MK. Frailty and Social Vulnerability. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr.* 2015;41:186-95.
42. Welz-Barth A. Inkontinenz im Alter. Ein Soziales und ökonomisches Problem . *Urologe A.* 2007;46(4):363-4, 6-7.
43. Casper RC. Nutrition and its relationship to aging. *Exp Gerontol.* 1995;30(3-4):299-314.
44. Lubinski RB. Why so little interest in whether or not old people talk: a review of recent research on verbal communication among the elderly. *Int J Aging Hum Dev.* 1978;9(3):237-45.
45. Kirsch S, Iroku-Malize T. Eye Conditions in Older Adults: Diabetic Retinopathy. *FP Essent.* 2016;445:29-37; quiz 8-9.
46. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Personnes agees et troubles de la deglutition: une approche pluridisciplinaire. *Rev Med Liege.* 2014;69(5-6):349-56.
47. Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, et al. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly. *Rev Mal Respir.* 2011;28(8):e76-93.
48. Deckx L, van den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18(5):466-77.
49. Jefferies H, Clifford C. Aloneness: the lived experience of women with cancer of the vulva. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20(6):738-46.
50. Kim TS, Chung JW. Evaluation of age-related hearing loss. *Korean J Audiol.* 2013;17(2):50-3.
51. Snik AF, Leijendeckers JM, Marres HA. [Treating age-related hearing loss: hearing aids are not very popular]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013;157(17):A5007.
52. Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clin Interv Aging.* 2012;7:159-63.
53. Schneider JM, Gopinath B, McMahon CM, Leeder SR, Mitchell P, Wang JJ. Dual sensory impairment in older age. *J Aging Health.* 2011;23(8):1309-24.
54. Cardarelli WJ, Smith RA. Managed care implications of age-related ocular conditions. *Am J Manag Care.* 2013;19(5 Suppl):S85-91.
55. Prevention FoGV, Health BoG, Medicine Io, . NRC. Elder Abuse and Its Prevention:Workshop Summary. Washington (DC); 2014.
56. Löser C. Ursachen und Klinik der Mangelernahrung . *Ther Umsch.* 2014;71(3):135-9.
57. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging.* 2010;5:207-16.

58. Kenderian S, Stephens EK, Jatoi A. Ostomies in rectal cancer patients: what is their psychosocial impact? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(3):328-32.
59. Muroya K, Tajima T. Psychological processes and readaptation to life in society of elderly widowers. *J UOEH*. 2013;35(3):241-6.
60. Griebing TL. Overactive bladder in elderly men: epidemiology, evaluation, clinical effects, and management. *Curr Urol Rep*. 2013;14(5):418-25.
61. Barth J, Schneider S, von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2010;72(3):229-38.
62. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000;101(16):1919-24.
63. Bucholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A, Jones PG, Buchanan DM, et al. Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2011;108(7):943-8.
64. Glozier N, Tofler GH, Colquhoun DM, Bunker SJ, Clarke DM, Hare DL, et al. Psychosocial risk factors for coronary heart disease. *Med J Aust*. 2013;199(3):179-80.
65. Hopp FP, Thornton N, Martin L. The lived experience of heart failure at the end of life: a systematic literature review. *Health Soc Work*. 2010;35(2):109-17.
66. Ellis G, Mant J, Langhorne P, Dennis M, Winner S. Stroke liaison workers for stroke patients and carers: an individual patient data meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(5):CD005066.
67. Becher K, Oelke M, Grass-Kapanke B, Flohr J, Mueller EA, Papenkordt U, et al. Improving the health care of geriatric patients: management of urinary incontinence: a position paper. *Z Gerontol Geriatr*. 2013;46(5):456-64.
68. Kemp K, Griffiths J, Lovell K. Understanding the health and social care needs of people living with IBD: a meta-synthesis of the evidence. *World J Gastroenterol*. 2012;18(43):6240-9.
69. Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010;25(1):132-41.
70. O'Lunaigh C, O'Connell H, Chin AV, Hamilton F, Coen R, Walsh C, et al. Loneliness and vascular biomarkers: the Dublin Healthy Ageing Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(1):83-8.
71. Smith SS, Kozak N, Sullivan KA. An investigation of the relationship between subjective sleep quality, loneliness and mood in an Australian sample: can daily routine explain the links? *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(2):166-71.

