núm.11 DESEMBRE 2014

Ebola: la gran desconeguda?

ELA: Investigació a l'IRBLleida

Cursos COILL 2015

inf

REVISTA DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA

Gent gran: xarxa social i discapacitat

Estudi de recerca

Sabadell Professional

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA

Una cosa és dir que treballem en PRO dels professionals.
Una altra és fer-ho:

Compte Expansió PRO.

T'abonem el 10% de la teva quota de col·legiat*.

0 comissions d'administració i manteniment.**

\+ **3%** de devolució dels teus rebuts domèstics principals, fins a un màxim de 20 euros al mes.

\+ **Gratis** la targeta de crèdit i de dèbit per titular i autoritzat.

\+ Més de **2.300** oficines al teu servei.

Al cap i a la fi, som el banc de les millors empreses. O el que és el mateix, **el banc dels millors professionals: el teu.**

Truca'ns al 902 383 666, identifica't com a membre del teu col·lectiu, organitzem una reunió i comencem a treballar.

sabadellprofessional.com

El Compte Expansió PRO requereix la domiciliació d'una nòmina, pensió o ingrés regular mensual per un import mínim de 700 euros. S'exclouen els ingressos que provenen de comptes oberts al grup Banc Sabadell a nom del mateix titular. Si tens entre 18 i 25 anys, no cal domiciliar cap ingrés periòdic.
*Fins a un màxim de 100 euros anuals per compte, amb la quota domiciliada.
** TAE 0%
Oferta extensiva a familiars de primer grau.

Octubre de 2014
Condicions revisables en funció de l'evolució del mercat. S'aplicaran les que estiguin en vigor al banc en el moment de la formalització.

Captura el codi QR i coneix la nostra news 'Professional Informa'

El banc de les millors empreses. I el teu.

inf DESEMBRE 2014

sumari

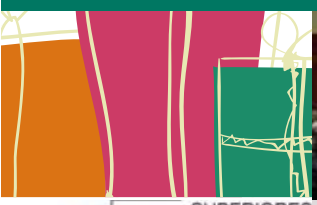
4 opinió
Les conseqüències de la crisi

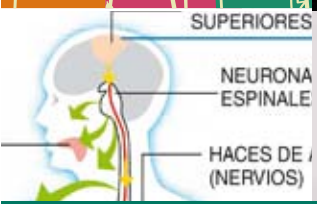
6 coill
El COILL, a Investén 2014

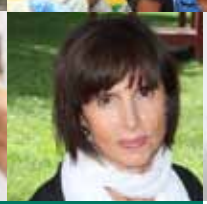
10 animate
Reunió de l'*Animate* a Lleida

12 ebola
Ebola: protocols d'infermeria

17 recerca
Estudio: Red social y discapacidad en los mayores de 75 años







58 IRBLleida
ELA i investigació a Lleida

61 empresa
Annabel Vidal, *coach* nutricional

69 especialitat
Prevenció i incontinència urinària

74 món acadèmic
Judith Roca

77 formació
Màsters UdL i Cursos COILL

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA

El COILL no comparteix necessàriament les opinions dels autors dels escrits, els quals en són titulars i responsables.

Edita: COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA [Paer Casanovas, 37 altell. 25008 Lleida. Tel. 973 243 760. Fax 973 246 069. coill@coill.org] **[Junta de Govern:** Josep M. Camps Balagué (president). Montserrat Gea Sánchez (vicepresidenta). Miquel Àngel Calderó Solé (secretari). Mercè Folguera Arnau (vicesecretària). Mercè Porté Llotge (tresorera). Maria Montserrat Duch Clavé (vocal I). Ana M. Quintanilla Sanz (vocal II). Carmen Mayayo Monreal (vocal III). Lourdes Terés Vidal (vocal IV). Anabel Fernández Cuesta (llevadora)] **Realitza: MISSATGES GESTIÓ DE COMUNICACIÓ SL** [Gabinet de Comunicació i Premsa del COILL. C/ Vila de Foix 2, 2n 2a. 25002 Lleida. missatges@missatges.com] [Continguts, redacció, disseny i maquetació © Rafa Gimena, Montse Gimena, Sara Bobet] [Fotografia © els autors] [Publicitat: Núria Martínez• nmartinez@missatges.com• 973 273 977]. **Imprimeix: ARTS GRÀFIQUES BOBALÀ** [Dipòsit Legal L-832-2012]. Trimestral / 3.000 exemplars.

les conseqüències de la crisi

per **JOSEP MARIA CAMPS.** President del COILL

MALGRAT TOTS ELS EXACERBATS DEBATS de premsa i televisió, la veritat és que els estudis científics que comparen l'eficiència entre proveïdors públics i privats són escassos i pateixen més d'una bona qualitat metodològica que d'altres qüestions. En qualsevol cas, la hipòtesi que l'assistència sanitària privada és més efectiva o eficient que la pública no està demostrada, ni en els països en vies de desenvolupament ni en els països desenvolupats. L'eficiència i l'efectivitat d'una organització no està lligada a la seva titularitat pública o privada, sinó més aviat a la qualitat de la gestió amb la qual és governada, és a priori, el perfil dels gestors el que la fa eficient. Potser l'obstacle més important en la gestió pública vingui del "cafè per a tots" o la incapacitat per "el premi i el càstig".

Al meu entendre, l'altre gran damnificat en el panorama sanitari per la crisi han estat les infermeres. Sabíem que vivíem en un país tremendament medicalitzat, això, en el doble sentit de la paraula, en el qual es consumeixen una elevadíssima quantitat de fàrmacs (alguns de dubtosa efectivitat i en el que segur que algú obté grans beneficis) i en un país que partia abans de la crisi d'una proporció de 45,58% metges davant 54,42% infermeres (mentre que a Europa la proporció és de 29,03% metges enfront d'un 70,97% d'infermeres) i on la crisi ha aguditzat aquestes diferències. Mentre que a Europa

"L'eficiència i l'efectivitat d'una organització no està lligada a la seva titularitat pública o privada, sinó més aviat a la qualitat de la gestió amb la qual és governada"

hi ha 808 infermeres per 100.000 habitants, a Espanya només n'hi ha 531.

Així, mentre la mitjana de pacients per infermera en hospitals de Noruega és de 5,2 o de 7 a Holanda, a Espanya és de 12,7 per infermera. Per tant les possibilitats que els nostres pacients morin és gairebé un 50% més gran comparat amb Noruega o un 35% més gran comparat amb Holanda, aquestes xifres les publicava Linda Aiken al BMJ i en Lancet.

Un informe del NHS signat per Sir Bruce Keogh publicat al juliol de 2013 deia .... "És cada vegada més clar que aquesta orientació ..., va associada a un greu retallada del finançament, ha impulsat a les infermeres a una difícil situació, quan les administracions i els empresaris tracten de mantenir baixos els costos de l'atenció de salut. Com que el recurs humà més nombrós i, per tant, en termes de costos totals el més car, les infermeres pateixen la reversió de la composició dels recursos de personal, la reducció dels llocs d'infermeria amb una disminució constant, o fins a la supressió dels seus salaris ..., les conseqüències per a la confiança del pacient, la moral de treball del personal d'infermeria, la qualitat i la seguretat i, en definitiva, per a la contractació i la retenció en el futur, són importants. També ha conduït a l'adopció de decisions de curt termini, que tindran conseqüències greus a llarg termini ".

Però és que a més els gestors han de ser conscients que perquè hi ha menys infermeres, aquestes estan més sobrecarregades, i les conseqüències majoritàriament les pateixen els pacients.

Aquestes són només reflexions en veu alta de la situació actual per tenir-ho present, però ara el que cal és que l'esperit nadalenc que és a tocar ens porti noves reflexions i nous posicionaments respecte de la nostra funció. Amb aquesta esperança voldríem començar aquestes festes nadalenques. Per tant, **en nom propi i de tota la Junta de Govern del vostre Col·legi, us desitgem que tingueu unes bones festes de Nadal i millor any 2015.** []

Reunió del Col·legi amb la Dra. Judith Shamian, presidenta del Consell Internacional d'Infermeres (CIE)

Vitòria, capital de la Investigació en Cures amb 600 congressistes de més de 28 països

REPRESENTANTS DEL COILL van participar, entre els dies 11 i 14 de novembre, en el XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, organitzat per la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud del Instituto de Salud Carlos III (Investén-isciii) del Ministerio de Economía y Competitividad.

La trobada va reunir prop de 600 congressistes de més de 28 països (amb Àustria com a país convidat) i va presentar els resultats de 400 treballs d'investigació i 110 pòsters.

Dimarts 11 de novembre, prèviament a la inauguració del congrés, es van celebrar set tallers pràctics en els quals es van abordar diferents aspectes de la metodologia de la investigació.

Dimecres va tenir lloc la inauguració oficial de la XVIII Trobada Internacional d'Investigació en

text Rafa Gimena
MISSATGES
foto INVESTÉN-ISCIII

EL COILL COL·LABORA EN L'ORGANITZACIÓ I PARTICIPA EN EL XVIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Cures que va donar pas a la primera sessió plenària en què es va donar veu als pacients. En ella, representants del Grup espanyol de pacients amb càncer, de la Fundació Irene Megías contra la meningitis i de Innobasque (Agència basca d'innovació), van plantejar les experiències dels pacients quan han estat investigats en projectes de salut, així com estratègies per millorar la seva participació i implicació en la investigació en salut. A la tarda, va ser el moment de les exposicions d'investigacions relacionades amb la cronicitat, la promoció de la salut, la docència, la pràctica clínica i la gestió.

Dijous 13 de novembre es va iniciar amb la sessió plenària sobre les *Controvèrsies en la publicació científica,* on Óscar Millet del CIC bioGUNE (Parc Tecnològic de Bizkaia), Brenda Roe, editora del Journal of Advanced Nursing i Remei Melero de l'Associació Europea d'Editors

Científics (EASE) van tractar sobre la situació actual de les iniciatives Open Access, el Factor d'Impacte i la publicació intra o interdisciplinari. Durant la jornada es van presentar també 100 comunicacions orals (40 en format breu) i entre altres temes es van mostrar investigacions sobre les cures maternoinfantils, la pràctica clínica basada en l'evidència, la salut mental, el dolor o els problemes de gènere i salut.

Finalment, el divendres 14 de novembre, es va iniciar amb quatre taules de comunicacions, prèvies la conferència de cloenda en la qual la doctora Judith Shamian, presidenta del Consell Internacional d'Infermeres (CIE), va aportar el seu punt de vista sobre *L'impacte del creixement del coneixement a la disciplina infermera a la salut mundial.* **En el marc de la jornada, els responsables del COILL –cal destacar que l'àrea de recerca del Col·legi participa activament en l'organització del congrés– es van entrevistar i comentar temes d'actualitat infermera amb Shamian.**

La Trobada va cloure amb el lliurament de premis i la proclamació de la ciutat de Conca com a seu del congrés el 2015.

FLAIXOS

• **Un de cada dos pacients (49%) llegeix el prospecte de la seva medicació** com a primera opció a l'hora d'informar-se sobre el seu tractament, segons l'estudi realitzat per Ana Parent, infermera especialista en Familiar i Comunitària i que s'ha presentat a la Trobada de Investén 2014 que es desenvolupa entre els dies 11-14 de novembre a Vitòria.

La ciutat de Vitòria ha pres enguany el relleu del XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados que es va celebrar l'any passat a Lleida

Els resultats sobre una mostra de 521 pacients mostren que no hi ha diferències de comportament pel que fa al sexe respecte a la lectura dels prospectes, encara que les persones amb major nivell d'estudis, i entre 30 i 44 anys, tendeixen a llegir més la informació facilitada per la companyia farmacèutica.

En aquest sentit, més del 70% dels pacients que consulten el prospecte asseguren que la seva lectura no els influeix a l'hora de prendre la medicació. Davant el dubte, el 87% dels enquestats dóna per bona la informació del seu facultatiu quan hi ha diferències entre el que el professional aconsella i el prospecte. El treball conclou també que els efectes adversos són el motiu principal pel qual els pacients no llegeixen la informació que acompanya els medicaments.

Com més jove i major nivell d'estudis té la població, menys consulta als metges respecte a la medicació que se'ls recepta, molt poc a les infermeres, i cada vegada més, es busquen altres fonts d'informació a internet.

• **L'educació grupal i l'exercici físic monitoritzat per infermeria afavoreix el control metabòlic dels diabètics.** L'infermer Saiz Sánchez, de Cantàbria, va estudiar 100 pacients diabètics tipus II durant 12 mesos, en els quals va realitzar educació grupal i exercici físic monitoritzat cada dos mesos i educació individual en consulta cada tres mesos.

D'aquesta manera, un elevat nombre de pacients va aconseguir passar d'obesitat a sobrepès i el grup que va rebre aquesta educació per a la salut va millorar en més d'un 40% les seves xifres d'Hemoglobina Glicosilada (HbA1c). []

Lleida acull la reunió del projecte europeu ANIMATE

Establir les funcionalitats de la plataforma i els perfils d'usuari, principals objectius de la trobada

ELS INVESTIGADORS EUROPEUS VAN VISITAR LA SEU VELLA.

ELS INVESTIGADORS DE L'IRBLLEIDA QUE PARTICIPEN EN EL PROJECTE ANIMATE.

INTERCANVIAR CONEIXEMENTS i experiències o promoure que persones jubilades amb molta experiència assessorin empreses o donin suport a projectes són algunes de les idees que pretén desenvolupar el projecte ANIMATE que va celebrar una trobada a Lleida els passats 23 i 24 d'octubre.

Convocats per l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida), científics i investigadors de països europeus, entre els que hi havia una nodrida representació lleidatana, van obtenir com a principals conclusions, els resultats inicials de la fase de Requisits d'Usuaris com a part de la primera interacció amb usuaris finals que ha tingut lloc a l'Hospital de Santa Maria de Lleida i a l'Ajuntament de Thurrock (Regne Unit).

En la sessió sobre la implicació d'usuaris en el projecte ANIMATE i la presa de requisits per al mateix, es va presentar una anàlisi de les primeres entrevistes realitzades als usuaris finals (cuidadors informals i cuidadors formals amb experiència i sense). La informació obtinguda fa referència a la seva capacitat d'interacció

amb les noves tecnologies; la seva predisposició a l'hora d'aprendre o ensenyar tècniques de cura de pacients, o la via preferida per compartir o rebre aquest aprenentatge de cada tipus d'usuari tenint en compte el seu nivell formatiu, edat i gènere. Com a conseqüència directa d'aquest estudi amb usuaris finals, sorgeix una primera aproximació als casos d'ús de la plataforma ANIMATE que es desenvoluparan més detalladament i es tindran en compte per a posteriors proves amb els usuaris durant els pròxims 6 mesos. A partir d'aquestes proves es decidiran les funcionalitats bàsiques de la plataforma ANIMATE, així com els perfils d'usuari i les millors eines de formació.

Durant la trobada també es va realitzar una revisió general de l'estat del projecte des de la part administrativa, fins a activitats de difusió; i es va realitzar una planificació per a les properes activitats dins del mateix. La reunió va ser molt fructífera permetent discussions sobre l'evolució del projecte i el disseny dels procediments per a l'intercanvi de coneixement dins de la plataforma. []

ANIMATE
Projecte europeu per evitar la pèrdua de coneixement intergeneracional

ANIMATE (sigles en anglès de intergenerAtioNal communIty for coMpAny knowledge TransfEr) és un projecte finançat pel programa europeu AAL (Ambient Assisted Living) de col·laboració público-privada. Aquest programa té per finalitat millorar la qualitat de vida de la gent gran a través del desenvolupament i la utilització de solucions innovadores sostenibles basades en les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) que realment responguin a les seves necessitats. Al projecte hi participen 5 entitats de 3 països europeus (Espanya, Regne Unit i Suïssa), entre les quals es troben investigadors lleidatans del Grup de Recerca en Cures de Salut (GRECS) de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida), de l'Hospital Santa Maria de Lleida i de la Universitat de Lleida (UdL). El projecte tindrà una durada de 3 anys amb un cost de 2 milions d'euros dels quals 1,05 són aportats pel programa d'ajuts europeu Ambient Assisted Living (AAL) del 7è Programa Marc. Els investigadors del GRECS de l'IRBLleida-HSM disposaran de 72.000 euros aportats per l'Instituto de Salud Carlos III per fer les proves dels prototips de la plataforma amb la gent gran a Lleida.

foto PARLAMENT EUROPEU / HUAV

Febre hemorràgica pel virus de l'**Ebola**

la gran desconeguda?

Eloïsa Setó Gort,

Supervisora d'Infermeria del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

DIMECRES, 6 D'AGOST, 13 HORES, GINEBRA. Fou aquest dia quan el Comitè d'Emergències del Reglament Sanitari Internacional (RSI) realitza una teleconferència amb els màxims responsables de Guinea Conakry, Libèria, Nigèria i Sierra Leone. El dia 8 d'agost arribava el moment d'exposar les següents consideracions:

- El brot de febre hemorràgica pel virus d'Ebola (FHVE) detectat a aquests països de l'Àfrica Occidental es considera una situació "extraordinària" i es confirma la situació de risc per a la salut pública per a la resta de països a nivell mundial.
- Les conseqüències de la possible propagació internacional serien particularment greus donada l'alta virulència del virus, la seva alta transmissibilitat dins dels països afectats fins al moment i la debilitat del sistema sanitari d'aquests països i els seus veïns més pròxims.
- Es considera necessària una resposta internacional coordinada per poder aturar i revertir la propagació internacional del virus.

És aleshores quan s'inicià a la resta del món, fora de l'Àfrica Occidental, una de les respostes més impressionants que es recorden fins al moment, pel que fa referència a alarmes sanitàries. En els darrers anys els països rics, amb alts nivells de vida i sistemes de salut solvents (com podria ser el nostre), ja es van adonar amb l'aparició de la Síndrome Respiratòria Aguda Severa (SRAS) l'any 2003 i la pandèmia de grip causada pel virus H1N1 l'any 2009, que alguna cosa estava canviant a nivell mundial. Els experts coincideixen en afirmar que els canvis resultants de la forma d'habitar el planeta fan inevitable l'aparició de malalties fins ara considerades com amenaces llunyanes i geogràficament confinades.

ANTECEDENTS DEL VIRUS DE L'EBOLA

El virus es va detectar per primera vegada el 1976 en dos brots simultanis que van aparèixer a Nzara (Sudan) i Yambuku (República Democràtica del Congo). El poble on es va detectar

el primer cas en aquest últim país està situat a prop del riu Ebola, fet que donà nom al virus. El gènere Ebolavirus és un membre de la família Filoviridae (filovirus). Aquest gènere comprèn cinc subespècies diferents: ebolavirus Bundibugyo (BDBV), ebolavirus Zaire (EBOV), ebolavirus Reston (RESTV), ebolavirus Sudan (SUDV) i ebolavirus Taï Forest (TAFV).
Des de la seva identificació i, fins al moment actual, s'han registrat 22 brots autolimitats a països de l'Àfrica Occidental. El darrer es donà a la República Democràtica del Congo l'any 2012 i causà 29 defuncions. Un denominador comú dels països on fins al moment s'havien detectat brots aïllats de FHVE és la inestabilitat civil i l'elevat percentatge de persones que viuen amb uns elevats nivells de pobresa.

En els darrers anys, els governs d'aquests països han permès l'augment exagerat de l'explotació dels recursos minerals i forestals per empreses estrangeres. Aquest fet ha provocat un canvi medi ambiental important, pel que fa sobretot a la zona boscosa d'aquests països, fet que ha permès que el ratpenat de la fruita (conegut ja com el reservori del virus de l'Ebola) s'apropés als assentaments humans. Aquests ratpenats són ingerits per altres animals, com poden ser els micos i, amb tota seguretat, aquests darrers són caçats per la població, ja que la subsistència alimentària depèn de la carn de la caça en moltes ocasions. A més, els elevats nivells de pobresa generalitzada, amb un elevat percentatge de població sense feina estable i remunerada, provoquen un augment del flux de moviments poblacionals a través de fronteres extremadament permeables, la qual cosa representa una situació ideal per un virus altament contagiós com és l'Ebola.

El que es considera com a primer cas del devastador brot actual es va a donar al 26 de desembre de 2013 quan un nen del poblat guineà de Meliandou (Guinea Conakry) va emmalaltir de manera misteriosa. La simptomatologia que presentava (ara ja reconeguda per tots) era: febre, femtes negres i vòmits. Va morir dos dies després de l'aparició dels símptomes. Casualment, aquest poblat es troba situat on ara es considera la "zona calenta" del brot, una zona boscosa triangular en la qual convergeixen les fronteres de Guinea Conakry, Libèria i Sierra Leone. Després de la mort del nen, la misteriosa malaltia es va començar a estendre sense poder ser detectada i va generar diverses cadenes de transmissió mortal dins del país.

Les manifestacions clíniques de la malaltia i el mitjà de transmissió suposat no proporcionaven en un principi pistes sòlides sobre quin podria ser l'agent causal d'aquesta malaltia, especialment en un país amb nombrosos antecedents de malalties mortals endèmiques. Les alarmes no van saltar, ningú podia sospitar que es tractava d'un brot d'Ebola. Ningú n'havia vist mai cap. Curiosament, en aquest país, no hi havia cap brot registrat amb anterioritat. Així doncs, les fronteres no es van tancar. El nombre de morts avançava d'una manera important, ara ja, dins i fora del país, i van començar a aparèixer trets comuns entre morts de causa desconeguda en diferents punts i diferents països. Afortunadament, un equip de Metges Sense Fronteres es trobava al país per ajudar a fer front a un brot greu de paludisme i van passar a gestionar l'atenció clínica d'aquest tipus de pacients. Després de tres mesos l'informe final emès per aquesta Organització no Governamental va ser molt clar: estàvem davant d'un brot d'Ebola i, concretament, de la subespècie Zaire, la més letal de les 5 espècies de virus de l'Ebola (la taxa de mortalitat pot arribar al 90%). L'evolució posterior ja és coneguda per tots. Situació devastadora i primers casos detectats de la malaltia als països considerats del primer món. Ara sí, alarma generalitzada.

Estem davant de l'epidèmia d'Ebola més important, greu, i complexa des de fa 40 anys, és a dir, des que es coneix la malaltia. També es considera un brot d'una durada extraordinària, ja que els brots descrits amb anterioritat, van ser controlats amb un termini entre 2 i 5 mesos. Un dels motius que poden explicar aquesta situació "anòmala" és que els estudis més recents han posat de manifest que el genoma del virus mostra una pauta de mutació adaptativa, patint canvis d'una manera que podríem considerar ràpida.

A més, mai abans el virus de l'Ebola havia afectat tants professionals sanitaris. En aquest brot, el nostre col·lectiu representa un 8% del total de casos notificats. A data 16 de setembre, i

segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el nombre total de personal sanitari afectat era de 318 professionals, dels quals 151 han mort.

La situació actual a nivell epidemiològic, amb data 14 de novembre de 2014 i segons dades de la Centers for Disease Control and Preventions (CDC) i l'OMS, és la següent:

- Nombre total de casos: 14.413
- Casos confirmats per laboratori: 8.920
- Nombre total de morts: 5.177

A hores d'ara, tots, absolutament tots haurem rebut formació quant a: epidemiologia de la malaltia, mecanismes de transmissió, material i equips de protecció personal aconsellat, gestió dels residus i de quina via de comunicació hem d'emprar en el cas de trobar-nos en el nostre centre de treball un cas considerat sospitós de patir FHVE.

Però sincerament, des del meu modest punt de vista, crec que el més important és poder fer la reflexió entorn d'una sèrie de punts concrets, assenyalats també per la Dra. Margaret Chan, Directora General de l'OMS:

- El brot ha posat en evidència els perills que comporten les creixents desigualtats socials i econòmiques en el món. Els rics estan més ben atesos i sobreviuen a la malaltia, i els pobres es moren.

• El món sencer està en perill quan, un virus tan devastador com el de l'Ebola, afecta els països més pobres. Els moviments poblacionals ens han de fer pensar en globalització, també en aquest sentit.
• La desatenció de serveis i sistemes de salut fonamentals que s'ha realitzat durant molts anys en aquests països pels mateixos governs, i per part dels països considerats del "Primer Món", han afavorit la més ràpida propagació del virus.
• Els rumors i el pànic s'escampen a més velocitat que el mateix virus, sobretot als països del "Primer Món". I aquest fet, costa diners. S'estan començant a valorar les pèrdues econòmiques fora dels països afectats, motivades per la implantació d'un conjunt de mesures i esforços descoordinats i irracionals, en molts casos, de la població per evitar la possible infecció.
• Realment no coneixem del cert la magnitud de la situació pel que fa a la realitat del nombre de casos existents a nivell mundial, ja que els sistemes de seguiment i de vigilància epidemiològica de molts dels països afectats s'han desbordat completament. En molts d'ells, no existien les infraestructures fonamentals de salut pública.
• Amb 40 anys d'història des de la identificació dels virus i 22 brots registrats no existia, fins al moment, cap tipus d'estudi experimental en relació a la malaltia. Potser perquè la FHVE sempre ha estat localitzada geogràficament a nacions africanes pobres?

En relació a aquest darrer punt, i com a única llum d'esperança pel que fa a la recerca d'un tractament efectiu per a la FHVE, amb data 6 de novembre, l'OMS celebrà l'aprovació del segon assaig clínic d'una vacuna experimental contra el FHVE a Suïssa (VSV-ZEBOV). Aquest és el segon assaig clínic aprovat i coordinat per l'OMS, després de publicar l'inici de l'estudi de la primera vacuna ChAd3, a finals del mes d'octubre.

A partir d'ara, res no serà el mateix.

