



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Centro de Estudios de Postgrado

REPERCUSIONES DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: RELACIÓN ENTRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y AGENTES EN SALUD.

Alumno/a: Pérez Ramos, Marina

Tutor/a: Prof. D. Yolanda M^a de la Fuentes Robles

Dpto.: Área Conceptual y Metodológica

Mayo, 2020

PRÓLOGO:

El documento que se muestra a continuación está basado, mayoritariamente en la literatura narrativa de elevado rigor científico encontrada en bases de datos fiables para enmarcar el término del envejecimiento, la situación demográfica actual y los retos y desafíos que tenemos como sociedad y sobre todo como profesionales de salud.

En primera instancia, mi idea como autora era realizar un trabajo más práctico, basando los datos aportados en la realidad vivida en los centros geriátricos, residencias de ancianos, atención primaria y atención especializada. Debido a la situación por la que estamos pasando actualmente derivada de COVID19, estoy trabajando como enfermera en el Hospital Universitario de Son Espases, en Palma de Mallorca realizando test de cribado tanto a pacientes como a profesionales.

Debido a esto, me he encontrado con la dificultad de poder realizar una encuesta para conocer la realidad de dichos centros. Queda pendiente para futuras investigaciones seguir trabajando sobre esta área. Adjunto como documento 1 la encuesta a realizar.

Como enfermera no pierdo la esperanza que pronto podamos realizar nuestra vida cotidiana de forma habitual; entre todos lo conseguiremos siendo responsables, cívicos y actuando de manera humana.



ÍNDICE

1. Resumen
2. Objetivos
3. Justificación y antecedentes
 - 3.1 Definición de conceptos: ¿Cómo se encuentra la situación en España?
 - 3.2 Impacto de los cambios acaecidos por el envejecimiento
 - 3.3 Factores modificables para un envejecimiento óptimo:
Dieta equilibrada y ejercicio físico moderado
 - 3.4 Rol de enfermería en el envejecimiento activo
4. Material y Método
5. Conflicto de intereses
6. Dificultades encontradas
7. Retos actuales
8. Conclusiones y Consideraciones Finales
9. Bibliografía.

1. Resumen

El envejecimiento poblacional es un tema inherente a la realidad actual. La Esperanza de Vida ha aumentado en los últimos años considerablemente en los países desarrollados debido a una mejora en el estado de bienestar, menor mortalidad y morbilidad y avances en el sistema sanitario, economía y otros servicios. Todo ello ha repercutido en una inversión de la pirámide poblacional (Alvarado y Salazar, 2014), (Martínez et al, 2018), (Reyes y Castillo, 2011), (Creagh et al, 2015).

Mantener un estado nutricional óptimo y realizar ejercicio físico moderado a lo largo de la vida de la persona se verá reflejado con un envejecimiento más sano. En general, las personas que han llevado un estilo de vida saludable durante su vida presentan una tasa de morbilidad y mortalidad menor. (Álvarez et al (2011), (Vilaplana, 2017), (Martín, 2018), (Piedras- Jorge et al, 2010)

Los artículos revisados han proporcionado la información para definir el concepto de envejecimiento activo, vejez, envejecimiento positivo, longevidad y calidad de vida (entre otros). (Alvarado y Salazar, 2014), (Guerrero y Yépez, 2015), (Martínez et al, 2018), (Abades y Rayón, 2012).

Desde el área de la enfermería podemos actuar como agentes en salud a través de programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento y rehabilitación de comorbilidades; para el fomento de tareas que potencien, en la medida de lo posible, los autocuidados del adulto mayor y contribuir a la eliminación de mitos, prejuicios y barreras que promuevan sentimientos de soledad, depresión y abandono. (Leiton, 2016), (Fernández y Manrique- Abril, 2010).

El apoyo social percibido es clave para que la población mayor participe activamente en la vida comunitaria y en la promoción de conductas saludables (Reyes y Castillo, 2011), (Creagh et al, 2015), (Leiton, 2016), (Fernández y Manrique- Abril, 2010), (Cardona y Peláez, 2012).

Palabras Claves: Envejecimiento; Longevidad activa y saludable; Esperanza de vida; Estado nutricional adulto mayor; Riesgo nutricional anciano; Ejercicio Físico adulto mayor, calidad de vida; Estado de Bienestar; Derechos Humanos ancianos.