72. Minister OotDP. A sure start to later life: Ending inequalities for older people. In: Unit SE, editor. London2006.
73. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.
74. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27.
75. HEALTH W, ORGANIZATION ea. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010 2010 [Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/].
76. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
77. Alonso J, Prieto L, Antó J. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771-6.
78. Mahoney FI. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*. 1965;14:61-5.
79. Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. *Am J Nurs*. 2008;108(4):52-62; quiz -3.
80. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
81. Lobo A EJ, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El mini examen cognoscitivo: un «test» sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neuro I Psiquiatr*. 1979;II:189-201.
82. George LK, Fillenbaum GG. OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc*. 1985;33(9):607-15.
83. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:15-24.
84. Cory S, Ussery-Hall A, Griffin-Blake S, Easton A, Vigeant J, Balluz L, et al. Prevalence of selected risk behaviors and chronic diseases and conditions—steps communities, United States, 2006-2007. *MMWR Surveill Summ*. 2010;59(8):1-37.
85. Prevention CfDCa. National diabetes fact sheet: national estimates

356 and general information on diabetes and prediabetes in the United States 2011 [Available from: https://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf].

86. Miravittles M, Sobradillo V, Villasante C, Gabriel R, Masa JF, Jiménez CA, et al. Estudio epidemiológico de la EPOC en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. Arch Bronconeumol. 1999;35(4):152-8.
87. Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia Rio F, Miravittles M, Muñoz L, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. Arch Bronconeumol. 2009;45(1):41-7.
88. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):e442.
89. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2006;28(3):523-32.
90. Benítez Rosario MA, Hernández Estévez P, Barreto Méndez J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. Aten Primaria. 1994;13(1):8-10, 2-4.
91. Hsieh YM, Sung TS, Wan KS. A survey of nutrition and health status of solitary and non-solitary elders in Taiwan. J Nutr Health Aging. 2010;14(1):11-4.
92. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. J Health Soc Behav. 2009;50(1):31-48.
93. J L. The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness. 1977.
94. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging. 2006;21(1):140-51.
95. Weeks DG, Michela JL, Peplau LA, Bragg ME. Relation between loneliness and depression: a structural equation analysis. J Pers Soc Psychol. 1980;39(6):1238-44.
96. Theeke LA. Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. Res Gerontol Nurs. 2010;3(2):113-25.
97. Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. Arch Psychiatr Nurs. 2009;23(5):387-96.
98. Dong X, Chen R. Gender differences in the experience of loneliness in U.S. Chinese older adults. J Women Aging. 2017;29(2):115-25.
99. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Arch Gerontol Geriatr. 2005;41(3):223-33.
100. Yeh S. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. Social

Behavior and Personality: An international journal. 2004;32:129-38.

101. Arslantaş H, Adana F, Abacigil Ergin F, Kayar D, Acar G. Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iran J Public Health*. 2015;44(1):43-50.
102. Zebhauser A, Baumert J, Emeny RT, Ronel J, Peters A, Ladwig KH. What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Aging Ment Health*. 2015;19(9):773-80.
103. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(2):135-42.
104. Holwerda TJ, Beekman AT, Deeg DJ, Stek ML, van Tilburg TG, Visser PJ, et al. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med*. 2012;42(4):843-53.
105. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):907-14.
106. Foxall MJ, Ekberg JY. Loneliness of chronically ill adults and their spouses. *Issues Ment Health Nurs*. 1989;10(2):149-67.
107. Beal C. Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(7):795-813.
108. Cacioppo JT, Hawkey LC, Norman GJ, Berntson GG. Social isolation. *Ann N Y Acad Sci*. 2011;1231:17-22.
109. Ontario HQ. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2008;8(5):1-49.
110. Chen YR, Schulz PJ. The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2016;18(1):e18.
111. Morris ME, Adair B, Ozanne E, Kurowski W, Miller KJ, Pearce AJ, et al. Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australas J Ageing*. 2014;33(3):142-52.
112. Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging Ment Health*. 2014;18(6):683-93.
113. Leist AK. Social media use of older adults: a mini-review. *Gerontology*. 2013;59(4):378-84.

114. Greaves CJ, Farbus L. Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *J R Soc Promot Health*. 2006;126(3):134-42.
115. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:647.
116. ER B. *The Practice of Social Research* 2007.