S'ha demostrat que el món necessita urgentment millorar la seva preparació per poder fer front a futurs brots de malalties emergents i epidemiògenes.

A nivell personal i professional, caldria realitzar una profunda reflexió entorn l'aplicació de les Mesures de Precaució Universals que, com tots sabem, cal aplicar davant totes les persones ateses a les institucions sanitàries, independentment que se sàpiga o no el seu estat infecciós. Estaríem davant d'una de les mesures de prevenció més bàsiques i senzilles que en molts dels casos, no es realitzen tal com els protocols ens marquen.

Sens dubte, hem de viure aquesta situació amb la serenitat que el moment ens demana, però pensant també amb l'oportunitat que aquesta ens dóna per valorar, revisar i reflexionar sobre la nostra manera de viure i treballar dia rere dia. []

Red social y discapacidad en los mayores de 75 años residentes en la comunidad

estudio

IAGO ENJO PÉREZ es el autor del estudio "Red social y discapacidad en los mayores de 75 años residentes en la comunidad" –ganador del Tercer Premio de Investigación de Enfermería 2014 que otorga el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida.

Enjo es diplomado en Enfermería y máster universitario en Investigación en Salud (Ciencias de la Enfermería).[]

foto MISSATGES

"Surgen nuevas concepciones como el envejecimiento activo… dotar al individuo de roles significativos y fomentar su participación en la sociedad para un envejecimiento exitoso"

índice

1. INTRODUCCIÓN 19
2. MARCO TEÓRICO 20
3. OBJETIVOS 29
4. SUJETOS Y MÉTODO 30
5. RESULTADOS 36
6. DISCUSIÓN 51
7. CONCLUSIONES 54
8. BIBLIOGRAFÍA 55

REPRODUCCIÓN
DEL ESTUDIO ORIGINAL
©COILL. TODOS LOS
DERECHOS RESERVADOS

SIGLAS Y ABREVIACIONES

FRALLE: Evolución del proceso de fragilidad de la población mayor de Lleida
ABVD: Actividades básicas de la vida diaria
AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria
AVD: Actividades de la Vida Diaria
EPESE: Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly
OR: Odds Ratio
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
OARS-MAFQ: Older Americans Resources and Services Program Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire
ALSA: Australian Longitudinal Study of Ageing
DSSI: Duke Social Support Index
NS/NC: No sabe, no contesta
CES-D: Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale
DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - IV
SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
DE: Desviación Estándar
IDR: Índice de Diversidad de la Red

foto INGIMAGE

Tercer Premio
XXII PREMIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA DE LLEIDA del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida
Autor: Iago Enjo Pérez

1. introducción

Los diversos cambios sociales producidos a lo largo del siglo XX, confluyentes en el descenso en las tasas de natalidad, fertilidad y mortalidad, así como el aumento de la esperanza de vida, han tenido como resultado un cambio en las pirámides de población. Fruto de estos cambios, las sociedades contemporáneas han visto incrementados los sectores de población mayor de 65 años, con especial importancia en los países occidentales(1-3). Entre éstos destaca España que, junto a países como Japón, Italia o Alemania, encabeza el ranking de países envejecidos.

Tal es así que se prevé un incremento tres veces superior entre la población de más de sesenta y cinco años que entre la general; y según las previsiones, dicho sector de edad podría suponer un tercio de la población española en el año 2060, y de ellos, la mitad sobrepasaría los ochenta años (1,3,4). Sin embargo, la división otrora generada por el período de jubilación y que engloba al colectivo de mayores de sesenta y cinco años, no refleja grupos homogéneos, distinguiéndose un envejecimiento del envejecimiento, ya que es cada vez más frecuente la presencia de personas octogenarias, que conforman lo recientemente denominado como cuarta edad (1-3). Es precisamente en el intervalo entre los setenta y cinco y los ochenta años donde se inicia el empeoramiento acentuado del nivel de salud y se produce el incremento del uso de servicios de salud (3), siendo habitual que una de cada dos personas mayores de ochenta años presente algún tipo de discapacidad que requiera asistencia (5). Este proceso de envejecimiento acentuado tiene y tendrá consecuencias como el aumento de las personas con discapacidad, generadora de dependencia, así como en el número de enfermedades crónicas de nuestros mayores, que repercutirá a su vez sobre los sistemas de protección social y sanitaria (1,4).

Ante la realidad existente y en contraposición al papel pasivo al que se renegaba a las personas mayores, caracterizado por una disminución de la actividad global (1-3), surgen nuevas concepciones como el envejecimiento activo, que identifican el envejecimiento no sólo como un problema físico sino también social (4,6), y que buscan dotar al individuo de roles significativos y fomentar su participación en la sociedad, tal y como se refleja en la tríada de factores propuestos por Rowe y Kahn necesarios para un envejecimiento exitoso, destacando como uno de los componentes junto con evitar sufrir enfermedades y discapacidades a ellas asociadas así como poseer una capacidad funcional y cognitiva adecuadas (7).

En este sentido, es de vital importancia identificar y abordar aquellos factores que puedan influir positiva o negativamente en elementos de salud, como la capacidad funcional, que si bien tiende a permanecer estable a lo largo del tiempo deriva en discapacidad ante un eventual declive de la misma, que el último término genera un proceso de dependencia (4,8,9). Desde un punto de vista social, se ha teorizado sobre la influencia de los vínculos sociales sobre la salud; a tales efectos, se ha descrito la influencia de las relaciones sociales sobre la mortalidad, la morbilidad, la salud mental y más recientemente sobre el mantenimiento de la capacidad funcional y el proceso de discapacidad (9-16).

Los resultados de dichos estudios, desarrollados principalmente en el ámbito anglosajón, demuestran que poseer una red social extensa, la frecuencia de contacto con los amigos, el apoyo social percibido y la participación en la comunidad contribuyen a minimizar la progresión de la discapacidad o, en determinadas ocasiones, a revertirla (8,9,13,17-19).

Las relaciones sociales comenzaron a ser objeto de estudio desde un punto de vista estructural en la década de los cincuenta

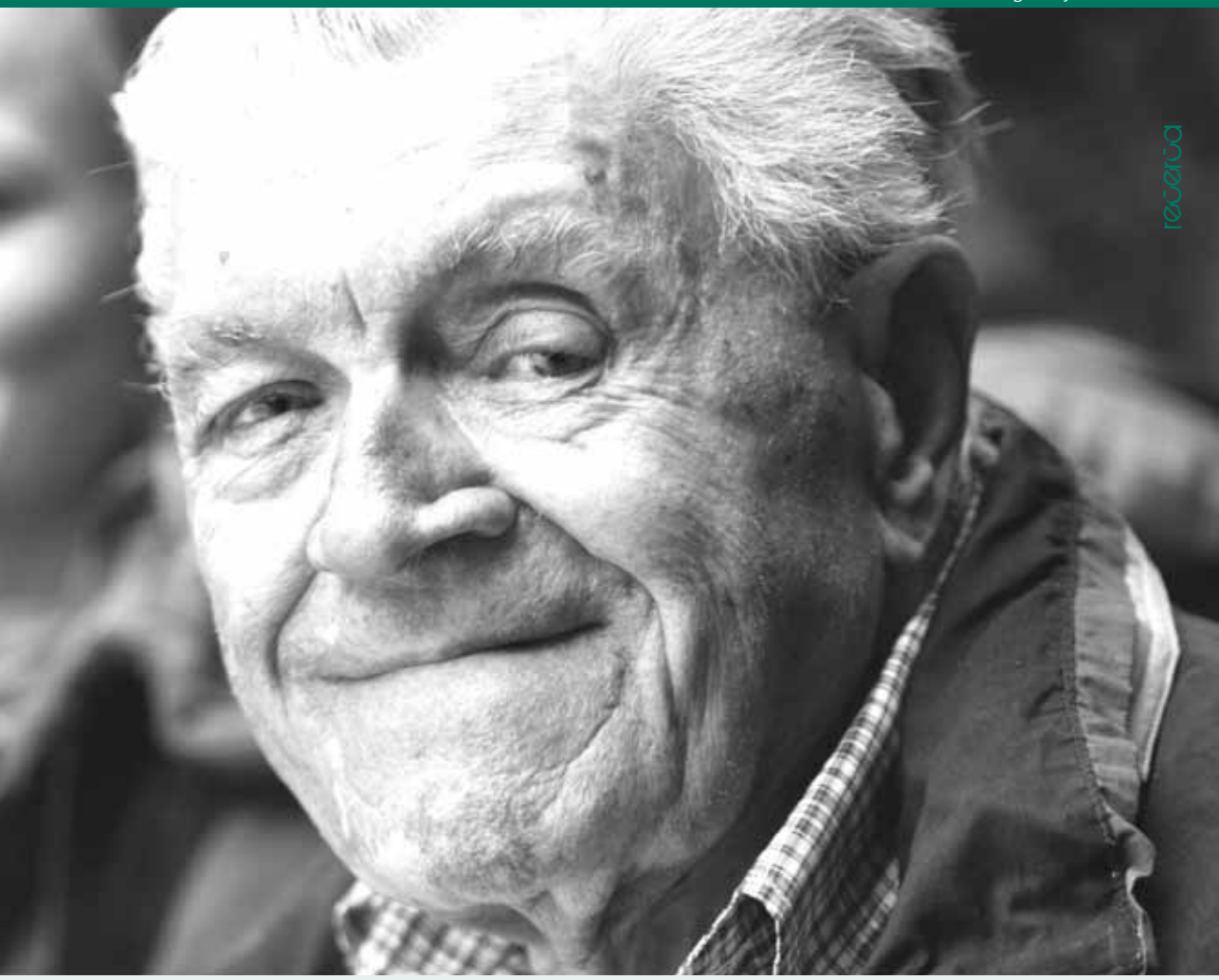
2. marco teórico

2.1. LOS CONCEPTOS DE RELACIONES SOCIALES, RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL

Las relaciones sociales hacen referencia, de manera general, al conjunto de personas con la que interacciona un individuo, las características de los vínculos que posee, así como las interacciones que se establecen entre dichos vínculos (9,12).

Dicho término constituye una realidad compleja desde su conceptualización hasta su medición, tal y como se desprende de la gran diversidad de conceptualizaciones de dicho fenómeno desde el comienzo de la investigación en este campo (11,20,21). Además, se observa una gran diversidad de instrumentos empleados para su medición debido a los diferentes abordajes conceptuales, lo que se traduce en mediciones dispares del fenómeno objeto de estudio, debiendo tenerse en cuenta tal circunstancia a la hora de realizar comparaciones entre estudios (10,20,21).

No obstante, los autores sí coinciden al diferenciar entre la estructura y la función de las



relaciones sociales, generando los conceptos de red social y apoyo social (9,10,12).

Las relaciones sociales comenzaron a ser objeto de estudio desde un punto de vista estructural en la década de los cincuenta, momento en que los antropólogos británicos Barnes (22) y Bott (23) definieron el concepto de redes sociales a fin de dirimir el acceso al trabajo, la actividad política y los roles maritales mediante el análisis de los vínculos no tradicionales, así como su influencia en los hábitos de vida individuales. Ambos autores afirmaban que la estructura de la red social que posee un individuo en particular, determina el comportamiento y las actitudes individuales que, en última instancia, son responsables del acceso a oportunidades (9,10,12).

Por otro lado, Bowly (24) desarrolló la visión funcional de las redes sociales, al generar un nuevo concepto, el de apoyo social en su teoría del apego, afirmando que el establecimiento de relaciones de apego durante la infancia proporcionaba una protección psicológica mediante la sensación de seguridad y autoestima. Tras él,

otros autores también han destacado la importancia de las funciones de apoyo que proporcionan las redes sociales, siendo una de las vías mediante las que las redes sociales influyen en la salud de los individuos (25); y más concretamente, House (11,26) definió cuatro posibles tipos de apoyo social: el apoyo emocional, el instrumental o de ayuda, el evaluativo y el informativo.

A pesar de que existía un consenso en la conceptualización de las relaciones sociales en la medida que se distinguía entre su estructura y su función(12), los términos red social y apoyo social habían sido utilizados con cierta ambigüedad(9,10) en la literatura, si bien es cierto que continúan surgiendo conceptos nuevos, como el de capital social (27), entendido como un característica ecológica de las relaciones sociales (27,28), en contraposición a los conceptos individualistas de red social y apoyo social.

Esta diversidad conceptual (21), llevó a House (11), a Seeman (29) y a Berkman y Glass (10) a publicar sendas revisiones en las que se pretendía proponer una mayor conceptualización y consenso acerca de las relaciones sociales para futuras investigaciones, generando los últimos un marco conceptual, que se abordará a continuación.

2.2. MARCO CONCEPTUAL DEL EFECTO DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LA SALUD

A fin de intentar explicar el modo en que las relaciones sociales y las redes sociales influyen en la salud de las personas, se han enunciado numerosos modelos conceptuales (21,25,30) que explican el modo en que las relaciones sociales afectan a la salud. De ellos, el más completo y el que mayor acogida ha recibido entre los investigadores de este campo, es el formulado en el año 2000 por Berkman y Glass (10,25). Según este marco conceptual, la red social es el tejido de relaciones sociales que un individuo posee y que se relaciona con la salud a través de diversos mecanismos psicosociales: (a) por el hecho de proporcionar apoyo social, (b) por la influencia social que se establece entre los vínculos de la red, (c) por la participación social, (d) por el contacto persona a persona y (e) por el acceso a recursos materiales (9,10,12,25).

El marco conceptual en cuestión (31), se vertebra sobre un modelo cascada con cuatro niveles diferenciados, del más abstracto y general, al más concreto y particular (veáse figura 1). En el nivel más general, destacan los condicionantes socioestructurales, que engloban la cultura (valores, cohesión social, etc.) de una sociedad, los factores socioeconómicos (pobreza, desigualdades, etc.) de los individuos en ella contenida, la política (leyes, políticas de protección social, etc.) y los cambios sociales (envejecimiento, urbanización, etc.), y que perfilan la extensión, la forma y la naturaleza de las relaciones sociales. Berkman y Glass hacen hincapié en la necesidad de tener en cuenta estos factores que, a priori, podrían no incluirse en las investigaciones realizadas al ser un factor que determina la naturaleza de la red social. Esto cobra especial relevancia a la hora de plantear intervenciones en el ámbito comunitario, dado que no prever la influencia que ejercen estos factores sobre las características de la red social, podría hacer fracasar la intervención.

En el segundo escalón del modelo se hayan las redes sociales *per se,* siendo posible distinguir entre (a) su estructura, determinada por el número de miembros y vínculos contenidos (estado civil, hijos, hermanos, nietos, sobrinos y amigos) y (b) las características de los lazos, discriminando la frecuencia con que se establecen contactos presenciales y telefónicos con los integrantes de la red, así como de la frecuencia de participación en organizaciones comunitarias, junto con la reciprocidad e intimidad establecida entre los miembros de la red.

En un tercer nivel, podemos distinguir los mecanismos psicosociales, fruto de y determinados por la naturaleza de las redes sociales, que se manifiestan por (a) el apoyo social recibido, que puede ser instrumental, de valoración, emocional o de información, (b) la influencia social, (c) la vinculación social, (d) el contacto interpersonal, (e) el acceso a bienes y recursos materiales, (f) la satisfacción con los vínculos de la red y (g) los efectos negativos que las relaciones.

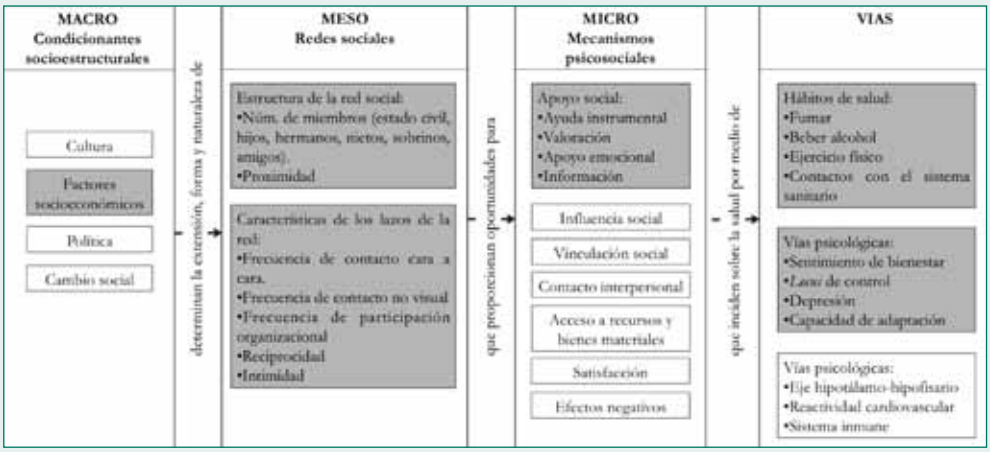


Figura 1.

Figura 1: Modelo conceptual de Berkman y Glass sobre la influencia de las relaciones sociales sobre la salud. [Las zonas destacadas muestran las áreas de estudio a través de las variables estudiadas].

Conjuntamente, las redes sociales y los mecanismos psicosociales que las caracterizan, influyen sobre la salud a través de tres maneras diferentes: (a) mediante los hábitos de vida, influyendo en el consumo de sustancias, como alcohol y tabaco, sobre la realización de actividad física regular y sobre contactos formales con el sistema sanitario; (b) mediante vías psicológicas, influyendo sobre el bienestar percibido, sobre el locus de control, sobre los síntomas depresivos y la autoestima; y (c) sobre vías fisiológicas, ejerciendo su influencia sobre el eje hipotálamohipofisario, la reactividad cardiovascular y sobre el sistema inmune.

2.3. EL PROCESO DE DISCAPACIDAD

El presente trabajo se circunscribe al modelo de discapacidad propuesto por Verbrugge y Jette (32), basado en los modelos previos de Nagi y de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Limitaciones. El modelo describe un proceso principal compuesto de cuatro pasos diferenciados: (a) patología, (b) deficiencias, (c) limitaciones funcionales y (d) discapacidad, centrándose también en los factores que aceleran o retrasan dicha vía, al existir factores sociales, psicológicos, ambientales (etc.) que determinan el aceleramiento o retraso de la evolución dentro de la matriz principal.

En primer lugar, la discapacidad se refiere a las anomalías bioquímicas y fisiológicas que, detectadas clínicamente, se asocian a enfermedad, lesión o patologías congénitas o del desarrollo. En una segunda etapa del proceso de discapacidad, destacan las deficiencias, entendidas como disfunciones y anomalías estructurales en los sistemas orgánicos, siempre y cuando éstas impliquen consecuencias a nivel físico, mental o social. El siguiente paso, la limitación funcional, hace referencia a las restricciones en la realización de actividades físicas y mentales en la vida diaria, acorde a la edad y al género propios, tales como la movilidad global y realización de movimientos concretos, fuerza o problemas en la visión, la audición y comunicación como actividades físicas; y el mantenimiento de un discurso inteligible, estado de alerta y orientación en tiempo, espacio y lugar como actividades mentales. El último de los elementos contenidos en la matriz principal del modelo es la propia discapacidad, definida como la experiencia de dificultades en la realización de actividades en cualquiera de los dominios vitales acordes a edad y género, debido a problemas físicos y/o de salud, centrándose los estudios actuales en el autocuidado (ABVD), en el mantenimiento del hogar (AIVD) y en el trabajo (empleo remunerado).

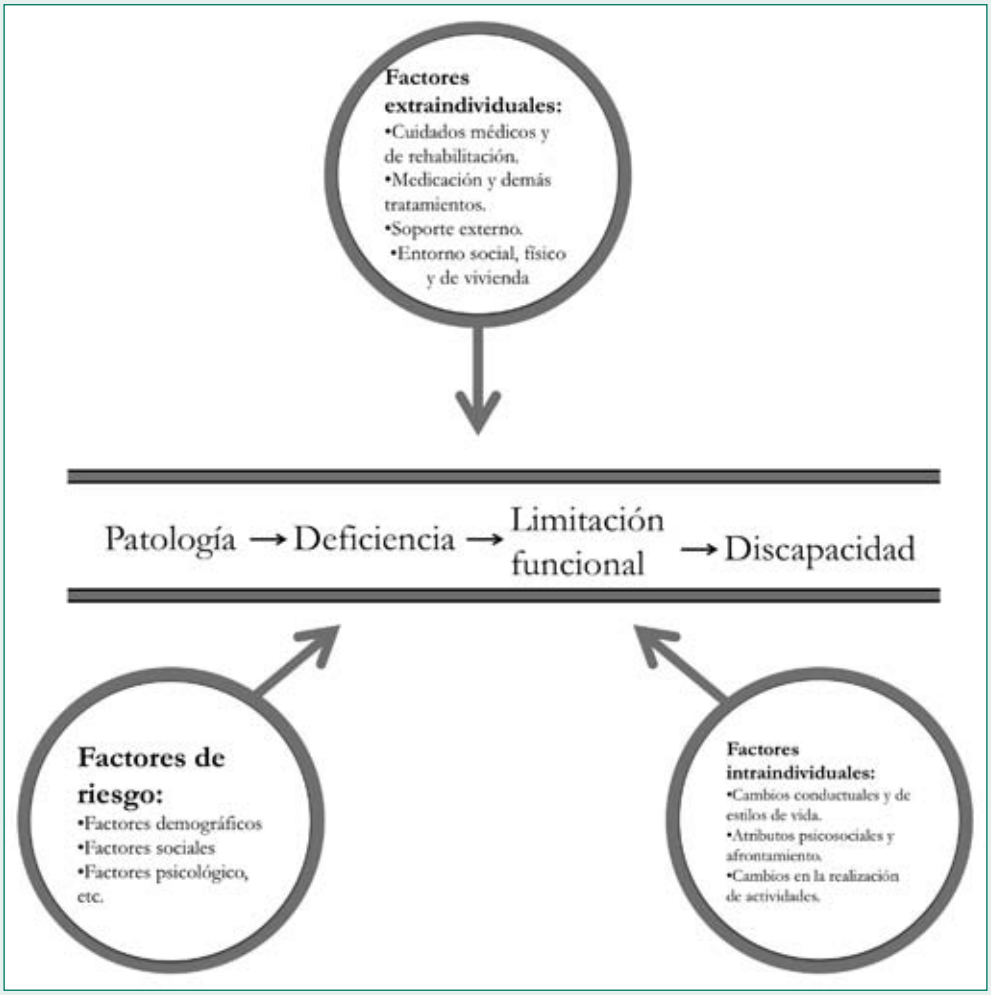


Figura 2.

Figura 2: Modelo conceptual de Verbrugge y Jette del proceso de discapacidad. [Adaptado de Verburgge y Jette (32)].

Además, Verbrugge y Jette contemplan tres grupo de factores que afectan a la matriz principal del modelo y a la secuencia de eventos naturales que recoge, de tal modo que aceleran o retrasan el paso de un evento a otro y, en último grado, la llegada de la discapacidad. Uno de estos grupos contempla los factores de riesgo, también denominados predisponentes, que son características demográficas, sociales, de estilos de vida, comportamentales, psicológicos, del entorno y biológicas que afectan la presencia y severidad de la discapacidad, y que suelen ser estables a lo largo de la vida de los individuos. Por otro lado, destacan los factores intraindividuales (personales), que engloban los cambios en los comportamientos y los estilos de vida de los individuos, su capacidad de afrontamiento a estresores, y modificaciones en la realización de actividades. El último de los grupos factoriales contemplados en el modelo son los extraindividuales, o del entorno, que incluye características del sistema sanitario, como los cuidados médicos, el uso de medicación, y las características del entorno de residencia (vivienda) y social.

Las características de las relaciones sociales, descritas en el apartado previo de este trabajo, se incorporan a este modelo conceptual como características medioambientales (factores extraindividuales) del individuo, modulando el proceso de discapacidad (9,12,32).

2.4. INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LA SALUD

El estudio de la influencia de las relaciones sociales sobre la salud comenzó con el análisis de éstas sobre la mortalidad por todas las causas. El estudio Alameda County demostró que una menor integración social se asoció a la mortalidad a 9 años para todas las causas, y la relación permaneció significativa tras el ajuste por otras variables (29); teniendo mayor impacto en los hombres.

Otros estudios relacionaron las relaciones con la incidencia de enfermedades cardíacas crónicas, como el infarto agudo de miocardio, ligándolo no solo a su aparición sino a la recuperación tras el mismo. También se asociaron con la severidad de las enfermedades, por ejemplo, con los niveles de arteriosclerosis.

Las relaciones sociales también se han relacionado con la salud mental, sobre todo el aislamiento social, o la pérdida del cónyuge. Existe evidencia de que las interacciones entre amigos, el apoyo social y las conductas saludables tienen una relación positiva con el nivel de salud autopercibido (33).

Numerosas revisiones han profundizado en los diversos efectos de las relaciones sociales sobre la salud (10,11,25,26,34,35).

2.4.1. INFLUENCIA DE LA RED SOCIAL EN LA DISCAPACIDAD

En uno de los primeros estudios realizados (18) no se hallaron efectos beneficiosos de la red social o del apoyo social, pero el estudio apuntaba a que aquellos hombres que recibieron apoyo instrumental, presentaron mayor riesgo de discapacidad. Posteriormente se demostró que el contar al menos con cinco vínculos de íntimos y no presentar sintomatología depresivo se asoció a un envejecimiento más saludable, al influir éstos sobre los comportamientos de riesgo (14). Unos años más tarde se demostró que poseer una red social extensa , especialmente en hombres (36), protegía de la discapacidad; al dotar al individuo de estrategias de afrontamiento frente a las consecuencias de la discapacidad, o bien al ser capaces de movilizar el apoyo social e instrumental de sus vínculos (13). Más datos del EPESE (37) confirmaban que el tamaño de la red social y la interacción social en ésta se asociaron de manera inversa con la discapacidad, de manera que a mayor interacción social, menor grado de discapacidad. También se hallaron diferencias entre las subredes, así, la red familiar no protegía de la discapacidad, pero sí la de amistades. Dicho efector protector desapareció con el tiempo (38).