Abstract

Aging Population is a current issue. Life Expectancy has increased last years in developed countries for improvement in welfare state, lower mortality and morbidity and improves in sanitary, economic and other services. All of this, has impacted in population pyramid (Alvarado y Salazar, 2014), (Martínez et al, 2018), (Reyes y Castillo, 2011), (Creagh et al, 2015).

Keeping a well nutritional condition and to realice physical activity moderate around of life will be reflejate with an aging healthier. Usually, people who had leat a healthy lifestyle have a lower morbidity and mortality rate. (Álvarez et al (2011), (Vilaplana, 2017), (Martín, 2018), (Piedras- Jorge et al, 2010)

The reviewed articles have provided the information to define the concept of active aging, old age, positive aging, longevity and quality of life (among others). (Alvarado y Salazar, 2014), (Guerrero y Yépez, 2015), (Martínez et al, 2018), (Abades y Rayón, 2012).

Nurses could be like health agents through health promotion programs, disease prevention and treatment and rehabilitation of comorbidities; for the promotion of tasks that enhance, as far as possible, the self-care of the elderly and contribute to the elimination of myths, prejudices and barriers that promote feelings of loneliness, depression and abandonment (Leiton, 2016), (Fernández y Manrique-Abril, 2010).

Social support feeling for old people is the key to this population have an active participation in comunitary life and promotion healthy beheaviors. (Reyes y Castillo, 2011), (Creagh et al, 2015), (Leiton, 2016), (Fernández y Manrique-Abril, 2010), (Cardona y Peláez, 2012).

Key words:

Aging; Active and healthy longevity; Life expectancy; Elderly adult nutritional status; Elderly nutritional risk; Older adult physical exercise, quality of life; Welfare state; Elderly Human Rights.

2. Objetivos

General:

Reflexionar sobre la repercusión social, política, económica y científica que tiene el envejecimiento poblacional. Conocer la relación existente entre el envejecimiento activo y agentes potenciadores de la calidad de vida y de la promoción de salud.

Específicos:

- Definir el concepto de Envejecimiento y Vejez y conocer las Teorías relacionadas con estos términos. Establecer la situación actual en el panorama nacional.
- Demostrar la relación entre el Envejecimiento Activo con un estado nutricional saludable y el Ejercicio Físico Moderado.
- Conocer el Rol de la Enfermería en el cuidado del adulto mayor: Fomento de cribados específicos y establecer desafíos actuales.

3. Justificación y Antecedentes

3.1 Definición de conceptos. ¿Cómo se encuentra la situación en España?

El envejecimiento de la población es un tema candente en la sociedad actual nacional e internacional. Esto se debe a que afecta a la mayoría de las áreas y competencias relacionadas con la humanidad (ciencias sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas, espirituales, sanitarias...) (Alvarado y Salazar, 2014), (Martínez et al, 2018).

Cabe destacar que en España el envejecimiento demográfico se está dando más rápido que el resto de países de la comunidad europea. Las previsiones futuras estiman que alrededor del 30% de la población total pertenecerá al grupo de personas mayores (Abades y Rayón, 2012).

Existen multitud de definiciones del concepto *envejecimiento*, de las cuales se detallarán sólo las más relevantes a continuación:

La RAE hace alusión a la *“acción y efecto de envejecer o envejecerse. Hacer viejo a alguien o algo”*.

Por su parte, el Websters New Universal Unabridge Dictionary lo define como la *“acumulación de cambios en un organismo o un objeto con el tiempo”*.

Una definición biológica establece que es *“el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o en el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel”*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término envejecimiento se definiría como *“el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en la características de las especies durante todo el ciclo de la vida; estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a los que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”* (Alvarado y Salazar, 2014), (Bejarano et al, 2014).

De acuerdo a la literatura narrativa científica podemos establecer que el envejecimiento es un proceso natural, continuo, heterogéneo, universal, irreversible e inevitable que causa que la capacidad de adaptación disminuya gradualmente. Es la suma de todos y cada uno de los cambios que se producen a lo largo de la vida del ser humano y que conducen a un deterioro funcional y, finalmente, a la lisis celular. Estos cambios no solo afectan al plano biológico del cuerpo humano. También se producen cambios físicos, fisiológicos, químicos, morfológicos, funcionales, sociales y psicológicos (Alvarado y Salazar, 2014), (Guerrero y Yépez, 2015), (Martínez et al, 2018).