11. ANEXOS UNIVERSITAS
*Miguel
Hernández*

ANEXO I

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS. POBLACIÓN ADULTA 65 Y MÁS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CAMBRE

Paciente Nº historia: _____ Nombre: _____ Apellidos: _____ Firma entrevistador: _____
--

Variables identificación del paciente:

Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa):

Sexo: Hombre
 Mujer

Lugar:

Teléfono:

Nivel de estudios: sin estudios
 1º grado incompleto
 1º grado (Bachillerato Elemental, EGB)
 2º grado (Bachillerato Superior, BUP, FP)
 Universitario

Variables antropométricas:

Peso:

Talla:

Perímetro de cintura:

Perímetro de cadera:

Variables riesgo cardiovascular:

Fumador:

- no
 ex-fumador (el paciente dejó de fumar más de 12 meses antes de entrar en el estudio)
 si (el paciente fuma o ha fumado en los 12 últimos meses, al menos 1 cigarrillo o 1 pipa o 1 puro al día). Test de Fagerström.

TAS/TAD:

	TAD	TAS
Medición 1		
Medición 2		

Analítica:

Previa: fecha _____ no

Actual: fecha _____ no (*pedirla*)

Actividad física (más de 30 minutos de actividad física moderada-intensa más de 5 días a la semana):

si no

EKG:

Hipertrofia ventrículo izquierdo (criterio de Sokolow):

si no

Otros hallazgos:

FA

Bloqueo AV:

Extrasistolias

Isquemia

Necrosis

Medicación concomitante

Categoría _ medicación	Principio activo/Fármaco	Dosis	Pauta
Antidiabéticos orales			
Insulina			
Diuréticos			
IECAS			
ARAS			
Betabloqueantes			
Antiagregantes			
Hipolipemiantes			
Benzodiacepinas			
Neurolépticos			
AINES			
Paracetamol			
Inhaladores			
Osteoporosis			
OTROS			

Fecha en que se realiza la entrevista (dd/mm/aaaa):

ANEXO II

SCORE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

	PUNTOS	
PUNTUACIÓN: 1		
1. IAM (excluye cambios ECG sin antecedentes médicos)	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
2. Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
3. Enfermedad vascular periférica (incluye aneurisma aórtico >6cm)	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
4. Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
5. Demencia	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
6. EPOC	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
7. Enfermedades del tejido conjuntivo	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
8. Ulcus péptico	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
9. Hepatopatía leve – incluye hepatitis crónica (sin hipertensión portal)	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
10. DM sin afectación de órganos diana	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
<hr/>		
PUNTUACIÓN: 2		
1. Hemiplejia	<input type="checkbox"/> 2. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
2. Enfermedad renal moderada – severa	<input type="checkbox"/> 2. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
3. DM con afectación de órganos diana (nefropatía – retinopatía)	<input type="checkbox"/> 2. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
4. Tumor sin metástasis	<input type="checkbox"/> 2. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
5. Leucemia aguda o crónica	<input type="checkbox"/> 2. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
6. Linfoma	<input type="checkbox"/> 2. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
<hr/>		
PUNTUACIÓN: 3		
1. Hepatopatía moderada o severa	<input type="checkbox"/> 3. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
<hr/>		
PUNTUACIÓN: 6		
1. Tumor sólido con metástasis	<input type="checkbox"/> 6. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No
2. SIDA (no sólo VIH positivo sino desarrollo de SIDA)	<input type="checkbox"/> 6. Sí	<input type="checkbox"/> 0. No

ANEXO III

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999). INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright 1995 Medical Outcomes Trust. All rights reserved.(Versión 1.4, Junio 1.999)

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa



ANEXO IV

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Escala de Actividades Básicas de la vida diaria		Pto
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne ,pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continente	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinente	0
Micción	Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC ,pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	Independiente en silla de ruedas ,sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escalera	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

100	Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
60	Dependencia leve
35-55	Dependencia moderada
20-35	Dependencia severa
20	Dependencia total

ANEXO V

ÍNDICE DE LAWTON (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)

Escala de Actividad Instrumental de la vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono pero, no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
Hacer compras:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria.

Máxima dependencia: 0 puntos..... 8 puntos: Independencia total.