Más recientemente, estudios realizados en el norte de Europa describen que la diversidad de contactos y la alta participación social predecían el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria, ABVD, en los mayores (20,39,40); lo que también se observó en los estudios australianos (41).

A nivel español, se ha evidenciado que las redes sociales y la participación comunitaria protegen y ayudan a mantener la capacidad de realización de las actividades de la vida diaria, necesarias para una vida independiente (9,12,42-44).

Tabla 1. Estudios que describen el efecto de las redes sociales sobre la capacidad funcional.

Autor (Año)	Población y muestra	Diseño	Instrumentos de medida (a) red social, (b) discapacidad	Resultados
Escobar (2012) (43)	•n=1244 • 70 a 74 años •*Procesos de vulnerabilidad en la vejez*	•Transversal	(a) Escala propia (b) Katz; Lawton y Brody	•Por cada punto que aumentó el diversidad de la red, la discapacidad disminuyó en un 49% (OR 0,51 IC95% 0,31-0,82). •La discapacidad se relacionó de manera intensa con un estilo de vida activo, el apoyo emocional proporcionado por las amistades y confidente. •Se mostró un efecto protector de la red social en la discapacidad, así como de los vínculos familiares y emocionales, que influyeron tanto en la prevalencia como en la incidencia de la discapacidad.
Lund (2010) (40)	•n=4060 •75 y 80 años •Pacientes no institucionalizados •Preventive Home Visits Study	•Longitudinal •Seguimiento a 5 años	(a) Escala propia (b) Mob-Help Scale	•Los hombres tenían menos participación social y estaban menos satisfechos con sus relaciones sociales que las mujeres. •La mayoría de los hombres (69%) vivían acompañados y tenían una participación social elevada. •Vivían solos el 19% de los hombres y el 56% de las mujeres. •Un aumento significativo del riesgo de discapacidad entre mujeres que vivían solas y no estaban satisfechas con sus relaciones sociales. •Los hombres se benefician de vivir acompañado en mayor medida que las mujeres a la hora de prevenir la discapacidad. •Se produjo una interacción entre el hecho de vivir o no acompañado y las medidas de redes sociales, de tal modo que los hombres que residían solos podrían reducir su riesgo de padecer discapacidad mediante una integración social activa y teniendo relaciones sociales satisfactorias.
Escobar (2009) (12)	•1244 •70-74 años •*Proceso de vulnerabilidad en la vejez*	•Longitudinal retrospectivo	(a) Escala propia (b) Katz; Lawton y Brody	•La red social es un factor protector independiente contra la aparición de discapacidades y su gravedad. •El efecto protector se acentúa en las mujeres. •Los vínculos no familiares ejercieron mayor protección de la salud.
Rubio (2009) (44)	•n= 348 •+ 65 años •Personas que acuden a centros sociales	Transversal	(a) OARS-MAFQ (b) OARS-MAFQ	•La participación social protege de la discapacidad en mayor medida que la red familiar. •Entre los socialmente activos, el deterioro físico y mental, ser mujer y la edad son predictores de discapacidad. •El 36,3% acude frecuentemente a estos centros sociales a pesar de tener algún tipo de discapacidad en las actividades de la vida diaria.
Nilsson (2008) (45)	•n=2533 •74-75 ó 80 años •*Danish Intervention Study on Preventive Home Visits*	•Longitudinal •Seguimiento a 3 y 4,5 años	(a) Escala propia (b) Mobility-Help Scale	•Más mujeres que hombres vivían solas. •La participación social se asoció a la capacidad funcional sólo en hombres. •Vivir solo se asoció, en los hombres, a un aumento en el riesgo de desarrollar discapacidad; pero no en las mujeres.

Tabla 1.

Autor (Año)	Población y muestra	Diseño	Instrumentos de medida (a) red social, (b) discapacidad	Resultados
Escobar (2008) (46)	•n=1250 •70-74 años •*Proceso de vulnerabilidad en la vejez*	•Transversal	(a) Escala propia (b) Katz; Lawton y Brody	•Por cada unidad que disminuye el indicador de diversidad de la red, la probabilidad de padecer una discapacidad instrumental se multiplica por 0,97 (IC95% 0,95-0,99), y la probabilidad de padecer una discapacidad básica se multiplica por 0,91 (IC95% 0,87-0,94). •La diversidad de la red social parece mostrar un efecto protector frente a la discapacidad entre la población urbana al comienzo de la vejez.
Otero (2006) (9)	•n=1560 •65 años o más •*Envejecer en Leganés*	•Longitudinal •Seguimiento a 6 años	(a) Escala propia (b) Plujim	•Las redes sociales protegen y ayudan a mantener la capacidad de realizar las actividades cotidianas necesarias para una vida independiente, estando la diversidad de la red asociada a una menor discapacidad. •La participación comunitaria es muy beneficiosa, y los vínculos familiares juegan un papel significativo en la reducción de la incidencia de la discapacidad.
Giles (2004) (41)	•n=1477 •70 o más años •ALSA	•Longitudinal •Seguimiento a 9 años	(a) Escala propia (b) Nagi	•La red social protege de sufrir discapacidad y de sufrir una disminución de la movilidad.
Avlund (2004) (17)	•n= 1396 •75 y 80 años •*Danish Intervention Study on Preventive Home Visits*	Seguimiento 1,5 años •Relaciones sociales: diversidad de la red y satisfacción. •Inicio de discapacidad. •Covariables: apoyo formal del sistema sanitario, factores de salud (cansancio en las AVD, uso de medicación)	•Relaciones sociales: Escala propia •Discapacidad: Mob-H scale	•Las mujeres viven solas en mayor porcentaje y tienen mayor diversidad de la red que los hombres •La gran diversidad de la red es un factor protector para el mantenimiento de la capacidad funcional en personas de 75 años. •Los hombres con apoyo instrumental presentaron mayor riesgo de discapacidad. •En definitiva, pertenecer a una red fuerte de relaciones sociales protege de la discapacidad reduciendo el riesgo de desarrollar una discapacidad.
Mendes de León (2003) (38)	•n=2812 •65 o más años •EPESE	•Longitudinal •Seguimiento a 9 años	(a) Escala propia (b) Katz; Rosow-Bresalau; Nagi	•La integración social se asoció transversalmente con una menor discapacidad, pero su efecto beneficioso se diluyó a lo largo del tiempo, desapareciendo. •Presentar mayor diversidad de red se relacionó con una menor discapacidad.
Unger (1999) (36)	•1189 •70-79 años • *MacArthur Community Study*	•Longitudinal •Seguimiento a 7 años	(a) Seeman (b) Nagi	•La discapacidad aumentó en personas con menor red social, especialmente en hombres.

Tabla 1 ***(continuación).***

Autor (Año)	Población y muestra	Diseño	Instrumentos de medida (a) red social, (b) discapacidad	Resultados
Mendes de León (2001) (37)	•n=4136 •65 años o más • EPESE	•Longitudinal •Seguimiento a 6 años	(a) Duke Social Support Index (DSSI) (b) Katz; Rosow-Breslau	•El tamaño de la red y la interacción social en ésta se asoció de manera intensa e inversa a la discapacidad, de modo que los individuos con redes sociales más extensas o mayor interacción social presentaron menor riesgo de discapacidad. •El apoyo instrumental se asoció a un incremento del riesgo de padecer discapacidad. •La red de amistades se relacionó inversamente con el riesgo de padecer discapacidad, mientras que la red de familia no presentó asociación. •El tamaño de la red y la interacción social se asociaron negativamente con el grado de discapacidad.
Mendes de Leon (1999) (13)	• n=2812 •• 65 años •EPESE	Seguimiento 9 años	(a) Duke Social Support Index (DSSI) (b) Katz; Rosow-Breslau	•Una red social extensa (especialmente en relación a la familia extendida y los amigos) reduce el riesgo de desarrollar una discapacidad en las AVD y aumenta las posibilidades de recuperarse de la misma, si bien el efecto varía según el tipo y rol de las relaciones. •Las personas mayores más integradas en sus redes sociales movilizan a sus conocidos para la provisión de apoyo social e instrumental, que influye en la recuperación pero no en el desarrollo de discapacidad. •La integración del individuo en una red social extensa proporciona un rol del individuo significativo, que mediante estrategias de afrontamiento reduce las consecuencias de la discapacidad.
Strawbridge (1996) (14)	• n= 356 • +65 años • *Alameda County Study*	Seguimiento 6 años	¡a) Escala propia ¡b) Katz; Lawton y Rosow	•El no presentar sintomatología depresiva frecuente y disponer al menos de 5 vínculos íntimos se relacionan con los indicadores de envejecimiento saludable. •El efecto de las relaciones sociales (amigos y familiares) sobre la discapacidad está mediado por el efecto sobre los comportamientos de riesgo, la proporción de apoyo material directo y la promoción de intervenciones médicas más efectivas.
Seeman (1996) (35)	•n=1189 •70-79 años •*MacArthur Community Study*	•Longitudinal •Seguimiento a 2,5 años	(a) MacArthur battery (b) Katz	•Los hombres presentaron mayores redes sociales, más contactos visuales con los vínculos de la red y estaban casados en mayor grado que las mujeres. •No se hallaron efectos beneficiosos de la red social o del apoyo social. •Los hombres que recibieron apoyo instrumental presentaron mayor riesgo de discapacidad mientras que las mujeres no.

Tabla 1 ***(continuación).***

3. objetivos

3.1. OBJETIVO GENERAL

• Conocer la asociación entre la red social y la discapacidad de la población de más de 75 años de Lleida residentes en la comunidad.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Caracterizar sociodemográficamente la población mayor de 75 años de Lleida residentes en la comunidad incluidos en el estudio.

• Conocer las características de la red social de los sujetos de estudio.

• Identificar el grado y características de discapacidad de la muestra.

• Establecer si existe asociación entre las redes sociales y la discapacidad de estas personas.

La importancia de la red social en los mayores de 75 años

4. sujetos y método

4.1. DISEÑO

Se ejecutó un estudio observacional, descriptivo y transversal consistente en la realización y análisis de una encuesta a la población para conocer la presencia de discapacidad y valorar sus redes sociales.

4.2. FUENTE DEL ESTUDIO

El presente trabajo emplea datos del estudio "Evolución del proceso de fragilidad de la población mayor de Lleida" (estudio FRALLE) (47), que se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo consistente en la realización y análisis de una encuesta de seguimiento de la población a fin de estudiar los procesos de fragilidad asociados a la edad y el efecto que ejercen los cambios biológicos, psicológicos y sociales sobre ellos, así como las consecuencias que determinan un resultado adverso.

4.2.1. SUJETOS DEL ESTUDIO

La población de estudio está formada por los individuos de 75 años o más que poseían tarjeta sanitaria y residentes en viviendas familiares (es decir, no institucionalizados) en la ciudad de Lleida.

La población adscrita se compone de 145,234 personas, de las cuales, el 8,1% (11,846) tienen 75 años o más. Esta población está repartida entre las siete zonas de salud (ZS) de la ciudad: en Rambla Ferran (8,4%), Ronda (9,6%), Eixample (8,8%), Balàfia (6,9%), Cappont (6,7%), Bordeta (6,0%) y Santa Maria-Ciutat Jardí (12,0%).

4.2.2. TAMAÑO MUESTRAL

La muestra se calculó para estimar una proporción y, debido a que desean estimar varios parámetros, se elige una postura de máxima indeterminación ($p=50$), suponiendo normalidad, para un $\alpha=0,05$, asumiendo un margen de error (ε)$=0,05$ y utilizando un muestreo aleatorio simple.

Estudios realizados con anterioridad mediante encuestas en personas mayores ofrecen porcentajes de respuestas en torno al 70-80%. Por ello se ha previsto un porcentaje adicional de individuos a incluir a fin de completar las pérdidas y no inclusiones, que alcanza el 25%. Así, el tamaño muestral resultante es de 640 individuos-

4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:
- Edad igual o superior a 75 años.
- Residir en la ciudad de Lleida.
- Estar en posesión de tarjeta sanitaria.
- Residir en la comunidad (no estar institucionalizado).

Criterios de exclusión:
Los individuos con deterioro cognitivo, evaluado mediante el test de Pfeiffer (48) (una puntuación igual o mayor a tres; o cuatro en caso de carecer de estudios), y que no tuviesen un proxy disponible fueron excluidos. Se entiende por proxy aquella persona, normalmente un familiar cercano, que en las situaciones en que el sujeto de estudio no pueda contestar a las preguntas formuladas, tenga la información suficiente y de calidad para hacerlo en su lugar.

4.2.4. RECOGIDA DE DATOS

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario único para el estudio FRALLE, compuesto por preguntas de elaboración propia a partir de otros estudios anteriores y escalas validadas específicamente para la valoración geriátrica integral. Dicho cuestionario fue

testado previamente mediante un pilotaje con 40 participantes, que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

El cuestionario fue cumplimentado por un encuestador durante una entrevista personal. Las/os encuestadoras/es son enfermeras/os integrantes del equipo investigador, así como estudiantes de enfermería entrenadas antes de comenzar el estudio a fin de garantizar que se siguen los mismos procedimientos en la recogida de datos. Los encuestadores debían seguir estrictamente las directrices especificadas en la encuesta.

La captación de individuos se realizó a partir de la tarjeta sanitaria que facilitó el centro de salud. Se fijaba la entrevista a través de una llamada telefónica una semana antes y se le recuerda el mismo día por medio de otra llamada para que acuda al centro al que esté adscrito. En aquellos casos en que el sujeto no podía desplazarse, se realizó la entrevista en su domicilio.

En caso de que el individuo seleccionado aleatoriamente no fuese encontrado, no se tuviera acceso a él o no deseara participar en el estudio, debía ser reemplazado por otro individuo, de forma que se mantuviese el tamaño muestral establecido. Para controlar el posible sesgo de selección, a estos individuos se les preguntó el motivo por el cual no querían participar.

Una vez recogidos los datos en formato papel, éstos fueron grabados para su tratamiento informático, para lo cual se diseñó una base de datos específica a tal fin. Una vez transcrita la información se efectuaron una serie de controles para depurar los posibles errores existentes en los datos.

4.2.5. CUESTIONES ÉTICAS

Previamente al comienzo del estudio el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Arnau de Vilanova informó favorablemente la solicitud del proyecto del estudio.

Todos los encuestados debían firmar antes de la entrevista el consentimiento informado. En cada formato de entrevista está especificado un código de identificación y en una cartulina aparte están especificados los datos del individuo con el mismo código de identificación y el teléfono del mismo, o de un familiar próximo. Su identidad no fue ni será revelada a ninguna persona.

4.2.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La captura de los sujetos de la muestra se realizó a través de la tarjeta sanitaria, por lo que no cubre toda la población ya que pueden existir personas que no estén incluidas en el sistema. Sin embargo, dado el origen demográfico de la muestra, es previsible que estas pérdidas sean mínimas.

En estas edades es relativamente frecuente la presencia de problemas cognitivos que dificulten el que puedan responder al cuestionario. Se preguntará cuando se concierte la entrevista si existe algún impedimento y si es así, se pedirá la presencia de un cuidador o familiar que facilite la respuesta al cuestionario. Si no es posible el desplazamiento con un proxy, se facilitará el hacer la entrevista en el domicilio.

4.3. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

4.3.1. RED SOCIAL

La red social se compone de aspectos estructurales (tejido de individuos con los que uno tiene relaciones interpersonales) y de las características de los vínculos establecidos (en número de miembros, frecuencia de contactos, diversidad de vínculos, reciprocidad o intimidad). Para la medición de la red social se empleó el Cuestionario sobre las relaciones sociales (9), construido a partir del creado para el estudio Envejecer en Leganés. El instrumento recoge información relativa a la estructura y a los mecanismos psicosociales de la red social. De éstos, se analizan en el presente estudio aquellos relacionados con la red social.

- Estructura de la red social: se pregunta cuántos amigos, hijos, hermanos, sobrinos y nietos tenía; a cuántos de cada uno de estos vínculos

veía al menos una vez al mes, con cuántos de ellos hablaba por teléfono por lo menos una vez al mes y, respecto a cada vínculo, a qué distancia vivía la persona más cercana.

• Participación social: se preguntaba si el individuo pertenece a alguna asociación o club cultural y cuántas veces al mes acude a: a) la plaza o lugar céntrico del barrio, b) al hogar del pensionista, c) la iglesia.

• Confidente: también se preguntó a los individuos si tenían una persona de confianza con quien compartiesen confidencias y sentimientos. En caso de tenerla, se preguntó el tipo de relación con ésta (hijo, cónyuge, etc.).

Las cuestiones previas permiten el cálculo de índices que reflejan la red social:

• Índice de vínculos familiares con contacto: tiene un rango de puntuación de 0 a 3. Se asignó un punto por estar casado, otro por ver o hablar por teléfono con al menos uno de los hijos al menos una vez al mes, y otro por ver o hablar por teléfono con un hermano, sobrino o nieto.

• Índice de actividades comunitarias: toma valores de 0 a 4. Se asigna un punto por cada una de las actividades a las que el individuo acudía al menos una vez mes y otro por la pertenencia a algún club o asociación.

• Índice de diversidad de la red: su valor abarca de 0 a 7. Se obtiene de la suma de los dos índices previos junto con la variable contacto con los amigos.

Si bien no existen datos publicados de la fiabilidad y la validez del cuestionario, uno de sus autores (9) defiende su creación como instrumento de elaboración propia, si bien se espera que se publiquen en un futuro.

VARIABLE DEPENDIENTE

4.3.2. DISCAPACIDAD

Las medidas basadas en la capacidad funcional y en la ejecución de ABVD y AIVD se utilizan ampliamente como un indicador de salud en personas mayores y también en la valoración clínica, dado que se asocian directamente con el uso de los servicios sanitarios. A nivel poblacional, las medidas de AVD también parecen re-

El índice AVD o de Katz evalúa la capacidad funcional mediante actividades cotidianas como el baño, el vestido, el desplazamiento, la continencia o la alimentación

lacionarse con otros indicadores, como la mortalidad y el estado de salud autopercibida (50).

El Índice de AVD o de Katz (51), que evalúa seis actividades básicas de la vida diaria, fue desarrollado para determinar la capacidad funcional de las personas mayores y los enfermos crónicos, y ha sido tradicionalmente empleada para medir la severidad de enfermedades crónicas y evaluar su tratamiento, así como para proporcionar información predictiva sobre el curso de determinadas enfermedades (5153). El instrumento ha sido muy empleado, desde niños a adultos, desde personas con y sin discapacidad, así como para diferentes ámbitos, como instituciones o comunidades (54,55). El índice, evalúa seis actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, y su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. La escala mide las siguientes actividades: baño, vestido, desplazamiento, continencia, alimentación. Se considera a una persona como independiente cuando es capaz de realizar todas las actividades de forma autónoma; y dependiente si necesita asistencia en al menos una de ellas.

El Índice de Lawton & Brody (56) se concibió como una medida de discapacidad para la planificación y evaluación de tratamientos para personas mayores (56). Presenta un coeficiente de Guttman de 0,96, una correlación de Pearson de 0,87 y una fiabilidad interobservador de 0,91 (56). El instrumento evalúa ocho actividades instrumentales, necesarias para vivir sólo. Las actividades medidas mediante esta escala son utilización de teléfono, preparación de comida, tareas domésticas, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y manejo de asuntos económicos. Se considera a los individuos como independientes en el caso de que sean capaces de realizar de manera independiente todas las actividades; en el supuesto de que necesiten ayuda en al menos una de las actividades anteriores, serán considerados como dependientes.

En el presente estudio, la discapacidad se categorizó según su grado, como a) ausencia de discapacidad, b) discapacidad moderada (en AIVD) y c) discapacidad severa (en ABVD).

COVARIABLES

4.3.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En el estudio se incluyeron:

• Edad: en primera instancia se empleó la edad en años naturales, pero a la hora de realizar los diferentes análisis estadísticos, se dicotomizó [a) ≤85 años y b) >85 años].

• Género: a) masculino y b) femenino.

• Estado civil: cinco categorías iniciales [a) soltero/a, b) casados/as, c) en pareja, d) separado/a, e) viudo/a] se redujeron a dos para el análisis estadísticos [a) casado, b) no casado].

• Estado de convivencia: en una primera ocasión la variable se compuso de cinco categorías diferentes: a) solo, b) con cónyuge, c) con hijos/as, d) con esposa/o e hijos/as y e) otros. Posteriormente, se transformó en una variable dicotómica, con según si vivía a) acompañado o b) solo.

• Nivel de estudios: se consideraron seis categorías: a) no sabe leer/escribir, b) no acabó los estudios primarios, c) estudios primarios, d) estudios secundarios de primer grado, e) estudios secundarios de segundo grado y f) estudios universitarios. La variable se dicotomizó para su inclusión en los análisis estadísticos, como a) estudios primarios o inferiores y b) estudios secundarios o superiores.

• Ingresos en el hogar familiar: se recogió el montante del que disponían en los hogares entrevistados durante un mes para el total de los residentes. Las posibles categorías eran a) >900 €, b) <900 € y c) NS/NC para aquellas personas que prefiriesen no revelar datos de carácter económico.

4.3.4. VARIABLES DE ESTADO DE SALUD

En el estudio se incluyeron:

• Comorbilidad: para la medición de la comorbilidad se empleó el Índice de Comorbilidad de Charlson (57), que ha sido demostrado como un buen indicador predictivo a tal fin. Este instrumento contempla 19 factores de comorbilidad: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad del tejido conjuntivo, úlcera gastroduodenal, hepatopatía crónica leve, diabetes, hemiplejia, insuficiencia renal crónica moderada/severa, diabetes con lesión en órganos diana, tumor o neoplasia sólida, leucemia, hepatopatía crónica moderada/severa, tumor o neoplasia sólida con metástasis y sida indefinido. A cada uno de los factores le asigna un valor en función del riesgo de muerte, pudiendo alcanzar un total de 37 puntos. Una puntuación de 3 o más es considerada como indicativa de comorbilidad.

• Sintomatología depresiva: la medición de los estados depresivos se realizó mediante la Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (58) , un cuestionario de 22 ítems, con un rango de 0 a 60. Un puntaje de 17 o más es criterio indicativo de depresión. Los valores alfa de Cronbach referidos superan el 0,85 en población general y su fiabilidad test-retest se sitúa entre el 0,32 y el 0,67 ya que se concentra en síntomas recientes (58). La escala cubre siete de los nueve criterios diagnósticos del DSM-IV (59) y, en su conjunto, presenta una alta consistencia interna (60).

• Estado cognitivo: para la valoración del estado cognitivo se empleó el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (48), cuyo objetivo es servir de screening ágil en el déficit cognitivo tanto para personas mayores institucionalizadas como residentes en la comunidad (61). Es capaz de detectar una discapacidad intelectual de origen orgánico y detectar su severidad (48).
El test consta de 10 ítems que engloban preguntas sobre memoria a corto y largo plazo, orientación en el entorno, conocimiento de eventos contemporáneos y capacidad matemática. Su fiabilidad test-retest fue de 0,82-0,83 (48), llegando a ser de 0,85 con una alfa de Cronbach de 0,83 (62), y su correlación intraclase fue de 0,81 (63).

4.3.5. VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA

En el estudio se incluyeron:
• Hábito tabáquico: en una primera instancia, se clasificó el hábito tabáquico como a) no fumador, b) exfumador, c) fumador ocasional, d) fumador habitual. A posteriori, a fin de incluir la variable en los análisis multivariados, se dicotomizó a consumo de tabaco a) no o b) sí.
• Consumo de alcohol: el consumo de bebidas espirituosas se clasificó según el grado de la ingesta: a) abstemio (no bebe nunca), b) consumo bajo (una o dos veces al mes), c) consumo moderado (una o dos veces a la semana), d) consumo alto (diariamente, sólo en las comidas, y e) consumo muy alto (diariamente, entre comidas y durante las mismas). Posteriormente, se dicotomizó a consumo a) no o b) sí.
• Realización de deporte semanal: se midió si los encuestados realizaban o no deportes (bien ligeros, moderados o vigorosos). La variable dicotómica reúne la información de si el individuo realiza cualquier deporte al menos una vez a la semana, como a) sí y b) no.
• Caminar semanalmente: el hecho de ejercitarse físicamente mediante caminatas al menos una vez por semana, se midió mediante esta variable, cuyas posibles respuestas fueron a) sí y b) no.

4.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un análisis descriptivo univariante con medidas de tendencia central y de dispersión para los datos cuantitativos y de distribución de frecuencias para los datos cualitativos.

Tras la dicotomización de las variables, se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal siguiendo el procedimiento de incorporación progresiva paso a paso de aquellas variables independientes (posibles factores asociados) que habían presentado en el análisis de datos crudos asociación con la variable independiente. Con el objetivo de conocer cuáles son los predictores de la presencia de discapacidad, se presentará esta aproximación a través del coeficiente de determinación lineal, su intervalo de confianza al 95% y de su grado de significación (p) de aquellos que se mantuvieron después de la regresión lineal.

La información se introducirá, revisará y analizará con el programa SPSS, en su versión 18.