Este concepto está influenciado por factores genéticos (no modificables) y otros elementos relacionados con el estilo de vida de la persona (modificables) como

sus hábitos diarios, patrón de sueño y descanso, patrón alimentario, patrón actividad- sedentarismo, tratamiento farmacológico y procesos patológicos (agudos y crónicos), exposición a tóxicos (entre otros). (Alvarado y Salazar, 2014).

Para la población anciana la edad es un factor intrínseco que les hace pertenecer a un grupo vulnerable. Las principales morbilidades que sufren las personas mayores son las enfermedades crónicas y dentro de estas la Hipertensión Arterial (HTA) es la alteración más frecuente. Además de esto, existen otros factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de este grupo como son no tener recursos económicos suficientes, vivir aislados y sobre todo, no contar con un apoyo social suficiente que suplan las necesidades que ellos mismos no puedan dar respuesta, ya sea apoyo social formal o informal.

Es de destacar que las personas envejecidas, frecuentemente, se apoyan más en la *inteligencia cristalizada*, que dice ser de la habilidad que tiene la persona para utilizar recursos y experiencias previas, aprendizajes que han ido adquiriendo a lo largo de sus vidas frente a la *inteligencia fluida*, más utilizada en la población más joven, que se caracteriza por la habilidad de enfrentarse a nuevos desafíos y estímulos y ser capaces de dar una respuesta inmediata con un razonamiento (Guerrero y Yépez, 2015), (Martínez et al (2018).

Para entender mejor el concepto de envejecimiento se han establecido otros términos:

- **Vejez:** Fase final del proceso de envejecimiento. Depende el contexto donde se encuentre el grupo social o la persona, el sexo y otras variables. Hace referencia a la última fase de la vida.
No existe consenso en si está o no asociado a la edad cronológica, se asocia más a deterioros físicos y cognitivos sufridos por el sujeto y a la aparición de pensamientos negativos. Se considera la tercera edad como el comienzo de la vejez.
Este concepto se relaciona con elementos psicosociales relacionados con los estereotipos y juicios propios de la población que entra en esta fase como es el acercamiento y el miedo a la muerte. Esto podría condicionar

un estrés añadido al envejecimiento humano propio que si no se aborda de la manera adecuada podría ser incluso patológico.

- *Tercera Edad*: Etapa evolutiva con distintas dimensiones. Afecta a la salud física y mental y tiene una parte sociológica, económica y psicológica, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional.
- *Ancianidad*: Hace alusión al último eslabón de la etapa vital. Hace unos años se establecía en los 60 años pero debido a los cambios sociodemográficos, seguimiento de modelos de estilos de vida más saludables y la menor tasa de morbi- mortalidad este período comenzaría en una edad mayor.

Este concepto lleva consigo, de forma generalizada, la disminución de la fuerza física y la actividad mental.

- *Longevidad*: máxima duración posible de la vida humana.
- *Vulnerabilidad Social*: desprotección de un grupo (en este caso ancianos) que se enfrentan a daños para su salud, sus necesidades y a la violación de sus derechos humanos por no contar con recursos personales, legales y/o sociales. (Alvarado y Salazar, 2014), (Guerrero y Yépez, 2015), (Martínez et al, 2018), (Cardona y Peláez, 2012, (Abades y Rayón, 2012).

Existe un indicador global de envejecimiento denominado “*AgeWath*” que se elabora a partir de indicadores globales que determinan el nivel de bienestar social y económico de la población mayor. Señala cuál es el porcentaje de población mayor de 60 años efectiva dentro de una sociedad. Así, se considera una sociedad joven si solo el 10% de la población es mayor de 60 años; sociedad en transición si este porcentaje varía entre un 10 y un 19% y una sociedad envejecida si el porcentaje de población mayor de 60 años es superior a 29 (Rodríguez, 2018).

Existen multitud de teorías para explicar el proceso de envejecimiento. Las más señaladas son:

- *Teorías Biológicas*: Explica el proceso de envejecer desde el plano tisular, pérdida funcional de sistemas corporales y el desgaste natural del ser humano por el paso del tiempo. La exposición medioambiental y las

reacciones químicas producidas en el metabolismo para generar energía generan productos tóxicos que son contraproducentes para la reparación tisular.