ANEXO VI

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC-35)

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

• Dígame el hospital (o lugar).....

Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? (5 puntos)

• Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2 puntos)

• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)

• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? (2 puntos)
¿Qué son el rojo y el verde?

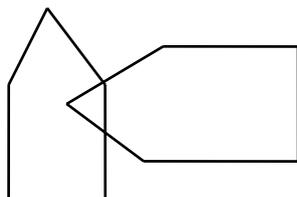
• ¿Qué son un perro y un gato? (1 punto)

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1 punto)

• Escriba una frase (1 punto)

• Copie este dibujo (5 puntos)



Puntuación máxima 35
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

ANEXO VII

ESCALA OARS (ESCALA DE RECURSOS SOCIALES)

¿Está usted soltero, casado, viudo, ...?

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Viudo
- 4. Divorciado
- 5. Separado
- No contesta

¿Quién vive con usted? (indique sí o no en cada una de las opciones siguientes)

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nadie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esposo o esposa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hijos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nietos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Padres |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuelos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hermanos y hermanas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros familiares |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Amigos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayuda pagada no familiar (incluye habitación libre) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros (especifíquese) _____ |

¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en casa?

- 3. Cinco o más
- 2. De tres a cuatro
- 1. Una o dos
- 0. Nadie
- . No contesta

¿Cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares y otros en las últimas semanas (ya sea porque les haya llamado usted o le hayan llamado ellos)?

- 3. Una o más veces al día
- 2. Dos-seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna vez
- . No contesta

¿Cuántas veces, en la última semana, pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted; es decir, usted fue a verles o ellos le visitaron o salieron a hacer cosas juntos?

- 3. Una o más veces al día
- 2. Dos-seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna vez
- . No contesta

¿Tiene alguien en quien confiar?

- 2. Sí
- 1. No
- . No contesta

¿Se encuentra sólo a menudo, a veces o casi nunca?

- 0. A menudo
- 1. A veces
- 2. Casi nunca
- . No contesta

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?

- 1. Tan a menudo como quisiera
- 2. Algo triste por la poca frecuencia
- . No contesta

¿Hay alguien que le prestaría ayuda si usted se encontrara enfermo o incapacitado; por ejemplo, su esposo/esposa, un miembro de su familia, o un amigo?

- 1. Sí
- 0. Nadie que desee o sea capaz de ayudar
- . No contesta

¿Hay alguien que le cuidaría todo el tiempo que necesite, o sólo un cierto tiempo o únicamente alguien que le ayudaría de vez en cuando (por ejemplo, acompañarle al médico, haciéndole la comida ocasionalmente, etc.)?

- 1. Alguien que cuidaría del sujeto indefinidamente (todo el tiempo que fuese necesario)
- 2. Alguien que cuidaría del sujeto un corto período de tiempo (desde unas pocas semanas hasta seis meses)
- 3. Alguien que ayudaría al sujeto de vez en cuando (llevándole al médico, haciéndole la comida, etc.)
- . No contesta

¿De quién se trata?

Nombre.....

Relación.....

PREGUNTAS PARA EL ENTREVISTADOR

¿De las siguientes frases, cuál describe mejor la disponibilidad de ayuda que tiene el sujeto si él/ella estuviese enfermo/a o incapacitado?

- 3 Como mínimo una persona podría o se encargaría del sujeto indefinidamente (el tiempo que fuese necesario)
- 2 Como mínimo una persona podría o se encargaría del sujeto durante poco tiempo (de unas pocas semanas a seis meses)
- 1 La ayuda estaría disponible solo de vez en cuando, para tareas como llevarlo/a al médico, prepararle la comida, etc.
- 0 No tendría ninguna ayuda disponible (solo una posible ayuda de emergencia)

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las relaciones sociales del Sujeto?

- 3 Muy satisfactorias
- 2 Moderadamente satisfactorias-adequadas
- 1 No satisfactorias, pocas, de escasa calidad

RESULTADOS EVALUACIÓN

- 6. Recursos sociales excelentes
- 5. Buenos recursos sociales
- 4. Levemente incapacitado socialmente
- 3. Moderadamente incapacitado socialmente
- 2. Gravemente incapacitado socialmente
- 1. Totalmente incapacitado socialmente