5. sujetos y método

5.1. VARIABLES CONTROL

La muestra final del estudio se compuso de 640 personas mayores que habían realizado la entrevista. La media de edad de los encuestados fue de 81,51 años (DE 5,04), siendo el colectivo de entre 75 y 85 años el más prevalente (76,4%), y en su mayoría mujeres (60,3%). En su conjunto, la mayor parte de la muestra se haya o bien casados/as (50%) o enviudados (44,7%) y el modo más común de residencia es cohabitar con la pareja (40,8%), con los

	n	%		n	%
Edad	640	81,51	Síntomas depresivos	640	
≤85 años	489	(5,04)*	No	367	69,4
>85 años	151	76,4	Sí	162	30,6
		23,6			
Estado civil	640		Estado cognitivo	640	
Soltero/a	24	3,8	Sin deterioro	533	83,3
Casados/as	320	50,0	Con deterioro	107	16,7
En pareja	3	0,5			
Separado/a	7	1,1			
Viudo/a	286	44,7			
Estado de convivencia	632		Hábito tabáquico	640	
Solo	163	25,8	No fumador	440	68,8
Con esposa/o	258	40,8	Exfumador	168	26,3
Con hijas/os	105	16,6	Fumador ocasio-	12	1,9
Con esposa/o e hi-	47	7,4	nal	20	3,1
jos	59	9,3	Fumador habitual		
Otros					
Nivel de estudios	640		Consumo de alcohol	640	
No sabe	36	5,6	Abstemio	418	65,4
leer/escribir	198	30,9	Consumo bajo	42	6,6
No acabó primarios	241	37,7	Consumo mode-	40	6,3
Primarios	80	12,5	rado	128	20
Secundarios 1º	47	7,3	Consumo alto	11	1,7
grado	38	5,9	Consumo muy alto		
Secundarios 2º					
grado					
Universitarios					
Ingresos familiares	640		Deporte	640	
>900 €	237	37,03	1vez/semana	88	13,8
<900 €	295	46,09	Sí	552	86,3
NS/NC	108	16,88	No		
Comorbilidad	640		Caminar 1	640	
No	507	79,2	vez/semana	505	78,9
Sí	133	20,8	Sí	135	21,1
			No		

*Media (Desviación Estándar)

Tabla 2.

vástagos (16,6%) o con ambos (7,4%); destacando un 25,8% de la muestra que vivían solos en el momento de realización de la encuesta. Casi tres cuartos del total (74,2%) acumulan a aquellos individuos que tienen estudios primarios (37,7%), a los que no finalizaron los estudios primarios (30,9%) y a analfabetos (5,6%). Casi la mitad de los hogares encuestados (46,09%) disponían de menos de 900€ mensuales. Según el Índice de Comorbilidad de Charlson, el 20,8% de la muestra presentaba criterios de comorbilidad, y acorde a la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), el 30,6% presentaba sintomatología depresiva y en concordancia al test de Pfeiffer, sólo un 16,7% presentaba deterioro cognitivo. El 68,8% se identificaron como no fumadores, y tan sólo un 3,1% fumaban habitualmente; en relación al consumo de alcohol, el 65,4% se declararon abstemios, y un 20% afirmaron consumir una cantidad elevada de alcohol. Respecto a la realización de actividad física, sólo el 13,8% manifestó realizar algún tipo de deporte al menos una vez a la semana, mientras que un porcentaje bastante más elevado (78,9%) declaró caminar con regularidad, al menos una vez por semana (véase tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra.

Las variables previamente descritas varían según el género (veáse tabla 3), así, las mujeres representan un mayor porcentaje entre los mayores de 85 años, que sus homólogos varones. En relación al estado civil, los hombres suelen estar casados (74,4%) o viudos (20,5%), en contraposición a las mujeres, que acostumbran a hallarse viudas (60,6%) o casadas (33,9%), lo cual se puede explicar por una mayor esperanza de vida de las mujeres. Las féminas viven solas en menor grado (3,9%) que los varones (12,0%), tendiendo además a vivir en núcleos familiares que incluyen no sólo a cónyuge y/o descendientes. De manera general, también es posible afirmar que la formación entre el colectivo femenino es ligeramente inferior al de los hombres, siendo así de manera especial a partir de los estudios primarios (22,3% versus 31,1%), y manifestándose también en el porcentaje de mujeres analfabetas (7,5%) en relación a los hombres (2,8%). Los ingresos familiares se comportan de manera inversa entre los dos géneros, de modo que el 50% de los hombres residen en hogares con unos ingresos mensuales superiores a los 900€, mientras que el 56,22% de las mujeres viven en hogares con un montante inferior. Por otro lado, las mujeres presentaron menores tasas de comorbilidad (19,2%) que los varones (20,8%) pero más sintomatología depresiva (37,7%, frente al 30,6% de los hombres), así como un mayor deterioro cognitivo (19,2% versus 13%). Respecto a los hábitos de vida saludables, un 95,1% de las mujeres afirmaba no fumar ni haber fumando nunca, porcentaje muy superior al de los hombres, que sólo manifestaban dicho hecho en un 42,1%. El consumo de alcohol es mayor en varones que en mujeres, y éstas se identifican como abstemias en un 40% más de ocasiones que los hombres. En lo referente a la actividad física realizada, los niveles de deporte realizado y de caminatas es ligeramente superior en hombres que en mujeres.

Tabla 3. Distribución de las variables control según género.

De los factores enunciados previamente, tan sólo se apreciaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el estado civil ($p<0,001$), en los ingresos familiares ($p<0,001$), en la presencia de sintomatología depresiva ($p<0,001$), estado cognitivo ($p=0,034$), de hábito tabáquico ($p<0,001$), consumo de bebidas espirituosas ($p<0,001$) y el hecho de caminar regularmente ($p=0,01$) (veáse tabla 3).

5.2. LA RED SOCIAL

La red social se midió mediante el cuestionario de relaciones sociales creado para el estudio Envejecer en Leganés, y un indicador global de la red social (índice de diversidad de la red), construido a partir de dos índices generados previamente (índice de vínculos familiares con contacto e índice de actividades comunitarias).

Tan sólo un 23,6% de las personas mayores que participaron en el estudio estaban afiliadas a una asociación y una gran parte de la muestra no acude en ninguna ocasión a la plaza

	Hombres (*n=254*)		Mujeres (*n=386*)		p
	n	%	n	%	
Edad	254	81,34 (4,64)*	386	81,63 (5,30)*	0,714
≤85 años	196	77,20	293	75,90	
>85 años	58	22,80	93	24,10	
Estado civil	254		386		
Soltero/a	9	3,50	15	3,90	**<0,001**
Casados/as	189	74,40	131	33,90	
En pareja	2	0,80	1	0,30	
Separado/a	2	0,80	5	1,30	
Viudo/a	52	20,50	234	60,60	
Estado de convivencia	250		386		
Solo	30	12,00	15	3,90	0,468
Con esposa/o	157	62,80	131	33,90	
Con hijas/os	19	7,60	1	0,30	
Con esposa/o e hijos	26	10,40	5	1,30	
Otros	18	7,20	234	60,60	
Nivel de estudios	254		386		
No sabe leer/escribir	7	2,80	29	7,50	**0,010**
No acabó primarios	80	31,50	118	30,60	
Primarios	88	34,60	153	39,60	
Secundarios 1º grado	36	14,20	44	11,40	
Secundarios 2º grado	25	9,80	22	5,70	
Universitarios	18	7,10	20	5,20	
Ingresos familiares	254		386		
>900 €	127	50,00	110	28,50	**<0,001**
<900 €	77	30,31	217	56,22	
NS/NC	50	19,69	59	15,28	
Comorbilidad	254		386		
No	195	76,80	312	80,80	0,216
Sí	59	23,20	74	19,20	
Síntomas depresivos	219		310		
No	174	79,50	193	62,30	**<0,001**
Sí	45	20,50	117	37,70	
Estado cognitivo	254		386		
Sin deterioro	221	87,00	312	80,80	**0,034**
Con deterioro	33	13,00	74	19,20	
Hábito tabáquico	254		386		
No fumador	73	42,10	367	95,10	**<0,001**
Exfumador	151	59,4	17	4,4	
Fumador ocasional	11	4,3	1	0,3	
Fumador habitual	19	7,5	1	0,3	
Consumo de alcohol	254		385		
Abstemio	107	42,1	311	80,8	**<0,001**
Consumo bajo	24	9,4	18	4,7	
Consumo moderado	26	10,2	14	3,6	
Consumo alto	89	35,0	39	10,1	
Consumo muy alto	8	3,1	3	0,8	
Deporte 1vez/semana	254		386		
Sí	40	15,7	48	12,4	0,244
No	214	84,3	338	87,6	
Caminar 1 vez/semana	254		386		**0,010**
Sí	213	83,9	292	75,6	
No	41	16,1	94	24,4	

Tabla 3.

de su barrio (53,20%), al club del pensionista (73,8%) o a los servicios religiosos (54,62%) de los diversos templos de culto (veáse tabla 4), lo que parece indicar a priori una baja participación social por parte de los encuestados.

Tabla 4. Desglose de la participación social.

Un gran porcentaje de los encuestados afirma no tener amigos (37,52%), o de tenerlos, tener más de cuatro (36,11%), en cuyo caso manifiestan tener contacto cara a cara (42,49%) o telefónico (30,28%) al menos una vez por semana, destacando una gran concentración geográfica de la red de amistades, al residir el 77,07% de los vínculos a quince minutos de la residencia del encuestado (veáse tabla 5).

Un tercio de los encuestados tienen dos hijos (33,33%) y un 34,9% tienen tres o más; sólo un 11,79% de la muestra afirmó carecer de descendencia alguna. Un 29,84% afirmaba mantener contactos presenciales (al menos una vez mensual) con un hijo, y un 38,37% con dos; presentando menores contactos telefónicos mensuales, con un 23,88% que los tienen con un hijo, y un 33,75% con dos hijos. Sólo un 3,73% no establecía contacto cara a cara con ningún hijo, y un 9,34% no establecía contacto telefónico con ninguno de sus vástagos. Al igual que en el caso de las amistades, existe una elevada concentración geográfica de los domicilios de padres e hijos, con un 67,55% que viven a menos de 15 minutos de distancia.

Sólo un 26,53% no tiene hermanos y en el caso de tenerlos, lo más frecuente es tener uno (29,20%) o dos (18,05%). Para aquellos con este tipo de vínculo, lo más habitual era establecer contactos mensuales cara a cara con un hermano (32,82%) y telefónico también con un hermano (34,50%). Un 46,04% no tenían contacto presencial con hermanos de manera mensual, y un 23,2% tampoco los mantenía por vía telefónica. Solo un tercio (31,41%) de los hermanos vivía a menos de 15 minutos de la residencia de los entrevistados.

Casi un quinto del total no tenían nietos (18,08%), mientras que 38,83% tenían más de cuatro, estableciendo contacto cara a cara en su mayoría con dos (28,52%) o cuatro o más

	n	%
Pertenencia a una asociación		
No	482	76,40
Sí	149	23,60
Acudir a la plaza del barrio		
0 veces	324	53,20
1-5 veces	91	14,94
6-29 veces	91	14,94
≥30 veces	103	16,91
Acudir al hogar del pensionista		
0 veces	472	73,80%
1-5 veces	50	8,29
6-29 veces	47	7,79
≥30 veces	34	5,64
Acudir a un lugar de culto		
0 veces	337	54,62
1-5 veces	237	38,41
6-29 veces	25	4,05
≥30 veces	18	2,92

Tabla 4.

(30,82%) de los nietos y contacto telefónico con dos (22,70%) o cuatro o más (32,88%) de ellos. El 60,04% vivían a 15 minutos (o menos) de la residencia de sus abuelos. Más de la mitad de la muestra tenía cuatro o más sobrinos (57,66%), y no establecían ni contacto presencial (54,56%) ni telefónico (44,57%) con ellos. A nivel de proximidad geográfica, presentan una dispersión similar a la de los hermanos.

Un gran porcentaje de la muestra (79%) poseía un vínculo especial con alguna persona (confidente), con la cual compartir confidencias y sentimientos. El tipo de vínculo más elegido como confidente eran los hijos (40,13%), seguido de cerca por el cónyuge (37,00%).

Tabla 5. Características de la red social según vínculos.

Según se refleja en la tabla 6 para el conjunto de la muestra, la media de puntuación de índice de vínculos familiares de contacto fue de 2,38 (DE 0,64), para el índice de actividades comunitarias fue de 1,46 (DE 1,19), y de 3,77 (DE 1,43) para el índice de diversidad de la red. Acorde a las cifras, se puede afirmar que la muestra presentaba un elevado contacto con los vínculos familiares, una participación ligeramente baja en actividades comunitarias y, de manera global, una diversidad media de la red social.

Amigos	n	%	**Hijos**	n	%
Número de amigos			Número de hijos		
Ninguno	239	37,52	Ninguno	76	11,89
Uno	52	8,16	Uno	127	19,87
Dos	64	10,05	Dos	213	33,33
Tres	52	8,16	Tres	117	18,31
Cuatro o más	230	36,11	Cuatro o más	106	16,59
Contacto cara a cara			Contacto cara a cara		
1vez/mes	47	11,96	1vez/mes	21	3,73
Ninguno	68	17,30	Ninguno	168	29,84
Uno	65	16,54	Uno	216	38,37
Dos	46	11,70	Dos	80	14,21
Tres	167	42,49	Tres	78	13,85
Cuatro o más			Cuatro o más		
Contacto telefónico			Contacto telefónico		
1vez/mes	106	26,97	1vez/mes	52	9,34
Ninguno	66	16,79	Ninguno	133	23,88
Uno	56	14,25	Uno	188	33,75
Dos	46	11,70	Dos	96	17,24
Tres	119	30,28	Tres	88	15,79
Cuatro o más			Cuatro o más		
Distancia al más próximo			Distancia al más próximo		
<15 minutos	289	77,07	<15 minutos	358	67,55
15-30 minutos	61	16,27	15-30 minutos	128	24,15
30-60 min	12	3,20	30-60 min	17	3,21
>60 min	13	3,47	>60 min	27	5,09

Hermanos	n	%	**Sobrinos**	n	%
Número de hermanos			Número de sobrinos		
Ninguno	169	26,53	Ninguno	109	17,22
Uno	186	29,20	Uno	33	5,21
Dos	115	18,05	Dos	69	10,90
Tres	69	10,83	Tres	57	9,00
Cuatro o más	98	15,39	Cuatro o más	365	57,66
Contacto cara a cara			Contacto cara a cara		
1vez/mes	209	46,04	1vez/mes	281	54,56
Ninguno	149	32,82	Ninguno	66	12,82
Uno	55	12,11	Uno	62	12,04
Dos	22	4,85	Dos	38	7,38
Tres	19	4,18	Tres	68	13,20
Cuatro o más			Cuatro o más		
Contacto telefónico			Contacto telefónico		
1vez/mes	107	23,52	1vez/mes	230	44,57
Ninguno	157	34,50	Ninguno	61	11,82
Uno	83	18,25	Uno	65	12,59
Dos	46	10,10	Dos	47	9,11
Tres	62	13,63	Tres	113	21,90
Cuatro o más			Cuatro o más		
Distancia al más próximo			Distancia al más próximo		
<15 minutos	125	31,41	<15 minutos	140	31,60
15-30 minutos	95	23,87	15-30 minutos	119	26,86
30-60 min	105	26,38	30-60 min	83	18,74
>60 min	73	18,34	>60 min	101	22,80

Tabla 5.

Nietos	n	%	Confidente	n	%
Número de nietos			Sí	444	79,00
Ninguno	115	18,08	No	118	21,00
Uno	59	9,28			
Dos	130	20,44	Tipo de vínculo confidente		
Tres	85	13,36	Cónyuge	165	37,00
Cuatro o más	247	38,83	Hijos/as	179	40,13
			Hermanos/as	32	7,17
			Otros	70	15,70
Contacto cara a cara					
1vez/mes	41	7,90			
Ninguno	85	16,38			
Uno	148	28,52			
Dos	85	16,38			
Tres	160	30,82			
Cuatro o más					
Contacto telefónico					
1vez/mes	96	18,79			
Ninguno	67	13,11			
Uno	116	22,70			
Dos	64	12,52			
Tres	168	32,88			
Cuatro o más					
Distancia al más próximo					
<15 minutos	290	60,04			
15-30 minutos	112	23,19			
30-60 min	50	10,35			
>60 min	31	6,42			

Tabla 5 (continuación).

Tabla 6. Valores de los índices de red social.

Se analizó en una primera instancia la variación de los indicadores previos en función de las diversas variables control (veáse tabla 7). El índice de vínculos familiares con contacto mostró diferencias estadísticamente significativas para todas las variables control excepto para la comorbilidad, el hábito tabáquico y la realización de deporte semanal. El índice de actividades comunitarias sólo presentó asociación estadística para la edad, el tipo de convivencia, el nivel de estudios, el estado cognitivo, el consumo de alcohol, la realización de deporte semanal y el hecho de caminar al menos una vez a la semana. Por otro lado, el indicador global, el índice de diversidad de la red (IDR) se mostró asociado significativamente a todas las variables excepto para el tipo de convivencia, la presencia de comorbilidad, y el hábito tabáquico.

Los individuos menores de 85 años obtuvieron mayores puntuaciones en el índice de vínculos familiares con contacto ($p<0,001$), en el de actividades comunitarias ($p=0,001$) y en el de diversidad de la red ($p<0,001$). Ser mujer se relacionó con menores puntuaciones en el índice de vínculos familiares ($p=0,001$) y en el índice de

	Media	Desviación estándar
Índice de vínculos familiares	2,38	0,64
Índice de actividades comunitarias	1,46	1,19
Índice de diversidad de la red	3,77	1,43

Tabla 6.

		Vínculos Familiares			Actividades Comunitarias			**Diversidad de la red**		
	n	media	DE	p	media	DE	p	media	DE	p
Edad										
>85 años	151	2,06	0,74	**<0,001**	1,19	1,22	**0,001**	3,18	1,60	**<0,001**
≤85 años	489	2,48	0,58		1,55	1,16		3,95	1,31	
Género										
Hombres	254	2,60	0,60	**0,001**	1,52	1,15	0,59	4,04	1,36	**<0,001**
Mujeres	386	2,24	0,63		1,43	1,21		3,50	1,44	
Estado civil										
Casados	320	2,88	0,37	**<0,001**	1,43	1,17	0,411	4,21	1,32	**<0,001**
No casados	320	1,88	0,43		1,50	1,20		3,33	1,39	
Estado de convivencia	461	2,52	0,68	**<0,001**	1,38	1,18	**0,003**	3,81	1,49	**0,191**
Acompañado	162	1,99	0,27		1,69	1,17		3,65	1,22	
Solo										
Nivel de estudios										
Primarios ó -	475	2,33	0,68	**<0,001**	1,36	1,20	**<0,001**	3,62	1,46	**<0,001**
Secundarios ó +	165	2,52	0,51		1,75	1,10		4,20	1,23	
Ingresos familiares										
>900 €	232	2,52	0,62	**<0,001**	1,56	1,16	0,300	3,99	1,44	**0,008**
<900 €	291	2,28	0,62		1,45	1,22		3,66	1,38	
Comorbilidad										
No	499	2,39	0,63	0,575	1,46	1,13	0,785	3,76	1,38	0,873
Sí	132	2,35	0,69		1,49	1,37		3,79	1,60	
Depresión										
No	361	2,48	0,57	**0,007**	1,59	1,14	0,272	3,99	1,31	**0,026**
Sí	160	2,33	0,62		1,47	1,20		3,71	1,43	
Estado cognitivo										
Sin deterioro	525	2,44	0,58	**<0,001**	1,55	1,16	**<0,001**	3,92	1,35	**<0,001**
Con deterioro	106	2,07	0,82		1,01	1,20		3,04	1,54	
Hábito tabáquico										
No	601	2,37	0,65	0,280	1,46	1,19	0,866	3,75	1,43	0,153
Sí	30	2,63	0,49		1,50	1,04		4,13	1,14	
Consumo de alcohol	454	2,33	0,65	**0,001**	1,35	1,17	**<0,001**	3,62	1,41	**<0,001**
No	176	2,52	0,60		1,75	1,18		4,15	1,41	
Sí										
Deporte										
1vez/semana	86	2,51	0,50	0,41	2,00	1,37	**<0,001**	4,45	1,35	**<0,001**
Sí	545	2,36	0,66		1,38	1,15		3,66	1,41	
No										
Caminar 1 vez/semana	497	2,44	0,59	**<0,001**	1,61	1,15	**<0,001**	3,97	1,33	**<0,001**
Sí	134	2,16	0,76		0,92	1,16		3,01	1,53	
No										

Tabla 7.

diversidad de la red ($p<0,001$). Los individuos no casados presentaron menores puntuaciones en los índices de vínculos familiares ($p<0,001$) y de diversidad de la red ($p<0,001$), pero mayores en el índice de actividades comunitarias. Poseer un nivel de estudios secundarios o superior se asoció a mayores puntuaciones en los tres índices ($p<0,001$), y habitar en un hogar con menos de 900€ mensuales en concepto de ingresos se asoció con medias inferiores en los índices de vínculos familiares ($p<0,001$), de actividades comunitarias y de diversidad de la red ($p=0,008$). Presentar criterios de comorbilidad no se asoció con ninguna de las medidas de red social, mientras que la existencia de sintomatología depresiva sí se halló asociada a un menor índice de vínculos familiares con contacto ($p=0,007$) y de diversidad de la red ($p=0,026$);

por otro lado, presentar deterioro cognitivo se relacionó con menores puntuaciones en las tres escalas ($p<0,001$). Los hábitos de vida se mostraron significativos, a excepción del hábito tabáquico. Así, el consumo de alcohol se asoció con mayores puntuaciones en los tres índices ($p<0,001$), la realización de deporte se asoció con mayores puntuaciones para el índice de actividades comunitarias y de diversidad de la red ($p<0,001$) y el hecho de caminar se relacionó con mayores puntaciones para los tres índices contemplados ($p<0,001$) (véase tabla 7).

Tabla 7. Comparación de medias de los índices de red social según las variables control.

5.3. LA DISCAPACIDAD

De los individuos incluidos en la muestra, el 35,6% presentaban dificultades en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y un 22,3% lo hacía en la ejecución de actividades básica (ABVD) de la vida diaria. Un 40,16% de la muestra presentó algún grado de dificultad en la realización de, al menos, una de las catorce actividades evaluadas. Las ABVD en las que más individuos presentaban dificultades fueron bañarse (15,16%), continencia (14,84%) y vestirse (10,20%), mientras que entre las AIVD, destacaron la realización de compras (32,78%), lavar la ropa (26,98%), y acceder a medios de transporte (24,27%) (véase tabla 8).

Tabla 8. Frecuencias de discapacidad en ABVD/AIVD

El estudio también ha permitido discernir cuál fue el principal vínculo prestador de cuidados a los pacientes que presentaron algún tipo de dependencia en las actividades de la vida diaria.

		Independiente		Dependiente	
	n	n	%	n	%
Total	640	383	59,84	257	40,16
Actividades Básicas de la Vida Diaria					
Bañarse	640	543	84,84	97	15,16
Continencia	640	545	85,16	95	14,84
Vestirse	639	574	89,80	65	10,20
Uso WC	640	596	93,12	44	6,88
Desplazarse	640	596	93,12	44	6,88
Alimentarse	640	611	95,47	29	4,53
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria					
Comprar	640	482	67,22	158	32,78
Lavar ropa	640	504	73,02	136	26,98
Transporte	640	515	75,73	125	24,27
Preparar comida	640	513	80,16	127	19,84
Tareas domésticas	640	534	83,44	106	16,56
Medicación	640	545	85,31	94	14,69
Asuntos económicos	639	549	85,92	90	14,08
Uso teléfono	640	590	92,19	50	7,81

Tabla 8.

Así, en el conjunto de la ayuda prestada, los hijos siempre destacan como primera fuente de asistencia (49,08%) para la realización de las actividades. En el conjunto global, los cónyuges cooperan en un 21,82% de los casos, y un empleado privado en un 18,95%. Los cónyuges destacan como segunda fuente de soporte para la preparación de comida, la realización de tareas domésticas, el lavado de la ropa, el manejo de la medicación así como de los asuntos económicos. Por otro lado, los empleados privados cuyos servicios habían sido contratados por los dependientes o sus familias, destaca como segunda fuente de cuidados para bañarse, vestirse, uso de WC, desplazarse, continencia, alimentarse y transporte (veáse tabla 9).

Tabla 9. Distribución de la ayuda recibida según ABVD/AIVD y vínculo que la proporciona.

Para valorar la diferencia en el grado de discapacidad según las variables control, se realizó un análisis bivariado (veáse tabla 10). Así, el grado de discapacidad aumentó progresivamente en los mayores de 85 años ($p<0,001$). Las mujeres también presentaron mayores tasas discapacidad de cualquier tipo ($p<0,001$). Los individuos que estaban casados ($p=0,004$), que residían solos ($p<0,001$) y que poseían estudios secundarios o superiores ($p=0,001$) presentaron menores tasas de discapacidad. La presencia de comorbilidad ($p<0,001$), de sintomatología depresiva ($p<0,001$) y de deterioro cognitivo ($p<0,001$) se incrementó conforme aumentaba el grado de discapacidad, mientras que el hábito tabáquico ($p=0,047$), el consumo de alcohol ($P<0,001$), la realización de deporte semanal y el caminar semanalmente ($p<0,001$) disminuyeron su frecuencia.