- Teorías Psicológicas: Se enfocan en la personalidad de la persona y las estrategias y catarsis del individuo para relacionarse con el medio.
- Teoría del Desarrollo desarrollada por Erikson (1950).
- Teorías Sociales: Tratan de establecer una adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. Trata de utilizar estrategias de adaptación para que el sujeto vea la vejez como una etapa natural de la vida y disminuya la preocupación por sí mismo (Alvarado y Salazar, 2014).

Dentro del término envejecimiento existen 3 líneas que me gustaría diferenciar. Todas están relacionadas entre sí y dan una visión más positiva de este concepto:

- Envejecimiento Exitoso: es la habilidad para seguir con un estado de salud óptimo, manteniendo un estado de actividad mental y físico adecuado. La persona es capaz de establecer relaciones sociales satisfactorias y es capaz de reconocer su rol social.
- Envejecimiento Saludable: Para conseguirlo habría que llevar hábitos saludables desde una edad temprana de la vida.
- Envejecimiento Activo: Es el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida.

La OMS lo define como *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; lo que les permite realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados”* (Alvarado y Salazar, 2014), (Martínez et al, 2018), (Bejarano et al, 2014).

Para cuantificar de manera objetiva la forma de envejecer de las personas se han llevado a cabo distintas escalas de valoración. Así quedan recogidas, dependiendo del instrumento utilizado, su nivel de independencia, estado de

integridad tisular, estado de su memoria, estado nutricional (entre otros). Las más utilizadas son (Alvarado y Salazar, 2014):

- *Índice de Barthel*: Valora las actividades básicas de la vida diaria.
- *Índice de Lowton y Brody*: valora las actividades instrumentales de la vida diaria
- *Pfeiffer*: Test de valoración mental
- *Escala de Zarit*: evalúa la carga del cuidador principal del anciano
- *Escala de Norton*: Mide el riesgo que tiene el paciente de sufrir úlceras por presión.

El Cambio demográfico en España:

Como se ha mencionado con anterioridad, desde la segunda mitad del siglo XX se está produciendo un creciente envejecimiento poblacional, sobre todo en los países desarrollados, lo que lleva consigo un aumento progresivo del número absoluto de ancianos. (Alvarado y Salazar, 2014), (Guerrero y Yépez, 2015), (Martínez et al, 2018).

En este sentido, los últimos datos recogidos dentro del panorama nacional sitúan a España en una situación crítica, ya que más del 15% de la población tiene más de 65 años, dato que irá aumentando en futuros estudios. (Abades y Rayón, 2012).

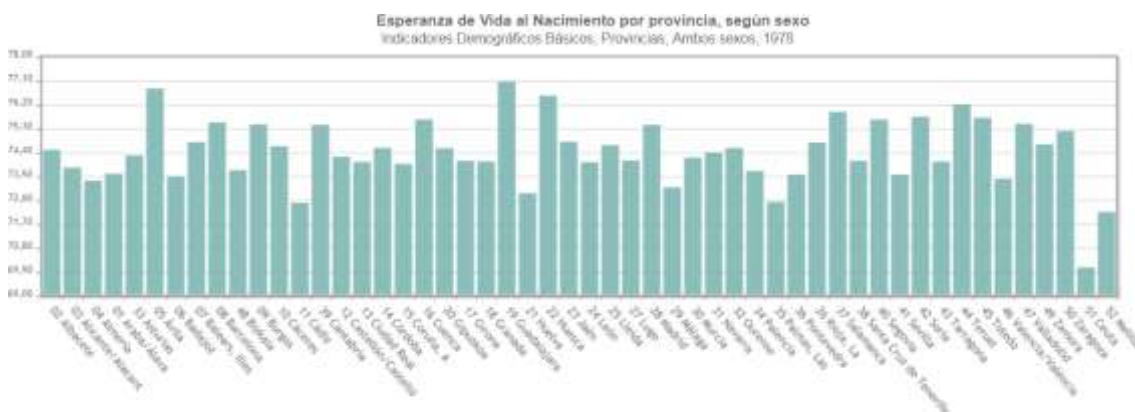
Cabe destacar que este envejecimiento poblacional se ha visto mermado por un acontecimiento por el que está atravesando, prácticamente la mayoría de los países. Se está haciendo referencia a la gran pandemia mundial sufrida por el *coronavirus (covid19)* que está afectando, sobre todo a los grupos más vulnerables como enfermos inmunodeprimidos y sobre todo, a la población más envejecida (World Health Organization, 2019).