		Cónyuge		Hijo/a		Hermano/a		Nuera/Yerno		Otro Familiar		Amigos/Vecinos		Empleado privado	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)															
Bañarse	88	17	19,32	42	47,73	1	1,14	5	5,68	1	1,14	1	1,14	21	23,86
Vestirse	57	12	21,05	25	43,86	—	—	5	8,77	—	—	—	—	15	26,32
Uso WC	34	5	14,71	17	50,00	—	—	4	11,76	—	—	—	—	8	23,53
Desplazarse	35	3	8,57	18	51,43	—	—	4	11,43	1	2,86	—	—	9	25,71
Continencia	43	4	9,30	24	55,81	—	—	5	11,63	2	4,65	—	—	8	18,60
Alimentarse	23	2	8,70	12	52,17	—	—	2	8,70	—	—	—	—	7	30,43
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)															
Uso teléfono	40	5	12,5	26	65,10	—	—	5	12,5	—	—	—	—	4	10,00
Comprar	123	33	26,83	56	45,53	2	1,63	7	5,69	3	2,44	1	0,81	21	17,07
Preparar comida	97	28	28,87	44	45,36	1	1,03	5	5,15	2	2,06	—	—	17	17,53
Tareas domésticas	83	23	27,71	34	40,96	1	1,20	4	4,82	1	1,20	—	—	20	24,10
Lavar ropa	110	36	32,73	43	39,09	1	0,91	5	4,55	2	1,82	—	—	23	20,91
Transporte	92	13	1,41	57	61,96	—	—	5	5,43	3	3,26	1	109	13	14,13
Medicación	77	17	22,08	36	46,75	1	1,30	6	7,79	1	1,30	1	1,30	15	19,48
Asuntos económicos	74	15	20,27	45	60,21	1	1,35	5	6,76	3	4,05	1	1,35	4	5,41
	976	**213**	**21,82**	**479**	**49,08**	**8**	**0,82**	**67**	**6,86**	**19**	**1,95**	**5**	**0,51**	**185**	**18,95**

Tabla 9.

Tabla 10. Descripción del grado de discapacidad según variables control.

	Autónomos		Discapacidad instrumental		Discapacidad básica e instrumental		p
	n	%	n	%	n	%	
Edad	383	80,09	114	82,91	143	84,23	**<0,001**
≤85 años	335	(3,76)*	73	(5,19)*	81	(6,38)*	
>85 años	48	87,50	41	64,00	62	56,60	
		12,50		36,00		43,30	
Género	383		114		143		
Hombre	250	39,20	62	54,40	42	29,40	**<0,001**
Mujer	233	60,80	52	45,60	101	70,60	
Estado civil	383		114		143		
Casado	196	51,20	68	59,60	56	39,20	**0,004**
No casado	187	48,80	46	40,40	87	60,80	
Estado de convivencia	377		114		141		
	252	66,80	100	87,70	117	83,00	**<0,001**
Acompañado	125	33,20	14	12,30	24	17,00	
Solo							
Nivel de estudios	383		114		143		
Primarios o menos	280	73,10	74	64,90	121	84,60	**0,001**
Secundarios o más	103	26,90	40	35,10	22	15,40	
Ingresos familiares	327		89		115		
>900 €	147	45,00	45	50,60	45	39,10	0,262
<900 €	180	55,00	44	49,90	70	60,90	
Comorbilidad	383		114		143		
No	329	85,90	84	73,70	94	65,70	**<0,001**
Sí	54	14,10	30	26,30	49	34,30	
Síntomas depresivos	344		90		95		
No	258	75,00	58	64,40	51	53,70	**<0,001**
Sí	86	25,00	32	35,60	44	46,30	
Estado cognitivo	383		114		143		
Sin deterioro	362	94,50	86	75,40	85	59,40	**<0,001**
Con deterioro	21	5,50	28	24,60	58	40,60	
Hábito tabáquico	383		114		143		
No	362	94,50	105	92,10	141	98,60	**0,047**
Si	21	5,50	9	7,90	2	1,40	
Consumo de alcohol	382		114		143		
No	266	69,60	73	64,00	121	84,60	**<0,001**
Si	166	30,40	41	36,00	22	15,40	
Deporte	383		114		143		
1vez/semana	60	15,70	16	14,00	12	8,40	0,098
Sí	323	84,30	98	86,00	131	91,60	
No							
Caminar 1	383		114		143		
vez/semana	348	90,90	81	71,10	76	53,10	**<0,001**
Sí	35	9,10	33	28,90	67	46,90	
No							

Tabla 10.

5.4. LA ASOCIACIÓN ENTRE LA RED SOCIAL Y LA DISCAPACIDAD

Para valorar la asociación entre los tres índices de red social y el grado de discapacidad, se realizó un análisis bivariado (veáse tabla 11). Este análisis demostró una asociación entre el descenso en la puntuación en el índice de vínculos familiares con contacto y el aumento de la discapacidad ($p<0,001$), si bien se produjo un ligero incremento de los contactos en el paso de la autonomía al de discapacidad al menos en una actividad instrumental. Los índices de actividades comunitarias ($p<0,001$) y de diversidad de la red ($p<0,001$) también disminuyeron a medida que se incrementó el grado de discapacidad.

Tabla 11. Grados de discapacidad según las medidas de red social empleadas.

A fin de estimar la asociación existente entre la red social (como variable independiente), la discapacidad (como variable dependiente) y las variables adicionales contempladas, se realizaron sendos análisis multivariados mediante regresiones logísticas multinominales para el índice de diversidad de la red (veáse tabla 12), el índice de vínculos de familiares con contactos (veáse tabla 13) y el índice de actividades comunitarias (veáse tabla 14). Se procedió con un modelo inicial con cada uno de los índices de red social, y a la inclusión de las variables sociodemográficas en un segundo modelo.

En un tercer modelo se incluyeron las variables de estado de salud y se excluyeron aquellas sociodemográficas que no presentaron asociación significativa para ninguno de los tipos de discapacidad en el modelo previo. Para la realización del cuarto modelo, se incluyeron las variables de hábitos de vida, y se mantuvieron excluidas aquellas que en los modelos previos no mostraron asociación.

El modelo final para cada uno de los índices se compuso del correspondiente indicador de red social, la edad, el tipo de convivencia, la presencia de deterioro cognitivo, sintomatología depresiva y comorbilidad, el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y la realización de deporte y caminatas semanales.

5.4.1. ÍNDICE DE DIVERSIDAD DE LA RED Y DISCAPACIDAD

El análisis multivariado realizado con el índice de diversidad de la red (veáse tabla 12) muestra un efecto protector frente a padecer discapacidad básica (OR 0,720), pero no para la instrumental. Ser menor de 85 años disminuye el riesgo de padecer tanto discapacidad instrumental (OR 0,229) como básica (OR 0,290). Los individuos que residían solos tuvieron menor probabilidad de padecer discapacidad instrumental (OR 0,312) y básica (OR 0,414).

Todas las variables del estado de salud supusieron un factor de riesgo para el desarrollo tanto de discapacidad instrumental como de discapa-

	Autónomos			Discapacidad instrumental			Discapacidad básica e instrumental			p
	n	media	DE	n	media	DE	n	media	DE	
Índice de vínculos familiares	383	2,46	0,55	114	2,49	0,60	143	2,08	0,81	**<0,001**
Índice de actividades comunitarias	377	1,67	1,15	112	1,45	1,17	142	0,94	1,15	**<0,001**
Índice de diversidad de la red	377	4,06	1,27	112	3,86	1,35	142	2,94	1,57	**<0,001**

Tabla 11.

cidad básica, a excepción del estado cognitivo, que no se asoció con el desarrollo de discapacidad instrumental, pero sí con la discapacidad básica. Así, aquellos individuos que presentaron deterioro cognitivo tuvieron cuatro veces más discapacidad que los sujetos sin éste, y dicho riesgo atribuible fue el más elevado para las variables contempladas. La presencia de sintomatología depresiva aumentó 1,77 veces las probabilidades de padecer discapacidad instrumental, y 2,23 las de ésta fuera básica; y la comorbilidad también supuso un aumento del riesgo para la discapacidad instrumental (OR 2,06) y básica (OR 2,40). El hecho de no caminar de manera regular también supuso un factor predisponente a la discapacidad, aumentando 2,92 veces la presencia de discapacidad instrumental, y 3,65 la de discapacidad básica.

5.4.2. ÍNDICE DE VÍNCULOS FAMILIARES CON CONTACTO Y DISCAPACIDAD

El análisis multivariado realizado con el índice de vínculos familiares con contacto (veáse tabla 13) muestra un efecto protector frente a padecer discapacidad básica (OR 0,619) pero no para la instrumental. Los menores de 85 tuvieron menor riesgo de padecer tanto discapacidad instrumental (OR 0,21) como básica (OR 0,29)Vivir solo supuso un 68,3% menos probabilidad de padecer discapacidad instrumental (OR 0,317) y un 64,5% menos de discapacidad básica (OR 0,355).

Tabla 12. Análisis multivariado mediante regresión logística multinominal según el índice de diversidad de la red para desarrollar una

	Discapacidad instrumental			Discapacidad básica		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Modelo 1						
Índice Diversidad Red	0,899	[0,769, 1,049]	0,177	0,542	[0,462, 0,636]	**<0,001**
Modelo 2						
Índice Diversidad Red	0,907	[0,751, 1,095]	0,310	0,704	[0,585, 0,847]	**<0,001**
Edad	0,259	[0,145, 0,462]	**<0,001**	0,253	[0,146, 0,438]	**<0,001**
Género	0,597	[0,343, 1,040]	0,068	1,179	[0,685, 2,030]	0,552
Estado civil	1,224	[0,630, 2,377]	0,550	1,363	[0,744, 2,497]	0,316
Convivencia	0,265	[0,118, 0,594]	**0,001**	0,262	[0,132, 0,519]	**<0,001**
Nivel educativo	1,122	[0,632, 1,991]	0,695	0,599	[0,315, 1,140]	0,118
Ingresos	1,145	[0,674, 1,947]	0,617	1,219	[0,735, 2,022]	0,443
Modelo 3						
Índice Diversidad Red	0,873	[0,723, 1,053]	0,156	0,678	[0,557, 0,825]	**<0,001**
Edad	0,217	[0,123, 0,381]	**<0,001**	0,268	[0,149, 0,480]	**<0,001**
Convivencia	0,301	[0,157, 0,577]	**<0,001**	0,392	[0,215, 0,716]	**0,002**
Estado cognitivo	2,487	[0,918, 6,739]	0,073	4,122	[1,673, 10,158]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,981	[1,153, 3,403]	0,130	2,583	[1,518, 4,396]	**<0,001**
Comorbilidad	2,142	[1,158, 3,961]	**0,015**	2,514	[1,371, 4,609]	**0,003**
Modelo 4						
Índice Diversidad Red	0,896	[0,737, 1,088]	0,267	0,714	[0,583, 0,874]	**0,001**
Edad	0,217	[0,122, 0,386]	**<0,001**	0,300	[0,165, 0,547]	**<0,001**
Convivencia	0,332	[0,171, 0,644]	**0,001**	0,393	[0,211, 0,733]	**0,003**
Estado cognitivo	2,444	[0,882, 6,771]	0,086	4,256	[1,694, 10,691]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,920	[1,094, 3,372]	**0,023**	2,164	[1,247, 3,754]	**0,006**
Comorbilidad	2,205	[1,176, 4,132]	**0,014**	2,337	[1,255, 4,354]	**0,007**
Hábito tabáquico	2,162	[0,788, 5,927]	0,134	0,346	[0,042, 2,856]	0,325
Consumo de alcohol	1,336	[0,771, 2,315]	0,301	0,814	[0,443, 1,494]	0,506
Deporte semanal	0,867	[0,424, 1,773]	0,696	0,783	[0,365, 1,678]	0,529
Caminar semanalmente	3,306	[1,569, 5,873]	**0,001**	3,662	[1,951, 6,875]	**<0,001**
Modelo 5						
Índice Diversidad Red	0,911	[0,752, 1,103]	0,339	0,720	[0,590, 0,879]	**0,001**
Edad	0,229	[0,130, 0,405]	**<0,001**	0,290	[0,160, 0,526]	**<0,001**
Convivencia	0,312	[0,162, 0,601]	**<0,001**	0,414	[0,225, 0,765]	**0,005**
Estado cognitivo	2,455	[0,898, 6,711]	0,080	4,064	[1,623, 10,180]	**0,003**
Síntomas depresivos	1,770	[1,018, 3,076]	**0,043**	2,231	[1,292, 3,854]	**0,004**
Comorbilidad	2,067	[1,108, 3,857]	**0,022**	2,408	[1,295, 4,475]	**0,005**
Caminar semanalmente	2,928	[1,523, 5,629]	**0,001**	3,653	[1,947, 6,856]	**<0,001**

Tabla 12.

discapacidad instrumental o una discapacidad básica.

Todas las variables del estado de salud supusieron un factor de riesgo para el desarrollo tanto de discapacidad instrumental como de discapacidad básica, a excepción del estado cognitivo, que no se asoció con el desarrollo de discapacidad instrumental, pero sí con la discapacidad básica. Así, aquellos individuos que presentaron deterioro cognitivo tuvieron casi cuatro veces (OR 3,98) más discapacidad que los sujetos sin éste, y dicho riesgo atribuible fue el más elevado para las variables contempladas. La presencia de sintomatología depresiva aumentó 1,75 veces las probabilidades de padecer discapacidad instrumental, y 2,34 las de ésta fuera básica; y la comorbilidad también supuso un aumento del riesgo para la discapacidad instrumental (OR 2,02) y básica (OR 2,32). El hecho de no caminar de manera regular también supuso un factor predisponente a la discapacidad, aumentando 2,92 veces la presencia de discapacidad instrumental, y 3,84 la de discapacidad básica.

5.4.3. ÍNDICE DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y DISCAPACIDAD

El análisis multivariado realizado con el índice de actividades comunitarias (veáse tabla 14) muestra un efecto protector frente a padecer discapacidad básica (OR 0,742), pero no para la instrumental. Ser menor de 85 años disminuye el riesgo de padecer tanto discapacidad instrumental (OR 0,226) como básica (OR 0,263).

	Discapacidad instrumental			Discapacidad básica		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Modelo 1						
Índice Vínculos Familiares	1,089	[0,760, 1,562]	0,642	0,408	[0,301, 0,555]	**<0,001**
Modelo 2						
Índice Vínculos Familiares	0,713	[0,363, 1,397]	0,324	0,402	[0,224, 0,720]	**0,002**
Edad	0,253	[0,141, 0,451]	**<0,001**	0,248	[0,144, 0,428]	**<0,001**
Género	0,606	[0,349, 1,052]	0,075	1,405	[0,811, 2,436]	0,226
Estado civil	0,974	[0,389, 2,440]	0,955	0,742	[0,324, 1,696]	0,479
Convivencia	0,254	[0,114, 0,566]	**0,001**	0,237	[0,121, 0,464]	**<0,001**
Nivel educativo	1,215	[0,692, 1,948]	0,498	0,576	[0,305, 1,091]	0,090
Ingresos	1,150	[0,679, 0,948]	0,603	1,306	[0,788, 2,166]	0,300
Modelo 3						
Índice Vínculos Familiares	0,931	[0,570, 1,520]	0,774	0,543	[0,344, 0,855]	**0,008**
Edad	0,205	[0,115, 0,363]	**<0,001**	0,279	[0,155, 0,502]	**<0,001**
Convivencia	0,292	[0,143, 0,594]	**0,001**	0,314	[0,166, 0,594]	**<0,001**
Estado cognitivo	2,395	[0,886, 6,473]	0,085	3,892	[1,616, 9,372]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,954	[1,142, 3,343]	**0,015**	2,740	[1,624, 4,622]	**<0,001**
Comorbilidad	2,034	[1,105, 3,743]	**0,023**	2,415	[1,337, 4,361]	**0,003**
Modelo 4						
Índice Vínculos Familiares	0,995	[0,602, 1,644]	0,985	0,621	[0,388, 0,993]	**0,047**
Edad	0,202	[0,113, 0,363]	**<0,001**	0,306	[0,167, 0,559]	**<0,001**
Convivencia	0,333	[0,161, 0,685]	**0,003**	0,337	[0,175, 0,651]	**0,001**
Estado cognitivo	2,364	[0,852, 6,559]	0,099	4,024	[1,637, 9,894]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,919	[1,097, 3,356]	**0,022**	2,280	[1,325, 3,923]	**0,003**
Comorbilidad	2,173	[1,165, 4,065]	**0,015**	2,244	[1,217, 4,140]	**0,010**
Hábito tabáquico	2,382	[0,911, 6,230]	0,077	0,382	[0,048, 3,054]	0,364
Consumo de alcohol	1,363	[0,794, 2,338]	0,261	0,773	[0,425, 1,405]	0,398
Deporte semanal	0,856	[0,428, 1,710]	0,659	0,899	[0,426, 1,894]	0,779
Caminar semanalmente	3,075	[1,601, 5,909]	**0,001**	3,795	[2,041, 7,056]	**<0,001**
Modelo 5						
Índice Vínculos Familiares	1,036	[0,629, 1,708]	0,889	0,619	[0,388, 0,987]	**0,044**
Edad	0,214	[0,120, 0,382]	**<0,001**	0,296	[0,163, 0,538]	**<0,001**
Convivencia	0,317	[0,155, 0,650]	**0,002**	0,355	[0,185, 0,679]	**0,002**
Estado cognitivo	2,394	[0,876, 6,542]	0,089	3,987	[1,630, 9,749]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,753	[1,012, 3,034]	**0,045**	2,342	[1,366, 4,015]	**0,002**
Comorbilidad	2,023	[1,090, 3,754]	**0,026**	2,326	[1,265, 4,279]	**0,007**
Caminar semanalmente	2.916	[1.529, 5.561]	**0.001**	3.849	[2.076, 7.139]	**<0.001**

Tabla 13.

Aquellos sujetos que vivían solos tuvieron menor probabilidad de padecer discapacidad instrumental (OR 0,334) y básica (OR 0,479).

Ninguna de las variables del estado de salud se asoció con el desarrollo de discapacidad instrumental, no obstante, sí lo hicieron con la discapacidad básica. De este modo, los que presentaron deterioro cognitivo (OR 4,20), síntomas depresivos (OR 2,26) y comorbilidad (2,37) presentaron cuatro y dos veces más probabilidad, respectivamente, para desarrollar una discapacidad básica. El hecho de no caminar de manera regular también supuso un factor predisponente a la discapacidad, aumentando 2,91 veces la presencia de discapacidad instrumental, y 3,89 la de discapacidad básica.

Tabla 13. Análisis multivariado mediante regresión logística multinominal según el índice de

	Discapacidad instrumental			Discapacidad básica		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Modelo 1						
I. Actividades Comunitarias	0,854	[0,713, 1,024]	0,088	0,559	[0,462, 0,677]	**<0,001**
Modelo 2						
I. Actividades Comunitarias	0,923	[0,748, 1,140]	0,459	0,719	[0,584, 0,886]	**0,002**
Edad	0,256	[0,143, 0,458]	**<0,001**	0,239	[0,139, 0,412]	**<0,001**
Género	0,593	[0,340, 1,034]	0,065	1,161	[0,676, 1,994]	0,590
Estado civil	1,336	[0,700, 2,550]	0,379	1,929	[1,073, 3,468]	0,028
Convivencia	0,263	[0,118, 0,589]	**0,001**	0,246	[0,125, 0,484]	**<0,001**
Nivel educativo	1,115	[0,629, 1,977]	0,709	0,577	[0,303, 1,097]	0,093
Ingresos	1,146	[0,673, 1,949]	0,616	1,204	[0,728, 1,992]	0,469
Modelo 3						
I. Actividades Comunitarias	0,846	[0,681, 1,052]	0,132	0,701	[0,561, 0,876]	**0,002**
Edad	0,211	[0,120, 0,370]	**<0,001**	0,236	[0,133, 0,419]	**<0,001**
Convivencia	0,329	[0,172, 0,630]	**0,001**	0,467	[0,257, 0,849]	**0,013**
Estado cognitivo	2,573	[0,950, 6,967]	0,063	4,253	[1,728, 10,471]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,962	[1,143, 3,367]	**0,015**	2,659	[1,571, 4,500]	**<0,001**
Comorbilidad	2,179	[1,178, 4,033]	**0,013**	2,485	[1,360, 4,541]	**0,003**
Modelo 4						
I. Actividades Comunitarias	0,866	[0,692, 1,084]	0,208	0,735	[0,583, 0,925]	**0,009**
Edad	0,213	[0,120, 0,379]	**<0,001**	0,271	[0,150, 0,490]	**<0,001**
Convivencia	0,359	[0,186, 0,696]	**0,002**	0,460	[0,248, 0,854]	**0,014**
Estado cognitivo	2,552	[0,920, 7,078]	0,072	4,393	[1,741, 11,085]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,899	[1,081, 3,334]	**0,026**	2,176	[1,259, 3,761]	**0,005**
Comorbilidad	2,251	[1,201, 4,217]	**0,011**	2,305	[1,239, 4,287]	**0,008**
Hábito tabáquico	2,082	[0,755, 5,735]	0,156	0,317	[0,038, 2,614]	0,286
Consumo de alcohol	1,361	[0,784, 2,364]	0,274	0,844	[0,461, 1,546]	0,583
Deporte semanal	0,860	[0,421, 1,759]	0,680	0,832	[0,389, 1,776]	0,634
Caminar semanalmente	3,038	[1,574, 5,863]	**0,001**	3,891	[2,084, 7,267]	**<0,001**
Modelo 5						
I. Actividades Comunitarias	0,878	[0,705, 1,094]	0,246	0,742	[0,591, 0,931]	**0,010**
Edad	0,226	[0,128, 0,400]	**<0,001**	0,263	[0,146, 0,473]	**<0,001**
Convivencia	0,334	[0,174, 0,642]	**0,001**	0,479	[0,261, 0,882]	**0,018**
Estado cognitivo	2,563	[0,938, 7,005]	0,067	4,209	[1,673, 10,590]	**0,002**
Síntomas depresivos	1,749	[1,006, 3,040]	0,047	2,261	[1,314, 3,891]	**0,003**
Comorbilidad	2,112	[1,132, 3,940]	0,019	2,376	[1,280, 4,410]	**0,006**
Caminar semanalmente	2,919	[1,522, 5,598]	**0,001**	3,898	[2,089, 7,275]	**<0,001**

Tabla 14.

	Vínculos familiares			Actividades Comunitarias			Diversidad de la Red		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Indicador de red	1,036	[0,629, 1,708]	0,889	0,878	[0,705, 1,094]	0,246	0,911	[0,752, 1,103]	0,339
Edad	0,214	[0,120, 0,382]	**<0,001**	0,226	[0,128, 0,400]	**<0,001**	0,229	[0,130, 0,405]	**<0,001**
Convivencia	0,317	[0,155, 0,650]	**0,002**	0,334	[0,174, 0,642]	**0,001**	0,312	[0,162, 0,601]	**<0,001**
Estado cognitivo	2,394	[0,876, 6,542]	0,089	2,563	[0,938, 7,005]	0,067	2,455	[0,898, 6,711]	0,080
Síntomas depresivos	1,753	[1,012, 3,034]	**0,045**	1,749	[1,006, 3,040]	**0,047**	1,770	[1,018, 3,076]	**0,043**
Comorbilidad	2,023	[1,090, 3,754]	**0,026**	2,112	[1,132, 3,940]	**0,019**	2,067	[1,108, 3,857]	**0,022**
Caminar semanalmente	2,916	[1,529, 5,561]	**0,001**	2,919	[1,522, 5,598]	**0,001**	2,928	[1,523, 5,629]	**0,001**

Tabla 15.

vínculos familiares con contacto para desarrollar una discapacidad instrumental o una discapacidad básica.

Tabla 14. Análisis multivariado mediante regresión logística multinominal según el índice de actividades comunitarias para desarrollar una discapacidad instrumental o una discapacidad básica.

5.4.4. RESULTADOS GLOBALES DE LA ASOCIACIÓN

Ninguno de los diversos indicadores de red social (índice de diversidad de la red, índice de vínculos familiares con contacto, índice de actividades comunitarias) se relacionó con la discapacidad instrumental (veáse tabla 15); pero todos ellos se asociaron con la discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (veáse tabla 16), de tal modo que una buena red social en su conjunto, medida mediante la diversidad de la red, disminuye en un 28% el riesgo de padecer discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria. No se han producido grandes cambios en las odds ratio de las variables contenidas en los modelos si se observan en función del índice de medición de la red social.

La edad inferior a 85 años constituyó un factor protector para presentar tanto una discapacidad instrumental (OR 2,14 a 2,29) como una discapacidad básica (OR 0,263 a 0,296). El hecho de residir solo en la vivienda también protegió contra la discapacidad instrumental (OR 0,312 a 0,334) y básica (OR 0,355 a 0,479). El deterioro cognitivo no se asoció con la presencia de discapacidad instrumental, pero supuso un factor de riesgo para la discapacidad básica, al incrementar de 3,9 a 4,2 veces las probabilidades de padecer este tipo de discapacidad.

La presencia de sintomatología depresiva aumentó de 1,74 a 1,77 las probabilidades de padecer una discapacidad instrumental, y de 2,23 a 2,34 las de sufrir discapacidad básica. Cumplir criterios de comorbilidad aumentó 2,92 veces la probabilidad de sufrir una discapacidad instrumental, y entre 2,32 y 2,40 veces de sufrirla básica. El hecho de no caminar de manera semanal aumentó en 2,91 veces el riesgo de presentar discapacidad en las actividades instrumentales, y entre 3,65 y 3,84 la probabilidad de discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria.

Tabla 15. Comparación de las Odds Ratio (OR) entre indicadores de red social para padecer discapacidad instrumental.

Tabla 16. Comparación de las Odds Ratio (OR) entre indicadores de red social para padecer discapacidad básica.

	Vínculos familiares			Actividades Comunitarias			Diversidad de la Red		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Indicador de red	0,619	[0,388, 0,987]	**0,044**	0,742	[0,591, 0,931]	**0,010**	0,720	[0,590, 0,879]	**0,001**
Edad	0,296	[0,163, 0,538]	**<0,001**	0,263	[0,146, 0,473]	**<0,001**	0,290	[0,160, 0,526]	**<0,001**
Convivencia	0,355	[0,185, 0,679]	**0,002**	0,479	[0,261, 0,882]	**0,018**	0,414	[0,225, 0,765]	**0,005**
Estado cognitivo	3,987	[1,630, 9,749]	**0,002**	4,209	[1,673, 10,590]	**0,002**	4,064	[1,623, 10,180]	**0,003**
Síntomas depresivos	2,342	[1,366, 4,015]	**0,002**	2,261	[1,314, 3,891]	**0,003**	2,231	[1,292, 3,854]	**0,004**
Comorbilidad	2,326	[1,265, 4,279]	**0,007**	2,376	[1,280, 4,410]	**0,006**	2,408	[1,295, 4,475]	**0,005**
Caminar semanalmente	3.849	[2.076, 7.139]	**<0.001**	3.898	[2.089, 7.275]	**<0.001**	3.653	[1.947, 6.856]	**<0.001**

Tabla 16.

6. discusión

El estudio se realizó sobre una muestra final de 640 personas mayores, residentes en la comunidad y en posesión de tarjeta sanitaria de la ciudad de Lleida. Habiendo sido incluidos sólo aquellos individuos de 75 o más años, la media de la muestra fue de 81,51 (DE 5,04) años, con una presencia preferentemente mujeres (60,3%), lo que concuerda con la totalidad de estudios en el ámbito de las personas mayores a nivel estatal (61,62) e internacional (13,37-39,41,64,65).

Las mujeres destacaron como un colectivo vulnerable al presentar mayores tasas de discapacidad, presentar menor histórico de hábitos tóxicos y mayor presencia de síntomas depresivos. Además, presentan menor grado de ingresos económicos mensuales, lo que podría estar relacionado a su vez con su menor nivel de instrucción (66).

Los hombres destacan por presentar índices más elevados que las mujeres en las tres escalas (vínculos familiares con contacto, actividades comunitarias y de diversidad de la red), lo que coincide con algunos estudios (17), pero no con otros (40).

Un hallazgo particular fue la relativamente alta prevalencia de discapacidad, que se situó en el 40,16% superando cifras proporcionadas en otros estudios realizados en el territorio nacional (9,12,43,46), y cálculos que establecían tasas de discapacidad de entre el 25 y 35% para mayores de 75 años en España. Dichos estudios (9,12) en el territorio español, se circunscribían a amplios núcleos poblacionales, como Madrid, Barcelona y sus municipios limítrofes. Puede que la realización de la presente investigación en una cuidad como Lleida, de un tamaño más reducido y quizás no tan orientada al sector terciario, pueda haber tenido una cierta influencia en el desarrollo de discapacidades en la población de este asentamiento; por lo que cabría tener en consideración tal circunstancia a la hora de realizar nuevos estudios.

En relación a las actividades para las que los individuos de la muestra presentaron discapacidad, las cifras concuerdan con la literatura. De tal modo, las actividades que más frecuentemente presentaron discapacidad fueron aquellas de transporte y las relacionadas con las tareas del hogar (66), siendo así dado que son de las primeras en las que se presenta la discapacidad.

Las mujeres presentaron mayores tasas de dependencia, lo que está en consonancia con otros escritos (9,66), a excepción de la discapacidad instrumental, donde el porcentaje de hombres que presentaban la discapacidad aumentó, disminuyendo de manera muy acentuada cuando se observó la discapacidad básica e instrumental. Esto podría explicarse en la medida que los hombres gozan de mayor capacidad funcional a lo largo de la vida; no obstante, cuando se produce el inicio de la discapacidad, ésta evoluciona de manera más rápida que en las mujeres, y el fallecimiento se produce antes en los varones (66). Esto respaldaría también el hecho de que la gran parte de las mujeres estén viudas (60,60%), mientras que el 74,40% de los hombres estaban casados.

La puntuación media en la escala de vínculos familiares con contacto fue elevada, de 2,38 (DE 0,64) y muy similar al de otro estudio en el contexto español y que empleó el mismo instrumento de medida (9). Este índice obtuvo una puntuación mayor en los menores de 85 años, en hombres, casados, con un alto nivel de instrucción, sin comorbilidad, depresión o deterioro cognitivo y con consumo de tabaco o alcohol, lo que se podría explicar por su consumo social. Además, también fue mayor para aquellos que realizaban deporte o caminaban semanalmente, lo cual podría indicar la reali-

zación de este tipo de actividades de manera grupal, junto con miembros del núcleo familiar. Este indicador sufría un incremento al pasar de un estado de independencia a uno de dependencia instrumental, lo que podría reflejar el inicio de la dación de soporte instrumental al individuo por parte de los interlocutores familiares de la red. Por el contrario, cuando la discapacidad progresa hasta afectar a las actividades básicas de la vida diaria, la media de la medición disminuye, lo que reflejaría un adelgazamiento del tejido social al final de la vida.

El índice de actividades comunitarias, con una media de 1,46 (DE 1,19) es relativamente bajo sobre el total de puntuación posible (4 puntos), pero es superior al estudio de Envejecer en Leganés. El comportamiento de las actividades comunitarias es similar al anterior, excepto para el caso de aquellos individuos que residen solos, en cuyo caso la puntuación era mayor. Esto reflejaría que, ante la inexistencia de vínculos accesibles en el hogar, el individuo explora la comunidad en búsqueda de vínculos sociales con los que poder interactuar.

El índice de diversidad de la red presenta una media de 3,77 (DE 1,43), lo que implica un buen nivel de integración social de los sujetos incluidos en el estudio, si bien otros estudios en población española refieren mayores puntuaciones (9), quizás mediadas por el contexto más urbano de estas últimas. Este indicador es especialmente elevado en las personas casadas, en los fumadores y en las personas que realizan deporte semanal, lo cual estaría relacionado con un carácter social, al menos de las dos últimas actividades.

Una vez realizados los análisis ajustando por las variables sociodemográficas, de estado de salud y hábitos de vida, sorprende la falta se asociación con la discapacidad instrumental. Puede que este hallazgo esté relacionado con que la dificultad para realizar actividades instrumentales no implica una pérdida automática de tejido social, sino que éste disminuye paulatinamente, hasta que se acentúa con la progresión a la discapacidad básica. No obstante, es necesario realizar estudios longitudinales que contemplen esta circunstancia

Por otro lado, el estudio sí permite afirmar que existe una asociación inversa entre los índices de red social (índice de vínculos familiares con contacto, índice de actividades comunitarias e

índice de diversidad de la red) y la discapacidad en actividades de la vida diaria. Así, a medida que aumentan la diversidad de la red, los contactos con vínculos familiares y la participación en la comunidad, menor es la discapacidad. Además, en consonancia con lo referido por varios autores (10,14), la relación estuvo mediada por otros factores, de tal modo que ser menor de 85 años, vivir solo, presentar deterioro cognitivo, síntomas depresivos o criterios de comorbilidad y no caminar de manera frecuente se relacionaron también con un aumento de la discapacidad. Por ello, es posible afirmar que el estudio confirma la tesis de los beneficios de la red social en la discapacidad de las personas mayores y cumple los objetivos propuestos.

Sin embargo, debido al carácter transversal del estudio y a las limitaciones de este tipo de diseño metodológico, se hace necesaria la realización de estudios adicionales, ya de tipo longitudinal y con más de dos mediciones, que permitan discernir la evolución de la discapacidad a lo largo del período de seguimiento y su variación según la red social de los individuos, y acorde a la influencia de las diversas subredes; y que permita establecer relaciones causales entre las variables estudiadas.

Cabe una última mención a los estilos de vida, que en ninguno de los supuestos contemplados se asociaron significativamente con tipo alguno de discapacidad. No obstante, parecían constituir, sin alcanzar significancia estadística, un factor de riesgo para desarrollar una discapacidad instrumental y un factor protector para desarrollar una discapacidad básica. Este resultado contradictorio a simple vista podría explicarse en la medida que las personas mayores disminuyen el consumo de dichas sustancias a medida que progresa la discapacidad, tal y como reflejan los datos de la sección descriptiva de esta disertación. Por tanto, el hecho de continuar consumiendo este tipo de sustancias, podría ser un indicio de un buen nivel de salud, siendo así menos frecuente la presencia de discapacidad básica. Es posible que el propio diseño del estudio dificulte el análisis de ambas variables y de su comportamiento temporal natural, por lo que sería adecuado observar cómo se comporta el consumo a lo largo del tiempo y cómo éste afecta o media en la prevalencia e incidencia de discapacidad según las redes sociales. Sería útil también en la medida en que ambos hábitos se hayan ligados a un contexto social.

teoría

7. conclusiones

• Los datos extraídos de los tres índices para la red social revelan una elevada integración social de los individuos incluidos en el estudio.

• Se confirma la hipótesis de los efectos beneficiosos de las relaciones sociales sobre la salud, al asociarse de manera inversa el índice de diversidad de la red con la discapacidad en ABVD, de modo que a medida que aumenta la red social de los individuos, disminuye su riesgo de padecer este tipo de discapacidad.

• No se ha podido demostrar un beneficio de las relaciones sociales en la discapacidad instrumental, si bien hay indicios de un efecto protector.

• Se recomienda realizar estudios longitudinales a fin de discernir la dirección de la relación y de dirimir papel de otros factores sobre el binomio estudiado.[]

Se confirma la hipótesis de los efectos beneficiosos de las relaciones sociales sobre la salud

8. bibliografia

(1) IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2008. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009.

(2) Rivera Navarro J, Riesco Vázquez E. Envejecimiento de la poblacióni en España y Japón: estudio comparativo y posibles implicaciones para Europa y Asia Pacífico. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2009.

(3) Giró Miranda J. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar. Logroño: Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones; 2004.

(4) Puyol R, Abellán A. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance; 2006.

(5) Alegre A, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M, Pociello E. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. Rev Esp Salud Publica 2005;79(3):351-63.

(6) Puga D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. Revista Española de Salud Pública 2005;79(3):327-330.

(7) Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist, The 1997;37(4):433-440.

(8) Avlund K, Vass M, Hendriksen C. Onset of mobility disability among communityd-welling old men and women. The role of tiredness in daily activities. Age Ageing 2003;32(6):579-584.

(9) Otero A, Zunzunegui MV, Béland F, Rodríguez A, García MJ. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documento de Trabajo Nº9 ed. Madrid: Fundación BBVA; 2006.

(10) Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.

(11) House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science 1988;241(4865):540-545.

(12) Escobar MA. Redes sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez. Barcelona: Universitat Autónoma de Barcelona; 2009.

(13) Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, Seeman TE, Evans DA, Berkman LF. Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences 1999;54(3):S162-S172.

(14) Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: predictors and associated activities. Am J Epidemiol 1996;144(2):135-141.

(15) Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Social science medicine 1999;48(4):445-469.

(16) Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac Sanit 2004;18(2):83-91.

(17) Avlund K, Lund R, Holstein B, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. Arch Gerontol Geriatr 2004;38(1):85-99.

(18) Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences 1996;51(4):S191-S200.

(19) Seeman TE, Berkman LF, Charpentier PA, Blazer DG, Albert MS, Tinetti ME.

Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging. The journals of gerontology.

Series A, Biological sciences and medical sciences 1995;50(4):M177-M183.

(20) Avlund K, Lund R, Holstein B, Due P, Sakari-Rantala R, Heikkinen R. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences 2004;59(1):S44-S51.

(21) O'Reilly P. Methodological issues in social support and social network research.

Soc Sci Med 1988;26(8):863-73.

(22) Barnes J. Class and commiittees in a Norweigan island parish. Hum Relations 1954;7:39-58.

(23) Bott E. Family and social network. London: Tavistock Press; 1957.

(24) Bowly J. Attachment and Loss. Vol 1. Londres: Hogarth Press; 1969.

(25) Berkman LF. Social support, social networks, social cohesion and health. Social Work in Health Care 2000;31(2):3-14.

(26) House J, Umberson D, Landis K. Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol 1988;14:293-318.

(27) Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. Am J Public Health 1999;89(8):1187-1193.

(28) Honjo K. Social epidemiology: Definition, history, and research examples. Environmental Health and Preventive Medicine 2004;9(5):193-199.

(29) Seeman TE. Social ties and health: The benefits of social integration. Ann Epidemiol 1996;6(5):442-451.

(30) Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. Social science medicine 1999;48(5):661-673.

(31) Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Social science medicine 2000;51(6):843857.

(32) Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Social science medicine 1994;38(1):1-14.

(33) Thanakwang K. Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey. Nursing health sciences 2009;11(2):144-149.

(34) Berkman L. The role of social relations in health promotion. Psychosomatic Medicine 1995 May 01;57(3):245-254.

(35) Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. The Journals of Gerontology 1996;51(4):S191-S200.

(36) Unger J, McAvay G, Bruce M, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. Journal of Gerontology 1999;54(5):245-251.

(37) Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1986--1992. The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences 2001;56(3):S179-S190.

(38) Mendes de Leon CF, Glass T, Berkman L. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. Am J Epidemiol 2003;157(7):633-642.

(39) Nilsson C, Lund R, Avlund K. Cohabitation status and onset of disability among older Danes: is social participation a possible mediator? J Aging Health 2008;20(2):235-253.

(40) Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. Age and Ageing 2010 May 01;39(3):319326.

(41) Giles L, Metcalf P, Glonek GFV, Luszcz M, Andrews G. The effects of social networks on disability in older Australians. J Aging Health 2004;16(4):517-538.

(42) Escobar MA, Puga MD, Martín M. [Protective effects of social networks on disability among older adults in Madrid and Barcelona, Spain, in 2005]. Revista española de salud pública 2008;82(6):637-651.

(43) Escobar MA. Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. Arch Gerontol Geriatr 2012;54(1):109-116.

(44) Rubio E, Lzaro A, Snchez-Snchez A. Social participation and independence in activities of daily living: a cross sectional study. BMC Geriatrics 2009;9:26-26.

(45) Nilsson C, Lund R, Avlund K. Cohabitation status and onset of disability among older Danes: is social participation a possible mediator? J Aging Health 2008;20(2):235-253.

(46) Escobar MA. Influencia de las relaciones sociales en la aparición y progresión de la discapacidad en personas mayores en Europa. Enfermería clínica 2008;18(3):166-167.

(47) Jürschik Giménez P, Escobar Bravo MA, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Frailty criteria in the elderly: A pilot study. Atencion primaria 2011;43(4):190-196.

(48) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the asessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975;23:433-441.

(49) Enjo I. A questionnaire on social relations: an analysis. Hoitotieteen Laitos Turun Yliopiston 2012:1-8.

(50) Grundy EM. The epidemiology of aging. In: Tallis RC, Fillit HM, editors. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. 6th ed. London: Churchill Livingstone; 2003. p. 3-20.

(51) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:914-919.

(52) Katz S, Ford AB, Chinn AB. Prognosis after strokes: II. Long-term course of 159 patients with stroke. Medicine 1966;45:236-246.

(53) Katz S, Heiple KG, Downs TD. Long-term course of 147 patients with fracture of the hip. Surg Gynecol Obstet 1967;124:1219-1230.

(54) Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv 1976;6:493-507.

(55) Katz S, Akpom CA. Index of ADL. Med Care 1976;14:116-118.

(56) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-mantaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186.

(57) 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):373-383.

(58) Radolff J. The CES-D scale: a self-reported depression scales for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977;1:385-401.

(59) Okun A, Stein R, Bauman L, Silver E. Content validity of the Psychiatric Symptom Index, CES-Depression Scale, and State-Trait Anxiety Inventory from the perspective of DSM-IV. Psychol Rep 1996;79:1059-1069.

(60) Kohout F, Berkman L, Evans DA, Cornoni-Huntley J. Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. J Aging Health 1993;5:179-193.

(61) Fillenbaum GG. Multidimensional functional assessment of older adults: the Duke Older Americans Resources and Services procedures. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

(62) Lesher EL, Whelihan WM. Reliability of mental status instruments administered to nursing home residents. J Consult Clin Psychol 1986;54:726-727.

(63) Cairl RE, Pfeiffer E, Keller DM, Burke H, Samis HV. An evaluation of the reliability and validity of the Functional Assessment Inventory. J Am Geriatr Soc 1983;31:607-612.

(64) Wolf D, Mendes de Leon CF, Glass T. Trends in rates of onset of and recovery from disability at older ages: 1982-1994. The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences 2007;62(1):S3-S10.

(65) Glass T, De Leon CFM, Bassuk S, Berkman L. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. J Aging Health 2006;18(4):604628.

(66) Abellán A, Esparza C, Pérez J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. Cuadernos de Relaciones Laborales 2011;29(1):43-67.

Esclerosi

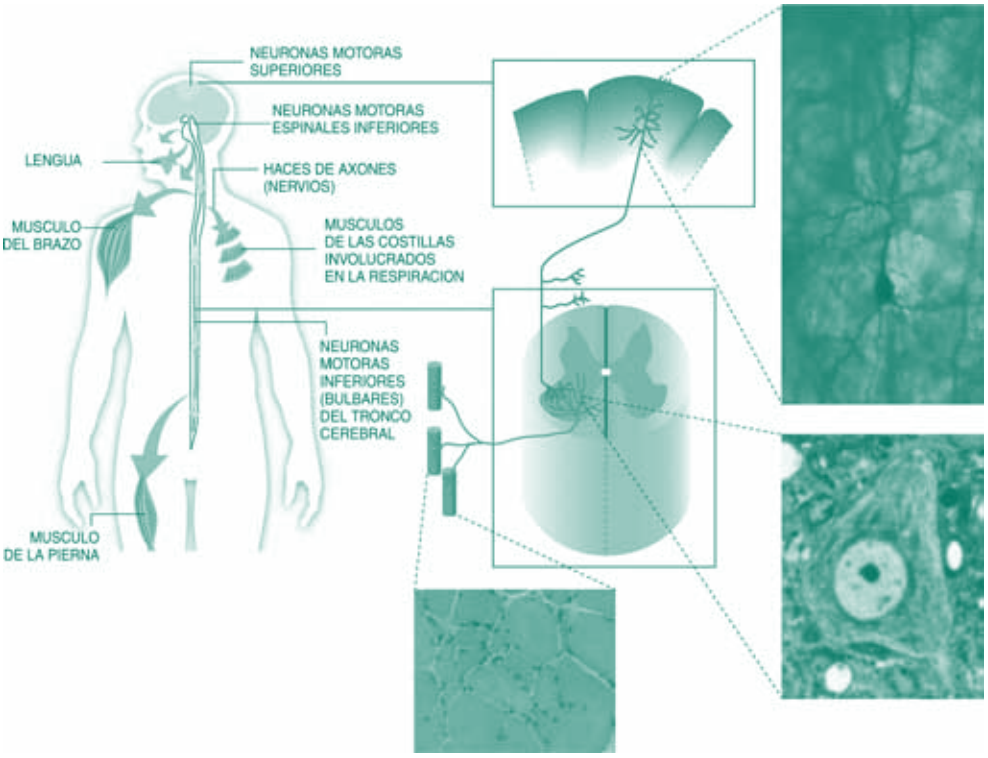
ELA

L'ESCLEROSI LATERAL AMIOTRÒFICA (ELA) és una malaltia greu en la qual es produeix la degeneració progressiva de les neurones motores situades a l'escorça cerebral i als nuclis motors del tronc cerebral i medul·la espinal. La conseqüència d'aquest procés de destrucció cel·lular és una pèrdua progressiva de la força de distints grups musculars fins a la paràlisi dels mateixos. A més de l'afectació de les extremitats, la paràlisi afecta els músculs respiratoris i també els implicats amb la deglució d'aliments donant lloc a complicacions sobrevingudes que acaben determinant la mort d'aquests malalts en un període de temps que no sol superar els 5 anys després de l'aparició dels primers símptomes. En la major part de casos, les funcions sensorials i cognitives no estan afectades; no obstant hi ha casos associats a demència fromtotemporal. Malgrat que hi ha algunes formes juvenils, es tracta d'una malaltia pròpia d'adults. La incidència aproximada és d'1 a 2 casos per cada 100.000 habitants. En el 90% de casos la malaltia és esporàdica, és a dir, apareix per causes desconegudes i no relacionades amb alteracions genètiques conegudes. En el 10 % restant la malaltia té un caràcter familiar i és deguda a mutacions en diversos gens entre els quals destaquen el que codifica per la superòxid dismutasa 1 (SOD1), la proteïna TDP 43 o FUS, així com el gen C9orf72 entre altres que s'estan descobrint actualment.

No hi ha cap tractament capaç d'aturar el decurs fatal de la malaltia. Només es poden prendre mesures per tal de prevenir o tractar les complicacions sobrevingudes i procurar d'atendre al pacient i el seu entorn per tal d'afrontar la malaltia de la forma més digna possible. També les mesures de fisioteràpia i l'ajuda tecnològica milloren la capacitació i confortabilitat dels malalts. En aquesta línia, a l'igual que el tractament neurorehabilitador, trobar i modificar factors ambientals que influeixen en l'evolució d'aquesta malaltia, així com conèixer més a fons la seva etiologia, ens permetria orientar els recursos investigadors, mèdics, clínics i socials

pel Dr. Josep Enric Esquerda i Colell
IRBLLEIDA

Lateral Amiotròfica



cap a objectius bàsics, com perllongar la capacitat funcional i promoure la seva independència, amb la finalitat d'oferir a aquestes persones la major qualitat assistencial i de vida possible.

Els mecanismes fisiopatològics que donen lloc a la malaltia són desconeguts i és necessari conèixer més a fons el sistema neuromuscular en els nivells cel·lular i molecular per poder entendre la naturalesa íntima de l'ELA i trobar un tractament eficaç. El gruix de la recerca científica en l'ELA s'ha desenvolupat en els darrers 20 anys amb la disponibilitat, per primera vegada, d'animals transgènics que desenvolupen la malaltia. En aquests animals, principalment ratolins, s'ha inserit un gen humà, per exemple SOD1, amb la mutació causant de la malaltia en la seva forma familiar. Tenim doncs un model animal d'ELA que permet estudiar els processos inherents a la malaltia amb un detall que seria impossible fer amb mostres humanes post mortem. Amb aquest coneixement es poden dissenyar estratègies de teràpia que es poden experimentar de forma preclínica en aquests animals.

Al Departament de Medicina Experimental de la Universitat de Lleida i l'IRBLleida es disposen de diverses línies de ratolins models d'ELA amb els què es treballa en distintes línies de recerca en el Grup de Patologia Neuromuscular Experimental i en el Grup de Fisiopatologia Metabòlica. Per exemple, en el cas del primer s'estan desenvolupant procediments d'immunoteràpia per neutralitzar l'activitat neurotòxica i pro inflamatòria de la SOD1. S'han obtingut anticossos anti-SOD1 específics de conformació que, a més de la seva utilitat com a eines d'investi-

L'IRB LLEIDA ES VA SUMAR A L'ICE BUCKET CHALLENGE (REPTE DEL CUB DE GEL). foto IRBLLEIDA

gació en el laboratori, podrien també tenir la seva aplicació diagnòstica com a biomarcadors de la malaltia. També s'ha posat de manifest l'existència de nous sistemes de senyalització sinàptica per neuregulina1, específics de motoneurones que podrien estar implicats en l'ELA.

El Grup de Fisiopatologia Metabòlica ha descrit que alguns marcadors d'estrès oxidatiu, un dels factors associats a la fisiopatologia de l'ELA, a través de la seva acumulació en proteïnes podria associar-se amb els agregats intracel·lulars i extracel·lulars característics d'aquesta malaltia, així com la influència de la dieta en la supervivència de les neurones afectades en la malaltia. Actualment, el propòsit de la investigació en ELA en aquests grups de recerca és donar una perspectiva àmplia sobre l'etiopatogènia de l'ELA i el seu pronòstic des de diferents estudis bàsics i clínics que, amb el temps, podrien contribuir a implementar la medicina personalitzada en les unitats clíniques d'ELA.