El hecho de que España sea uno de los países europeos con mayor envejecimiento poblacional se debe a la transición demográfica sufrida, la disminución de la morbilidad y la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la creciente disminución de la tasa de natalidad. Todo ello se ha visto

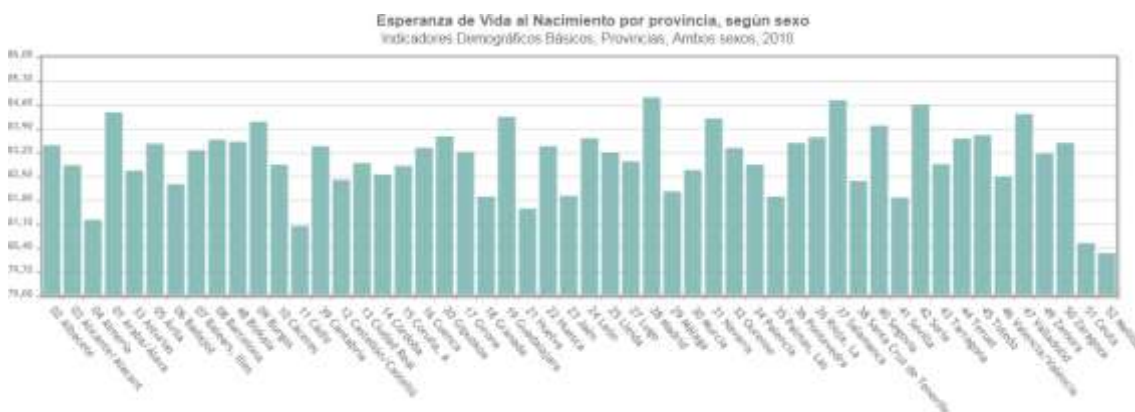


acompañado por mejores condiciones de vida, mejora en los estilos de vida, avances tecnológicos y a una mejora en la sanidad pública universal, que han acrecentado aún más el hecho de que la población viva más y mejor, llegando a una esperanza de vida superior a los 80 años en ambos sexos.

A continuación se exponen dos gráficos, consultados en el *Instituto Nacional de Estadísticas (INE)* para comparar como ha variado la esperanza de vida en España, por provincias, entre el año 1978 y 2018:



Instituto Nacional de Estadísticas, España. 2020



Instituto Nacional de Estadísticas, España. 2020

Desde el punto de vista de la dependencia, el envejecimiento y sus consecuencias sociales llevan a un punto común y es que todos los países industrializados, que se ven inmersos en dar respuestas a las necesidades de los mayores más vulnerables, deberían replantearse políticas y atención sociosanitarias para solventar las necesidades de esta población de manera más eficaz y efectiva (Abades y Rayón, 2012), (Martínez all (2018).



En algunas Comunidades Autónomas ya se están llevando planes entre el gobierno y la WOH. Así, en Cataluña se formó una *Comisión Técnica de Envejecimiento* que promueve su calidad de vida a través de planes y proyectos. Así el *Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública* (PINSAP), apoyado por la WOH, fomenta planes de salud desde todos los ámbitos del gobierno, a través de un plan flexible que vela por la promoción de la salud del adulto mayor (Rodríguez, 2018).

3.2 Impacto de los cambios acaecidos por el envejecimiento.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos sociales con mayor impacto en los últimos años. Dicho impacto implica aspectos fisiológicos; psicológicos y sociales, los cuales se detallarán a continuación (Alvarado y Salazar, 2014), (Álvarez et al, 2011).

- Aspectos Fisiológicos: La pérdida de la funcionalidad de órganos y sistemas se relaciona a la edad cronológica del individuo. Es un hecho que conforme vamos cumpliendo años la reparación celular es más costosa. Eso se relaciona aún más con la composición corporal del individuo, es decir, no es lo mismo el envejecimiento en un sujeto pluripatológico, inmunodeprimido o mal nutrido, que revelen un estado de dependencia determinante, que en una persona independiente y activa, como se ha mencionado con anterioridad.