PUBLICACIONS

Els resultats obtinguts en els diferents estudis dels nostres grups han estat objecte de publicacions com les que se citen a continuació:

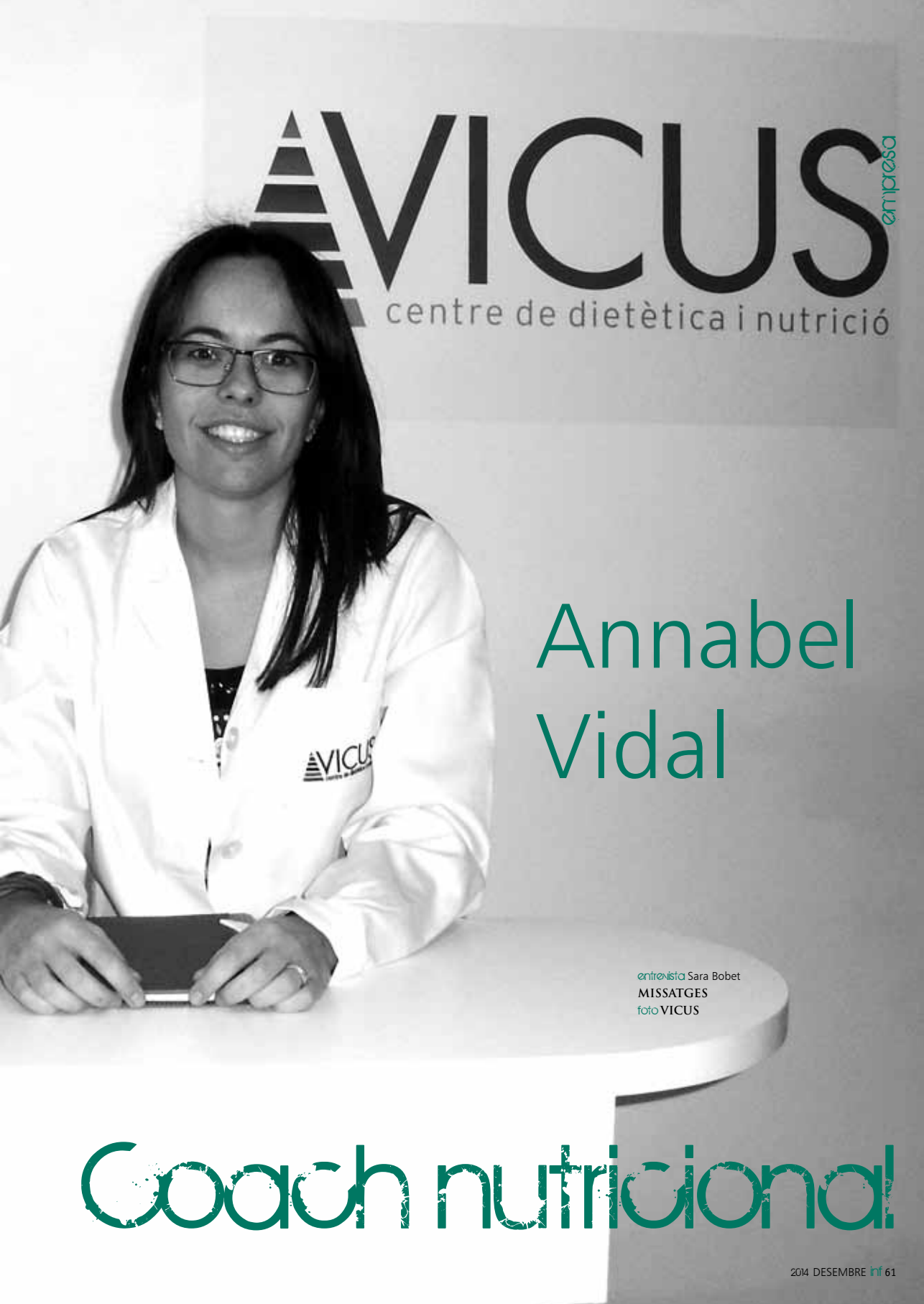
• Publicacions grup de Patologia Neuromuscular Experimental

- Sábado J, Casanovas A, Tarabal O, Hereu M, Piedrafita L, Calderó J, Esquerda JE. (2014). Accumulation of misfolded SOD1 in dorsal root ganglion degenerating proprioceptive sensory neurons of transgenic mice with amyotrophic lateral sclerosis. Biomed Res Int. 852163. doi: 10.1155/2014/852163.
- Gallart-Palau X, Tarabal O, Casanovas A, Sábado J, Correa FJ, Hereu M, Piedrafita L, Calderó J, Esquerda JE. (2014) Neuregulin-1 is concentrated in the postsynaptic subsurface cistern of C-bouton inputs to α-motoneurons and altered during motoneuron diseases. FASEB J. 8:3618-3632.
- Sábado J, Casanovas A, Hernández S, Piedrafita L, Hereu M, Esquerda JE. (2013) Immunodetection of disease-associated conformers of mutant cu/zn superoxide dismutase 1 selectively expressed in degenerating neurons in amyotrophic lateral sclerosis. J Neuropathol Exp Neurol 72:646-661.

• Publicacions Grup de Fisiopatologia Metabòlica

- Cacabelos D, Ayala V, Ramírez-Nunez O, Granado-Serrano AB, Boada J, Serrano JC, Cabré R, Nadal-Rey G, Bellmunt MJ, Ferrer I, Pamplona R, Portero-Otin M. Dietary Lipid Unsaturation Influences Survival and Oxidative Modifications of an Amyotrophic Lateral Sclerosis Model in a Gender-Specific Manner. Neuromolecular Med. Jul 1. [Epub ahead of print] (2014).
- Ayala V, Granado-Serrano AB, Cacabelos D, Naudí A, Ilieva EV, Boada J, Caraballo-Miralles V, Lladó J, Ferrer I, Pamplona R, Portero-Otin M. (2011) Cell stress induces TDP-43 pathological changes associated with ERK1/2 dysfunction: implications in ALS. Acta Neuropathol. 122:259-270.
- Ilieva EV, Ayala V, Jové M, Dalfó E, Cacabelos D, Povedano M, Bellmunt MJ, Ferrer I, Pamplona R, Portero-Otín M. (2007) Oxidative and endoplasmic reticulum stress interplay in sporadic amyotrophic lateral sclerosis. Brain 130:3111-3123.[]

VICUS
centre de dietètica i nutrició



Annabel Vidal

entrevista Sara Bobet
MISSATGES
foto VICUS

Coach nutricional

DE BEN PETITA L'ANNABEL VIDAL jugava a curar les seves nines. Els embenava cames i braços, les cuidava amb tendresa i feia, en definitiva, d'infermera. Aquells jocs d'infantesa es van convertir en la seva professió, ja que amb el pas dels anys, mai va perdre aquella vocació precoç de guarir els altres.

Mentre estudiava infermeria a la Fundació Universitària del Bages va fer pràctiques en un CAP manresà. Va ser llavors quan va tenir clar que l'Atenció Primària era allò que més li agradava perquè implicava un contacte diari i directe amb el pacient. Un seguiment, un tracte proper, un coneixement de la persona i el seu entorn familiar que "ajuda sovint a entendre moltes coses", diu Vidal. I és que escoltar la gent ha estat una altra de les vocacions que la van dur a llicenciar-se en Psicologia per la Universitat Rovira i Virgili i a treballar com a psicòloga en una residència d'avis de Les Borges Blanques, entre altres llocs. Dues vocacions, escoltar i curar els altres, que l'Annabel Vidal ha sabut combinar durant la seva trajectòria professional i que han culminat en l'obertura, fa tot just un any, del Centre Vicus a Les Borges Blanques; un espai que ofereix un servei nou i diferent per solucionar problemes de sobrepès i obesitat i que centra la seva acció en la correcta alimentació.
Tretze anys de professió infermera repartits entre la Clínica Bellavista de Lleida, el CAP de Les Borges Blanques i el CAP de Mollerussa i una dilatada experiència com a psicòloga avalen el projecte d'aquesta arbequina de 34 anys endegat juntament amb la seva germana Maria del Mar, diplomada en Nutrició Humana i Dietètica per la Universitat de Vic.

entrevista

Perquè una infermera decideix estudiar psicologia? El món de la psicologia i la salut mental m'ha interessat sempre. M'agrada escoltar la gent, estar al seu costat i aprendre d'allò que expliquen. Per això, en acabar la diplomatura d'infermeria vaig iniciar la llicenciatura de psicologia, alhora que entrava en el

Atenem un gran segment de població, des d'infants de 3 anys a persones gairebé nonagenàries que, curiosament, també es volen cuidar"

món laboral. Amb el temps he trobat la manera d'aplicar ambdues formacions en la pràctica clínica centrant-me en el món de la nutrició. En aquest sentit, en la meva feina diària veia pacients que, per exemple, volien perdre pes i sovint s'acabaven desanimant si no aconseguien els resultats desitjats. Aquesta frustració els portava a abandonar la dieta i a sentir-se malament. Llavors vaig adonar-me que podia treure partit dels estudis de psicologia i vaig començar a especialitzar-me en cursos i postgraus sobre el tractament psicològic de l'obesitat, l'ansietat o l'estrès, entre altres.

I d'aquí, a la creació del Centre Vicus. Explica'ns com va ser la seva gestació. El Centre Vicus neix de l'esforç i l'energia de voler endegar un projecte en comú amb la meva germana que és diplomada en nutrició humana i dietètica. En un moment laboral difícil per ella vaig animar-la a iniciar aquest projecte i així, ara fa un any, el 14 de desembre de 2013 Centre Vicus obria les seves portes. Cal dir que obrir un negoci és com una cursa d'obstacles. Hi ha força dificultats i, sobretot, la burocràcia retarda força el procés. A més, el tema econòmic és determinant.

"Cal dir que obrir un negoci és com una cursa d'obstacles... malgrat els entrebancs, cal no rendir-se i seguir endavant"

S'ha d'elaborar un pla d'empresa i un de viabilitat per conèixer les despeses i les possibilitats d'èxit o fracàs dins el mercat en què desenvoluparàs l'activitat. Malgrat els entrebancs, cal no rendir-se i seguir endavant. Crec que la meva manera de ser m'ha ajudat molt perquè sóc una persona activa i no permeto que la por em freni tot i que, òbviament, toco sempre de peus a terra i em marco objectius ambiciosos però, alhora, realitzables.

Vicus vol dir... Vicus prové dels nostres dos cognoms (VIdal-CUponS). És un nom curt i senzill que parla de nosaltres.

Què ofereix el centre? Bàsicament oferim un servei nou i diferent en el tema de l'alimentació. Al Centre Vicus eduquem en hàbits saludables, elaborem plans nutricionals personalitzats i individualitzats i consensuem objectius amb el client. Precisament, perquè aquests objectius siguin més fàcils d'aconseguir, s'ofereix el suport del coaching nutricional. Al centre treballem de forma multidisciplinària.

"Amb el coaching nutricional s'aprenen estratègies per a poder millorar el control sobre l'alimentació, augmentar la motivació, tractar l'ansietat i les ganes de picar"

La primera visita va a càrrec de la dietista-nutricionista que recull una extensa anamnesi del client (gustos i preferències alimentàries, hàbits, antecedents familiars i personals...) i fa un estudi on es recullen les dades antropomètriques del client (pes, talla, IMC, composició corporal... i edat fisiològica). A partir de totes aquestes dades recollides s'elabora un pla nutricional que, a la segona visita, es dóna i comenta amb el client. A partir de la tercera visita comencen les sessions amb la coach nutricional i es combinen amb les de la dietista-nutricionista.

Centre Vicus està pensat només per a persones amb sobrepès? No. La veritat és que qualsevol persona pot estar interessada en els nostres serveis. Des de persones amb sobrepès, a persones amb obesitat o que pateixin patologies com diabetis, hipertensió, colesterol, celiaquia... També tractem dones embarassades, alimentació infantil, menopausa, envelliment, esportistes, etc. En cap cas està pensat només per a gent que vulgui perdre pes. Tenim clients que volen augmentar-lo o senzillament mantenir-lo. Qualsevol persona a qui li preocupi la seva salut, que vulgui aprendre a menjar de forma saludable i mantenir aquests hàbits alimentaris. Atenem un gran segment de població, des d'infants de 3 anys a persones gairebé nonagenàries que, curiosament, també es volen cuidar.

Què és un coach nutricional? És aquell professional que ajuda a aconseguir un objectiu proposat motivant, ajudant a dibuixar el pla d'acció, eliminant creences que et limiten i recolzant-te en tot moment. El coach nutricional t'ajuda a prendre consciència del teu cos i dels aliments que necessites. Durant el procés del coaching s'aprofundeix en conèixer les fortaleses de la persona i en reconèixer i tractar els obstacles que vagin sorgint, aprenent i descobrint les capacitats potencials que tots tenim. Amb el coaching nutricional s'aprenen estratègies per a poder millorar el control sobre l'alimentació,

“Poder obrir el Centre Vicus m’ha proporcionat autoestima, confiança i satisfacció per haver aconseguit materialitzar un projecte que semblava un somni irrealitzable”

TRETZE ANYS DE PROFESSIÓ INFERMERA I UNA DILATADA EXPERIÈNCIA COM A PSICÒLOGA AVALEN EL PROJECTE D’AQUESTA ARBEQUINA DE 34 ANYS, ENDEGAT JUNTAMENT AMB LA SEVA GERMANA MARIA DEL MAR, DIPLOMADA EN NUTRICIÓ HUMANA I DIETÈTICA PER LA UNIVERSITAT DE VIC.

augmentar la motivació, tractar l’ansietat i les ganes de picar. Treballem en com superar les possibles recaigudes i en com actuar davant les ganes desmesurades per menjar dolços. En definitiva, ens centrem en el control de les emocions per evitar que dominin la nostra alimentació.

Quins factors determinen el pes ideal? No ens agrada parlar de pes ideal sinó de pes saludable i, de fet, parlem d’estil de vida saludable on hagi cabuda per l’activitat física adaptada a cada persona i una alimentació equilibrada. Cal tenir en compte que el sedentarisme i l’alimentació desequilibrada són factors determinants que provoquen obesitat i altres malalties cròniques com hipertensió, diabetis, malalties cardiovasculars, càncers...

Som conscients de la importància d’una bona alimentació? En general, cada cop som més conscients de la importància d’alimentar-nos de forma equilibrada. Hi ha però, uns “enemics” molt influents que juguen en contra de la nostra consciència. Em refereixo, principalment, a la publicitat enganyosa de molts productes que es venen com a “fabulosos” i en

MARIA DEL MAR VIDAL, DIPLOMADA EN NUTRICIÓ HUMANA I DIETÈTICA I SÒCIA DE VICUS.

realitat no ho són. La mainada és la primera consumidora d'aquesta publicitat (galetes que et donen poders, pastissets molt energètics (t'aporten energia sí, i tant, i sucres i greixos també!). Per altra banda, l'estrès i el ritme de vida accelerat és un altre factor que ens pot portar a consumir menjars preparats (un dia no passa res, el problema arriba si els consumim de manera habitual). La bona alimentació passa sempre per una bona organització i planificació que ens permetrà combinar perfectament el ritme de vida actual amb una alimentació saludable i equilibrada.

Aliments precuinats, sí o no? Està clar que els aliments precuinats són una bona alternativa per quan no tenim temps d'elaborar un àpat més saludable. Haurien de ser però això, una alternativa. Com en tot, el problema està en l'abús. No hi ha aliments bons i dolents, tot depèn del consum que en facis. Per exemple, no és saludable menjar cada dia patates fregides però, un cop a la setmana menjar un bistec amb patates fregides és fantàstic!

"No hi ha aliments bons i dolents, tot depèn del consum que en facis"

Com t'ha ajudat la teva formació com a infermera en aquest projecte? M'ha ajudat moltíssim. L'experiència laboral de tots aquests anys m'ha ensenyat moltes coses. La formació m'ha donat una base magnífica i, després, la pràctica m'ha corroborat que la predisposició a emmalaltir és major com més factors de risc es tinguin. Tot plegat m'ha aportat arguments sòlids per explicar als pacients les conseqüències de patir sobrepès, obesitat o, senzillament, de no mantenir una vida saludable. Per altra banda, poder obrir el Centre Vicus m'ha proporcionat autoestima, confiança i satisfacció per haver aconseguit materialitzar un projecte que semblava un somni irrealitzable. És per això que voldria animar a totes les infermeres que tinguin ganes de tirar endavant un projecte que no els freni ni la por ni la crisi. He pogut comprovar que no hi ha res més segur que confiar en un mateix. []

la prevenció, el millor tractament contra la incontinència urinària

per ANNA QUINTANILLA Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida

LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA és una de les patologies més comunes que afecta persones de qualsevol edat i sexe, tot i que la freqüència en la població femenina és més alta. Així, dels 6,5 milions d'espanyols que la pateixen, més de 5 són dones. Tot i aquestes dades, segons l'Observatori Nacional de la Incontinència (ONI), un de cada tres afectats per incontinència urinària no ha consultat mai el seu problema a un professional; un problema que repercuteix no només en la salut del malalt sinó que també afecta la seva qualitat de vida. Per tant, davant una disfunció perineal, com per exemple una pèrdua d'orina; cal anar a un professional tan aviat com sigui possible.

En aquest sentit, les infermeres han realitzat des de fa molt de temps tasques relacionades amb la incontinència urinària o fecal, les disfuncions sexuals, l'educació sanitària, la prevenció i el seu tractament. Un treball que, des del passat mes d'abril, està reconegut pel Consejo General de Enfermería gràcies a un document, elaborat conjuntament per l'infermer malagueny Francisco José Milla i la infermera lleidatana Anna Quintanilla, presidenta de la AEEU (Asociación Española de Enfermería en Urología). El manual, refrendat per la Junta Directiva en ple de l'AEEU, defineix les competències infermeres en la incontinència d'orina i disfuncions del sòl pèlvic i conté, no només les pautes per la pràctica clínica, sinó que també fa referència a les conseqüències psíquiques, socials i familiars que produeix aquesta malaltia.

La professió infermera té, per tant, experiència i formació en aquest camp (ara oficialment reconeguda) tot i que la situació ideal és sempre treballar de forma multidisciplinària en col·laboració amb altres professionals com uròlegs, ginecòlegs, fisioterapeutes, psicòlegs i llevadores. Un treball d'equip que té en la prevenció

la seva pedra angular. Cal, doncs, que el símptoma no arribi a desenvolupar-se i acabi convertint-se en malaltia. Tenir hàbits saludables i cuidar el nostre cos ens ajudarà, sens dubte, a prevenir-ho.

LA BARRERA DELS 50

Avui en dia, amb l'augment de l'esperança de vida, hem de cuidar bé el cos per poder viure aquests anys guanyats amb qualitat de vida. La longevitat té, per tant, un preu. No fa pas massa temps la "maduresa" en la dona significava un abans i un després. La menopausa sobre els 55 anys marcava el pas a una vida, sovint precària, on l'únic que quedava era envellir. Afortunadament, avui podem dir que gairebé encara ens queden 50 anys més per endavant i hem d'aconseguir una vida amb la mateixa qualitat, autonomia i activitat un cop superat el climateri. Trobar-se bé física i psicològicament, però, s'ha de treballar. Cal aprendre a cuidar el cos i, en aquest cas concret, la part del sol pèlvic i cal fer-ho tant abans de "les hormones" com després. Per seguir endavant amb una saviesa i bellesa superior, en el sentit d'expertesa emocional, tranquil·litat, saber estar i amb el pas del temps, arribar a sentir-se cada vegada més a gust amb nosaltres mateixes.

La longevitat té un preu i en el cas de la incontinència urinària, afecta tant les dones com els homes

En l'home els canvis fisiològics no són tan rellevants però també ha d'aprendre a cuidar-se per mantenir-se autònom tots els anys que la seva salut li permeti. A partir d'arribar a una edat mitjana, l'home haurà de vigilar la hipertròfia prostàtica o possibles malalties derivades. No pot deixar de gaudir de les seves activitats diàries, de família, de parella o de lleure per "sentir-se moll". En aquest sentit hi ha centres de salut, com la Clínica de Ponent a través del seu Servei de Reeducació, que tenen com a objectiu la cura del perineu, en masculí o en femení i en les diferents etapes vitals, des d'un vessant multidisciplinari on totes les professions sanitàries implicades aporten el seu gra de sorra en l'atenció al sòl pèlvic, intentant que el pacient no pateixi duplicitat de proves, visites o intervencions necessàries.

RISCOS DE SER INCONTINENTS

Hi ha una sèrie de factors que poden influir, en major o menor mesura, a que siguem incontinents. Analitzem-ne alguns d'ells:

• **La bipedestació**

Cal recordar que, per evolució, en ficar-nos de peu la musculatura perineal està exercint tot el dia una tensió en contra de la força de la gravetat. Què passa a mesura que van passant els anys, no es cansa mai aquest múscul?

• **Els parts**

La pelvis femenina s'ha anat adaptant a parir bebès amb un perímetre cranial cada vegada més gran. Però la pelvis sap quina posició haurà d'adoptar en les sales de part actuals? Si la posició de litotomia no és la millor opció, perquè continuem fent les coses per rutina? Algú ha intentat una simple micció o defecar en contra de la força de la gravetat?

En relació a l'episiotomia lateral o central, és realment necessari fer-la sempre? Cal dir també que el retard de l'edat de la maternitat és un canvi social que comporta una necessitat creixent d'informació i formació. En aquest sentit s'ha de destacar que l'educació maternal en mans de professionals, com les llevadores, és imprescindible perquè la futura mare pugui atendre correctament el seu embaràs i escollir la seva atenció en el part. Per tant, per poder decidir correctament com han de néixer els nostres fills, cal tenir en compte elements com l'exercici, el repòs, l'anatomia, els canvis perineals, el tipus d'espoderaments, la hipopressió, la posició de la pelvis, les opcions d'analgèsia i l'atenció postpart en el sòl pèlvic.

Als factors de risc obstètrics hem d'afegir altres novetats de la vida quotidiana moderna:

- *Esforços en el treball* o en el manteniment d'una errònia estàtica vertebral en la llarga jornada laboral.
- *Mals hàbits nutricionals* (dieta baixa en fibra, greixos, menjar ràpid, sobrepès, distensió abdominal...).
- *Mals hàbits higiènics* (dificultats horàries per accedir al urinari, les presses que poden comportar un incomplet buidament vesical, l'escassa ingesta d'aigua, l'estrenyiment, les infeccions del tracte urinari...).
- *Malalties respiratòries cròniques.*
- *Esport sense formació.*
- *Longevitat.* En aquest sentit, la dona actual viu els mateixos anys abans i després de l'època reproductiva. Per mantenir-se sana i a gust s'obren molts interrogants: Calors? Teràpia hormonal substitutiva? Atrofies, irritacions ... Tractament d'hormonoteràpia local? Laxitud prolapses... Si existeix patologia que requereixi intervenció quirúrgica, podem escollir? Histerectomia abdominal total, subtotal, vaginal, laparoscòpica o tractament conservador amb informació sobre els pesaris.

El retard de l'edat de la maternitat és un canvi social que comporta una necessitat creixent d'informació i formació

Pel que fa als homes, la disfunció més freqüent la trobem en la postprostatectomia, és a dir, la pèrdua d'orina que pot aparèixer després de cirurgia prostàtica i que persisteix (1). En l'extirpació de l'adenoma prostàtic es produeix la destrucció del mecanisme esfinterià proximal i de part del distal. La continència es mantindrà gràcies a les fibres musculars distals entre l'àpex prostàtic i el diafragma urogenital (2). Sigui quin sigui el tipus d'intervenció, en cas de lesió, es veurien afectades les fibres llises o estriades intrínseques, però no el múscul estriat periuretral: fibres diana del tractament conservador que utilitzarem i reforçarem en la reeducació perineal de la incontinència urinària postprostatectomia.

DEFINICIÓ D'INCONTINÈNCIA URINÀRIA

La incontinència urinària era definida originalment per la ICS (International Continence Society) com la pèrdua involuntària d'orina que origina un problema higiènic o social. Aquesta definició barrejava dos conceptes: el símptoma i la repercussió sobre la qualitat de vida del pacient, per això es va canviar la definició d'incontinència com la sensació de pèrdua involuntària d'orina que produeix una molèstia (3).

Classificació clínica de la incontinència urinària

Segons els símptomes associats es distingeixen els següents tipus d'incontinència:

- **Incontinència d'esforç.** Pèrdues d'orina associades a l'exercici, a la tos o a l'esternut.
- **Urgència-incontinència.** Pèrdua d'orina associada a la sensació d'urgència miccional.
- **Incontinència mixta.** Pèrdues associades a la sensació d'urgència miccional i a l'exercici, tos, esforç etc.
- **Degoteig postmiccional.** Pèrdua involuntària d'orina en acabar la micció.
- **L'enuresi.** Pèrdua involuntària en la son. Hi ha dos tipus:

- *Nocturna monosintomàtica,* quan únicament existeix la pèrdua durant la son.
- *Amb símptomes diürns* si, a més de la de nit, s'associa algun símptoma diürn de la fase d'ompliment.

CONTINÈNCIA

La continència urinària s'aconsegueix per una simple relació de pressions: mantenir superior la pressió uretral a la vesical en la fase d'ompliment. No deuen existir contraccions fàsiques vesicals i que la pressió uretral de repòs sigui sempre superior a la vesical (pressió uretral de tancament positiva). Què passa si ja ets continent? Recordem la síndrome de bufeta hiperactiva. És l'associació de símptomes d'urgència i augment de la freqüència de micció amb incontinència d'urgència o sense (sempre en absència de patologia local). És una contractilitat augmentada del múscul detrussor. És a dir, encara que el tancament de la uretra es mantingui amb una pressió positiva i superi la de les contraccions vesicals augmentades –per tant sense mullar-se– la *International Continence Society* considera que afectarà tant o igualment de forma important a la qualitat de vida de les persones que la pateixen (3). El tancament de la uretra es manté per la correcta actuació d'uns elements que tenen comportaments passius que poden ser modificats per cirurgia i altres actius que poden modificar-se amb tractament conservador: farmacològic, reeducació d'hàbits i fisioteràpia.