Centrándonos en los cambios corporales, fisiológicamente se produce modificaciones en la distribución de la masa grasa y en el porcentaje en el cuerpo de la misma, pasando de ser de un 15% aproximadamente (en un varón normo peso) a un 30% a partir de los 75 años. Esta modificación de la distribución de la grasa se observa en una disminución de la grasa subcutánea y un aumento de la grasa del tronco.

Esto lleva consigo una disminución de la masa magra y por ende, una pérdida importante de la masa muscular esquelética, conocida como sarcopenia.

Este término no solo lleva consigo la pérdida de la masa muscular y la función muscular, sino que además engloba la pérdida de neuronas alfa-motoras, reducción de la síntesis protéica y la secreción de hormonas sexuales y anabólicas. Todo ello provoca astenia y decaimiento en el individuo, derivado en trastornos en la marcha y en el equilibrio, lo que aumenta la sensación de fragilidad y de riesgo de caídas.

Otro aspecto fisiológico a destacar es la disminución de sensación de sed y de agua corporal total, derivada de la menor masa magra. Es indispensable una buena hidratación para evitar la deshidratación en los mayores, sobre todo en los meses de mayor calor.

Los órganos de los sentidos también se ven afectado con el paso de los años. Así, la vista, el oído y el gusto son los órganos que presentan las afectaciones más notorias. Los diagnósticos más comunes son la presbiacusia, presbicia, la catarata senil o las pérdidas de la sensibilidad gustativa.

Hay que destacar, que a partir de cierta edad el peristaltismo, y por ende, las digestiones se hacen más lentas y pesadas. Esto repercute en la absorción tanto de macronutrientes (hidratos, grasas y proteínas), como de micronutrientes (vitaminas y minerales), sobre todo de la vitamina D, vitaminas del grupo B, ácido fólico, hierro no hemo y del calcio.

Se producen también cambios en los órganos vitales:

- Riñón: disminuyendo el número de unidades secretoras totales y funcionales. Presenta mayor riesgo de lesión renal aguda y fallo renal crónico.
- Corazón: es muy común los accidentes cardiovasculares en la población mayor. Se produce hipertrofia cardíaca y menor perfusión del resto de órganos. Todo ello sumado a la disminución de receptores de LDL acentúan la aterosclerosis e hipertensión arterial.

Además, es importante destacar que tras procesos quirúrgicos que requieren anestesia general esta población tiene mayor riesgo de atelectasia, hipoxemia e hipotensión, debida a la menor funcionalidad cardíaca mencionada anteriormente.

- Hígado: Aumenta la resistencia a la insulina periférica y por ende debutan casos de pacientes con *Diabetes Mellitus tipo II*.
 - Sistema Inmunitario: El sistema inmunitario también se ve afectado con la edad. Esto hace que las comorbilidades, los procesos tumorales y las enfermedades infecciosas e inflamatorias aumenten con la edad.
 - Sistema Nervioso: Se producen necrosis neuronales y alteraciones en la forma y en la función neuronal irreparables que afectan a la conducta del individuo y su estado cognitivo.
 - Sistema óseo: se observa un aumento en el riesgo de caídas por la pérdida de movilidad articular y flexibilidad, un marcador de fragilidad en el anciano. Este aspecto hace que la persona se sienta cada vez más vulnerable, hecho que se acentúa si sufre algún accidente que derive en un traumatismo o caída, aumentando por ende su sensación de miedo y disminuyendo la actividad física, actividades de la vida diaria y la movilidad establecida hasta el momento. (Álvarez y Berría, 2012), (Gonzalo y Rodríguez, 2011), (Piedras- Jorge. C et al, 2010).
- Aspectos Psicológicos: Haciendo referencia al apartado anterior, los cambios cognitivos y conductuales llevan consigo cambios en su vida diaria y en las relaciones establecidas con los otros. Además, el miedo a la soledad y el aislamiento, las modificaciones en las estructuras familiares y los sentimientos de tristeza son aspectos muy frecuentes en este grupo de población.
- Este aspecto se ve aún más afectado en pacientes institucionalizados y hospitalizados que además tienen que adaptarse a unos acuerdos preestablecidos, la convivencia con otros en su misma situación y la aceptación de normas y tratamientos a los que se ven sometidos. Es importante controlar los sentimientos depresivos en este tipo de pacientes ya que se ha comprobado que existe relación significativa entre la depresión y la demencia. (Álvarez et al, 2011), (Piedras- Jorge et al, 2010).