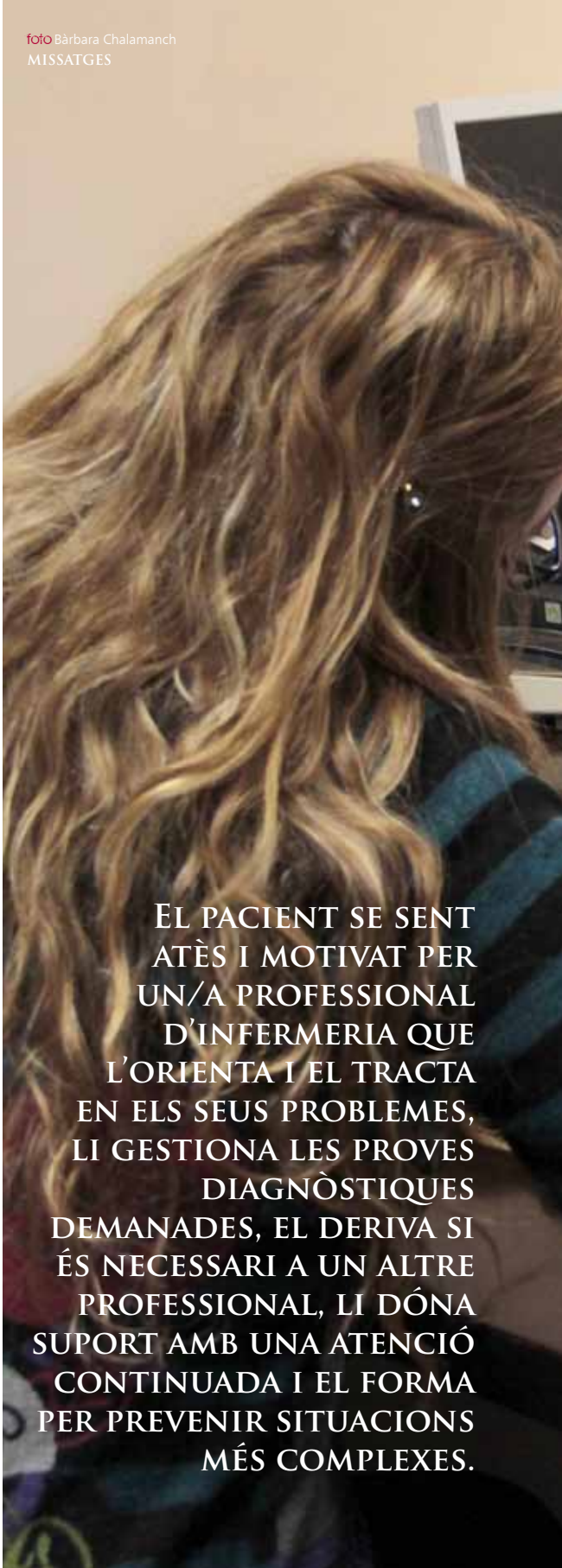
REEDUCACIÓ DEL SÒL PÈLVIC

Reeducació (4) és un terme molt ampli que engloba conceptes com informació, formació, prevenció, educació, rehabilitació i atenció continuada, entre d'altres. En aquesta reeducació un dels aspectes és el tractament conservador en què la fisioteràpia és una eina més de tot el programa formatiu. A la consulta d'infermeria dins l'equip professional de reeducació del sòl pèlvic tenim l'objectiu de:

- Donar orientació terapèutica, suport i assistència continuada.
- Prevenir i/o tractar les diferents patologies del sòl pèlvic.
- Promocionar nous hàbits per millorar la qualitat de vida de la població.
- Afavorir la millora global del sistema sanitari mitjançant la cooperació amb altres organitzacions.

S'estableixen estandarditzacions dels processos, diagnòstics amb nomenclatura NANDA, intervencions NIC i valoracions de resultats NOC

foto Bàrbara Chalamanch
MISSATGES



El pacient se sent atès i motivat per un/a professional d'infermeria que l'orienta i el tracta en els seus problemes, li gestiona les proves diagnòstiques demanades, el deriva si és necessari a un altre professional, li dóna suport amb una atenció continuada i el forma per prevenir situacions més complexes.

o avaluacions segons l'estructura infermera i els protocols adaptats de l'hospital.

El pacient se sent atès i motivat per un/a professional d'infermeria que l'orienta i el tracta en els seus problemes, li gestiona les proves diagnòstiques demanades, el deriva si és necessari a un altre professional de l'equip per la seva valoració i/o tractament, li dóna suport amb una atenció continuada i el forma per prevenir situacions més complexes. Finalment, informa dels resultats a l'especialista mèdic de referència.

L'atenció al sòl pèlvic és una de les competències infermeres que no hem de deixar-nos perdre. Potenciar les nostres accions i treballar per aportar el nostre granet de sorra, en la col·laboració interdisciplinària, és l'única via vàlida per aconseguir l'excel·lència en la qualitat d'atenció en vers la societat.[]

BIBLIOGRAFIA

(1) Pena Outeiriño J.M., Rodríguez Pérez A.J., Villodres Duarte A., Mármol Navarro S., Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2014 Sep 17] ; 31(7): 719-731. Disponible a: *http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000700004&lng=es i en http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062007000700004.*

(2) "World Federation of Incontinent Patients - European Guidelines on Urinary Incontinence". Wfip.org. Retrieved 2014-04-21.

(3) Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, Cottenden A, Davila W, de Ridder D, Dmochowski R, Drake M, Dubeau C, Fry C, Hanno P, Smith JH, Herschorn S, Hosker G, Kelleher C, Koelbl H, Khoury S, Madoff R, Milsom I, Moore K, Newman D, Nitti V, Norton C, Nygaard I, Payne C, Smith A, Staskin D, Tekgul S, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wein A, Wyndaele JJ; Members of Committees; Fourth International Consultation on Incontinence. PMID:20025020 [PubMed - indexed for MEDLINE] Neurourol Urodyn. 2010;29(1):213-40. doi: 10.1002/nau. 20870.

(4) USA. "Emerging Therapies for Incontinence". Ncbi.nlm.nih.gov. Retrieved 2014-04-21

Judith Roca

TESIS

El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería

"Me apasiona mi trabajo, volvería a estudiar enfermería"

text Sara Bobet / Judith Roca
foto Bàrbara Chalamanch
MISSATGES

BREVE RESEÑA DE LA TESIS

Título: El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería

Presentada en 2013. Directora de tesis: Dra. Pilar Pineda Herrero (UAB)

EN UN MARCO en el que el cuidado enfermero evoluciona para dar respuesta a los requerimientos, cada vez mayores, de la profesión; asociado al hecho de la implementación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES); comportan elementos de un escenario privilegiado e intenso de adecuación de la formación enfermera.

Esto se asume al menos en dos vertientes de naturaleza distinta. Por una parte la dimensión personal-profesional de la enfermera cuyo perfil debe ser capaz de ajustarse a las necesidades de los nuevos requerimientos de forma activa y permanente; y por otro lado, la dimensión de la formación que debe dar las respuestas ajustadas a la formación de este perfil, a través de la planificación, implementación y evaluación de la formación de una forma coherente con los nuevos modelos que rigen la educación.

En este contexto tiene cabida la presente tesis doctoral, cuya finalidad principal es valorar el desarrollo de la competencia del Pensamiento Crítico a partir de la implementación de diferentes estrategias metodológicas de enseñanza y aprendizaje durante el Grado en Enfermería

Las competencias genéricas adquieren protagonismo en el EEES y, entre ellas, el Pensamiento Crítico adquiere gran visibilidad como potenciador de la autonomía y el aprendizaje a lo largo de toda la vida, así como el desarrollo del hábito de reflexión sobre la práctica diaria, igualmente vemos su especial vinculación con el pensamiento enfermero, no sólo por las características antes mencionadas sino desde una perspectiva quizás más técnica, al mejorar la toma de decisiones enfermeras, la resolución de problemas prácticos derivados de la rutina profesional y la reflexión activa sobre el cuidar.

Dentro del proceso de formación, destacamos muy especialmente las estrategias docentes implementadas en el aula que, partiendo de un modelo constructivista de la educación, fomentan las buenas prácticas docentes en las que el estudiante no sólo tiene un papel mucho más activo sobre su propio proceso sino que, yendo más allá, se convierte en el protagonista responsable de su aprendizaje.

Para desarrollar estas ideas, en la tesis hemos desarrollado un modelo metodológico mixto o híbrido de investigación, al tratar de comprender, capturar y acercarse a la realidad desde una perspectiva multimétodo, combinando técnicas de recogida de información y planteamientos metodológicos cualitativos y cuantitativos.

De este modo, se han seleccionado cuatro grupos naturales de nombre aproximado a 30 vinculados a la asignatura Enfermería Clínica del 2º curso del Grado de Enfermería. En cada uno de los grupos se ha desarrollado una de las cuatro metodologías docentes propuestas: el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), estudio de casos, metodología combinada (lección magistral, lectura y análisis de artículos más mapas conceptuales) y metodología tradicional. En cada uno de los grupos se han tomado medidas iniciales y finales del desarro-

llo del Pensamiento Crítico. Acompañando estas mediciones también se hizo el seguimiento del proceso a lo largo del semestre, utilizando para ello distintos procedimientos. Obteniendo resultados muy interesantes que decantan claramente el uso de métodos activos y novedosos que potencian el trabajo reflexivo y continuo de los estudiantes que les permiten "hacer suyo" el conocimiento, descubriéndolo y construyéndolo de manera colaborativa. []

JUDITH ROCA I LLOBET. Dedicada des de fa més de vint anys a la formació d'infermeres, la Judith Roca porta la professió als gens. I és que la seva tia paterna, llevadora a Santa Madrona (Barcelona), li va transmetre l'estima per una feina en què ella ha sabut combinar la pràctica clínica amb la docència. Per això va deixar la seva vila natal (Artesa de Segre) per Diplomar-se en Infermeria a l'Escola Universitària de Santa Madrona de la Universitat de Barcelona (UB) i, tot seguit, va començar a treballar en diferents unitats mèdiques i quirúrgiques a l'Hospital General de Catalunya. Aquests primers anys de contacte amb el món laboral van incloure serveis especials a l'UCI i UCIES i també el desenvolupament d'un càrrec de gestió (supervisora general de tarda) que la va fer participar en el procés d'acreditació de la Joint Comission. Uns anys intensos que van conduir-la al primer contacte amb la docència gràcies a fer de tutora d'estades clíniques; un fet que va despertar-li l'interès per transmetre els seus coneixements als joves estudiants que volen formar-se en aquesta professió.

Així, l'any 1994 va iniciar la col·laboració amb el que avui dia és la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull (URL). Han estat vint anys com a professora del Grau d'Infermeria en aquesta universitat, on també va fer de coordinadora del postgrau en medicina i especialitats, i dels que té un gran record, ja que va arribar-hi al segon any de la seva creació. Un període d'aprenentatge i creació intens, d'encerts i desencerts però, principalment, una època plena de motivació i il·lusió.

Ara, des de fa una mica més d'un any, la Judith Roca és professora de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida (UdL) on se sent "com a casa" i només té paraules d'agraïment per l'acollida tant de companys com del Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Lleida. Si una cosa destaca de la Judith Roca és el seu nivell d'exigència, ja que considera la docència com una tasca molt rellevant quant a la transcendència en els altres d'aquesta professió. "Les infermeres cuidaran i tractaran altres persones i, per tant, és una tasca que requereix un alt grau de responsabilitat. No es pot prendre a la lleugera", diu Roca. Una exigència que queda compensada amb el seu nivell de compromís i la seva actitud propera als estudiants que, confessa, sempre li han donat mostres d'agraïment i l'han animat a seguir amb la tasca docent dins la infermeria. "Sóc la professional que sóc gràcies als meus alumnes. La docència m'ha aportat la combinació perfecta" i és que Roca ha mantingut durant tots els anys de vida professional la seva vocació i estima per la infermeria, tant en el camp assistencial com en el docent.

Millorar, innovar i l'interès per la docència han dut la Judith Roca a formar-se en el camp pedagògic realitzant un màster d'especialització en gestió i metodologia de la qualitat assistencial a la Fundació Avedis Donabedian (UAB) i un màster en investigació en Educació, també a la UAB. L'any 2013 es va doctorar en pedagogia per la mateixa universitat. La seva formació la completen una llicenciatura en Geografia i Història amb especialitat en Antropologia Cultural per la UB i un diploma de postgrau en Salut Comunitària per l'Escola Universitària Creu Roja de la UAB.

Molts anys d'experiència en una professió que l'apassiona i que, sens dubte, tornaria a escollir si tornés enrere. Tot i aquesta intensitat per la infermeria, la Judith Roca té temps per l'altre gran motor de la seva vida: el seu marit i els seus tres fills (Bernat, Josep i Maria). Tot maridat amb les seves aficions: caminar, llegir i cantar a l'Escola Municipal de Música d'Artesa de Segre. Uns passatemps que practica per esplai però amb una gran afició, com tot allò que fa en la seva vida.

UdL (22 ECTS)

postgrau universitari (11a edició)

Expert Universitari en Atenció Integral a la persona amb **ferides cròniques**

Les úlceres i ferides en general són un tipus de lesió amb les què es troben molts pacients, sobretot d'edat avançada.

Aquest curs proporciona a l'alumne les claus per recrear les condicions fisiològiques més adequades de manera que l'organisme sigui capaç de reposar les perdudes en el menor temps possible, amb les menors seqüeles possibles i intentant que sigui amb el menor cost possible, tant des del punt de vista econòmic, com de l'organisme pròpiament.

El nostre treball doncs consistirà a oferir als interessats la forma d'actuar més adequada d'acord als recursos dels què disposa, però sempre afavorint i respectant la seqüència natural del procés de cicatrització, per al qual és imprescindible conèixe'l al detall.

Adreçat a tots els professionals del món sanitari, ja sigui de l'àmbit hospitalari, residencial o d'atenció al domicili.

CONTINGUTS ESPECÍFICS ACADÈMICS

- Curs 2014-2015
- Preinscripció: Fins al 19 de desembre de 2014
- Crèdits: 22 ECTS
- Modalitat formativa:
- Semipresencial (presencial* en un 30% i 70% de treball en grup fora de l'horari presencial).
*La presencialitat només es portarà a terme els dilluns, del 12 de gener al 22 de juny de 2015, de 9 a 14 hores.

COORDINACIÓ
Joan Blanco i Jordi Ballesté
Tel. 973 702 455
joan.blanco@infermeria.udl.cat

ORGANITZACIÓ
ICE - CFC
C/Jaume II, 71 (Campus de Cappont)
25001 Lleida
Tel. 973 703 382
Fax 973 703 377
formaciocontinua@ice.udl.cat

Més informació i preinscripcions:
http://www.ice.udl.cat/fc/curso/844

curs COILL

MANEIG INICIAL DEL PACIENT TRAUMÀTIC

OBJECTIUS

• Proporcionar els coneixements teòrics bàsics i les habilitats pràctiques bàsiques per a l'atenció inicial del pacient traumàtic greu.
• Conèixer els protocols i procediments en el tractament del pacient traumàtic greu, seguint les recomanacions de la millor evidència científica, optimitzant els recursos sanitaris i assistencials disponibles.

CONTINGUTS

• Valoració ABCDE del pacient traumàtic.
• Biomecànica del trauma.
• Traumatisme cranioencefàlic i facial (Traumatismes cranioencefàlics).
• Traumatisme raquimedul·lar (protocol del lesionat medul·lar).
• Traumatisme toràcic (pneumotòrax, hemotòrax).
• Traumatisme abdominal (hemorràgies abdominals, evisceracions).
• Traumatisme pèlvic i genitourinari.
• Traumatisme en extremitats (fractures, luxacions, esquinços).
• Traumatismes especials (pediàtric, gestants).
• Suport vital al trauma.
• Tractament de la via aèria del pacient traumàtic.
• Accessos venosos en pacients traumàtics: vies venoses perifèriques, vies venoses centrals, intraòssies (pistola, EZIO, Cook).
• Mobilització de pacient traumàtic (llitera de tisora, ponts…).
• Immobilització del pacient traumàtic (collarets cervicals, taulell espinal, dama d'Elx, mataláss de buit, fèrules…).
• CODI PPT: què és, quan i com activar-lo.[]

Per a més informació:
infermerialleida@lleida.org

Dirigit a:
Infermers/es interessats/des de qualsevol àmbit.

Docents:
David Marc Besó i Tudel
Mònica Yolanda Besó i Tudel

Durada:
25 hores.

Dates i horaris:
Dies 12, 19 i 26 de gener de 2015
i 2 i 9 de febrer de 2015*.
De 9 a 14h.
**Calendari orientatiu pendent de programació de sessió pràctica al Parc de Bombers de Lleida.*

Lloc: COILL

Places: 25.

INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA

• Col·legiades COILL 100 euros
(Curs parcialment subvencionat pel COILL, es retornarà el 50% de la matrícula a totes aquelles persones que compleixen amb els criteris d'assistència, puntualitat i superin el curs).
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms). Es retornarà el 80% de la matrícula a les col·legiades en situació d'atur.
• Persones no vinculades al COILL,
preu únic de 150 euros.
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula de l'1 al 19 de desembre de 2014, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a: infermerialleida@lleida.org.

curs COILL

CURS BÀSIC DE CURES D'INFERMERIA EN FERIDES AGUDES I CRÒNIQUES

Dirigit a:
Infermers/es interessats/des de qualsevol àmbit.

Docents:
Joan Blanco Blanco
Jordi Ballesté Torralba
Jordi Riera Riu

Durada:
20 hores.

Dates i horaris:
Dies 24 i 26 de febrer
i 3 i 5 de març de 2015.
De 16 a 21h.

Lloc: COILL

Places: 25.

INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA

• Col·legiades COILL 100 euros
(Curs parcialment subvencionat pel COILL, es retornarà el 50% de la matrícula a totes aquelles persones que compleixen amb els criteris d'assistència, puntualitat i superin el curs).
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms). Es retornarà el 80% de la matrícula a les col·legiades en situació d'atur.
• Persones no vinculades al COILL,
preu únic de 150 euros.
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula del 2 al 20 de febrer de 2015, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a:
infermerialleida@lleida.org.

OBJECTIUS

• Donar una visió global i pròpia de la infermeria a l'atenció de les ferides agudes i/o cròniques.
• Desenvolupar elements de judici i criteri professional basats en les millors evidències científiques que facilitin la prevenció i el maneig de les ferides tant agudes, com cròniques.
• Desenvolupar intervencions eficients en les cures dels pacients amb ferides agudes i/o cròniques, tant en l'entorn hospitalari com domiciliari.
• Adquirir habilitats en la valoració de la ferida (ferides agudes, nafres per pressió, nafres vasculars i peu diabètic) i de la pell circumdant.
• Conèixer els apòsits de cura en ambient humit.
• Conèixer la teràpia assistida de buit per la cicatrització de ferides.

CONTINGUTS

• Mecanisme de cicatrització.
• Valoració integral de la persona amb ferides.
• Concepte de ferida crònica (nafres per pressió, nafres vasculars i peu diabètic).
• Concepte de ferida aguda.
• Valoració de la lesió.
• Terapèutica:
- Prevenció.
• Preparació del llit de la ferida:
- Neteja.
- Desbridament.
- Control de la càrrega bacteriana.
- Control de l'exsudat i elecció del producte de cura.[]

Per a més informació:
infermerialleida@lleida.org

curs COILL

FARMACOLOGIA PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA INFERMERA (I)

Dirigit a:
Infermers/es interessats/des de qualsevol àmbit.

Docents:
Reis Triquell Salomé
Gemma Enrique-Tarancon Delmàs

Dates i horaris:
Dies 11, 18, 25 de març i 8 i 15 d'abril.
De 16 a 20h.

Durada:
22 hores.

Lloc: COILL

Places: 25.

OBJECTIUS

• Actualitzar els coneixements en dosificació i administració de fàrmacs. Efectes adversos.

• Revisar les noves pautes en seguretat del pacient, farmacovigilància i actuació en reaccions adverses.

• Practicar la utilització del protocol de comunicació d'errors de medicació.

CONTINGUTS

Revisió:
• Medicaments, formes farmacèutiques i cartonatge.
• Administració i dosificació de fàrmacs.
• Al·lèrgia.
• Al·lèrgia al làtex.
• Antisèptics i desinfectants.
• Profilaxi quirúrgica.
• Antibiòtics.
• Coagulació i anticoagulants orals.
• Analgèsics i antiinflamatoris.
• Ansiolítics i hipnòtics. Benzodiazepines.
• Seguretat dels medicaments: farmavigilància, reaccions adverses i error de medicació.[]

Per a més informació:
infermerialleida@lleida.org

INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA

• Col·legiades COILL 100 euros
(Curs parcialment subvencionat pel COILL, es retornarà el 50% de la matrícula a totes aquelles persones que compleixen amb els criteris d'assistència, puntualitat i superin el curs).
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms). Es retornarà el 80% de la matrícula a les col·legiades en situació d'atur.
• Persones no vinculades al COILL,
preu únic de 150 euros.
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula del 16 al 28 de febrer de 2015, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a:
infermerialleida@lleida.org.

curs COILL

DIETOTERÀPIA EN MALALTIES PREVALENTS

Dirigit a:
Infermers/es interessats/des de qualsevol àmbit.

Docents:
Cristina Dominguez.
Diplomada en Nutrició Humana i Dietètica. Diplomada en Infermeria. Servei Endocrinologia i Nutrició HUAV de Lleida.
Pilar Ibars.
Infermera Màster en Ciències Sanitàries UdL. Servei Endocrinologia i Nutrició HUAV de Lleida.
Magda Mateu.
Diplomada en Infermeria. Servei Endocrinologia i Nutrició HUAV de Lleida.
Eva Martín.
Diplomada en Nutrició Humana i Dietètica.

Durada:
25 hores.

Dates i horaris:
Dimarts 7, 14, 21 i 28 d'abril
i 5 de maig de 2015.
De 16 a 21h.

Lloc: COILL

Places: 25.

INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA
• Col·legiades COILL 100 euros
(Curs parcialment subvencionat pel COILL, es retornarà el 50% de la matrícula a totes aquelles persones que compleixen amb els criteris d'assistència, puntualitat i superin el curs).
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms). Es retornarà el 80% de la matrícula a les col·legiades en situació d'atur.
• Persones no vinculades al COILL,
preu únic de 150 euros.
Ingrés al c/c ES02-2100-0301-14-0200144499 (cal que hi constin nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula del 9 al 27 de març de 2015, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a:
infermerialleida@lleida.org.

OBJECTIUS

Generals
• Reconèixer la dieta com a part fonamental del tractament de determinades patologies.
• Conèixer l'adaptació dietètica en les malalties de major prevalença.
Específics o d'aprenentatge
• Adquirir coneixements sobre hàbits alimentaris.
• Adquirir coneixements sobre l'estat nutricional i les necessitats individuals de les persones sanes i en situació de malaltia.
• Definir les recomanacions nutricionals i dietètiques per les diferents patologies.
• Conèixer de forma bàsica els suplements nutricionals i enterals que es poden utilitzar.
• Conèixer la manipulació del diferents suports nutricionals.[]

Per a més informació:
infermerialleida@lleida.org

Seguro de **Automóvil**

Porque cuando se queda sin coche, **es cuando más ayuda necesita**

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. LLEIDA Passeig de Ronda, 175-177 Tel. **973 22 47 83** lleida@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

www.amaseguros.com 902 30 30 10

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

És el moment, veniu a la Zona Alta!

Promoció BALUARD

Avda. Onze de Setembre amb Joc de la Bola

16 habitatges de 3 i 2 dormitoris a la millor zona de Lleida, **molt a prop dels hospitals Arnau de Vilanova i de Santa Maria**. Espaiosos, lluminosos, ben distribuïts, amb amplies terrasses i acabats de primera qualitat per només

159.200 € 3 dormitoris i 2 banys | 99,6 m²
Pàrquing i traster inclosos

Informeu-vos ara i gaudiu del nostre exclusiu

SERVEI DE PERSONALITZACIÓ INTEGRAL

Afanyeu-vos, les possibilitats de personalització disminueixen amb l'avanç de les obres!

Els primers **600€** de regal** Si sou infermeres o infermers

* Quota hipotecària per a un finançament del 80% del preu de venda sense impostos, a 30 anys i un interès del 2,25%

** Es descomptaran 600€ del cost total, amb IVA inclòs, de la factura del servei de personalització contractat. En cap cas l'import d'aquesta promoció serà abonat al client o destinat a qualsevol altre concepte. Promoció vàlida fins al 31 de gener de 2015.

Promou

NOSTRA LLAR COOPERATIVA

Gestiona

SALAS SERVEIS IMMOBILIARIS

Finança

"la Caixa"

Oficines i pis mostra

C/ Segrià, 37 (Lleida)
Tel. 973 118 016
Mail. baluard@salasserveis.com
Web. www.salasserveis.com/lleida

TAN IGUALS.
TAN DIFERENTS.

MINI 3 PORTES O MINI 5 PORTES?

150€/MES O 150€/MES.

Consum mitjà de la gamma MINI: de 3,5 a 7,5 l/100 km.
Emissions de CO_2: de 89 a 175 g/km.

MINI COOPER 3 PORTES per 150 €/mes. En 35 quotes. Entrada 4.942 €. Última quota de 10.836 €. TAE 8,28%.

MINI COOPER 5 PORTES per 150 €/mes. En 35 quotes. Entrada 5.284,10 €. Última quota de 11.518,50 €. TAE 8,26%.

UNICARS PONENT
C/ La Mercè, 35
Tel.: 973 27 98 87
Lleida

unicars.MINI.es

MINI

PVP Península i Balears per vehicles MINI COOPER 5 PORTES. PVP 18.550 € (transport, descompte, impostos i pla PIVE inclosos). Comissió de formalització 401,44 €. Import a finançar: 15.608 €. Preu total a terminis 21.429,44 €. TIN: 6,75%. Valor futur garantit 10.608 € (36 mesos i 45.000 km). Als 3 anys, podràs tornar-lo (segons condicions de contracte), canviar-lo o quedar-te'l pagant la quota final. Condicions vàlides per a comandes generades fins el 31 Desembre 2014. Finançament ofert per BMW Bank GmbH, S.E.

PVP Península i Balears per vehicles MINI COOPER 5 PORTES. PVP 19.450 € (transport, descompte, impostos i pla PIVE inclosos). Comissió de formalització 417,89 €. Import a finançar: 14.165,90 €. Preu total a terminis 22.470,49 €. TIN: 6,75%. Valor futur garantit 11.368,50 € (36 mesos i 45.000 km). Als 3 anys, podràs tornar-lo (segons condicions de contracte), canviar-lo o quedar-te'l pagant la quota final. Condicions vàlides per a comandes generades fins el 31 Desembre 2014. Finançament ofert per BMW Bank GmbH, S.E.