- Aspectos Sociales: como se ha mencionado con anterioridad, el envejecimiento lleva consigo cambios en el rol personal y en el rol social, en las relaciones con la familia, la disminución progresiva del grupo familiar y amigos, la jubilación y decaimiento en actividades normo establecidas.

En este apartado es importante hacer ver la relevancia que es vivir con una calidad de vida adecuada, no vivir más sino vivir mejor, por lo que la persona debe sentirse útil, aceptada y adecuar su tiempo libre a la realización de actividades que velen por su salud física y mental. (Álvarez et al, 2011), (Piedras- Jorge et al, 2010).

Una de las mayores consecuencias que implica el envejecimiento es el aumento de tasa de personas dementes.

La demencia se define como un síndrome crónico y progresivo que compromete el sistema nervioso central. Uno de los principales factores de riesgos para su desarrollo es la edad. Según varios estudios de elevado rigor epistemológico, la *Enfermedad de Alzheimer* es la patología más común de las demencias sufridas por la población mayor, debida a los cambios acometidos en el organismo así como al estilo de vida que haya tenido la persona a lo largo de su vida.

Mantener un estado nutricional adecuado y la detección temprana de esta patología será fundamental para realizar un tratamiento y un seguimiento adecuado. (França y Stanziola, 2019).

3.3 Factores modificables para un envejecimiento óptimo: Dieta equilibrada y ejercicio físico moderado

La población mayor tiene unos requerimientos nutricionales diferentes a los de la población adulta. Estas recomendaciones son difíciles de establecer ya que se trata de un grupo muy heterogéneo en cuanto al estado de salud en el que se encuentran, grado de actividad física, grado de movilidad, patrón dietético seguido, farmacodependencia, salud mental (entre otros aspectos). Es por ello que se establecen *ingestas dietéticas de referencia (DRI)* que van encaminadas



a la aportación de nutrientes para reducir el riesgo de enfermedad. Debido a la diversidad del grupo, la dificultad para realizar estudios nutricionales y la prevalencia de enfermedades degenerativas existen barreras para la *Food and Nutrition Board (FNB)* y el Comité del *Institute of Medicine (IOM)*, encargados de elaborar recomendaciones nutricionales para este grupo poblacional.

No existen una Cantidad Recomendada Diaria (RDA) establecidas como tal para la población mayor debido a esta heterogeneidad, pero la *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* ha establecido una Guía que podríamos seguir para el abordaje nutricional de la mayor parte de esta población, ya que es una guía muy extensa que recoge muchas de las características de este grupo. Dicha guía se adjunta como documento 2.

Podemos establecer, casi de manera generalizada, que las necesidades energéticas disminuyen en este tipo de población debido a la disminución del metabolismo basal y de la actividad física. Esto es debido a que el gasto calórico basal se relaciona a la masa magra que tenga el sujeto, la cual se ve disminuida a partir de cierta edad. Además, estos requerimientos pueden verse afectados por condiciones ajenas a la edad como el transcurso de una enfermedad inflamatoria o infecciosa, una operación, que la persona esté encamada o por algún otro motivo.

Dicho esto, es especialmente importante en la población mayor que tengan una ingesta hídrica de entre 1.5 y 2 litros diarios, en forma de agua o infusiones, ya que son tendentes a la deshidratación por sentir menos sensación de sed. (Álvarez et al, 2011).

Atendiendo a la realidad más cercana que tenemos, es decir, dentro del panorama nacional, se sigue un patrón dietético que conocido como Dieta Mediterránea, la cual ofrece una dieta variada rica en legumbres, hidratos de carbono complejos, proteínas de alto valor biológico y grasas saludables, sobre todo en forma de aceite de oliva. Gracias a la aportación de frutas y verduras, se consiguen aportar una serie de vitaminas y minerales que ofrecen al cuerpo una serie de beneficios protectores frente a enfermedades crónicas como la

hipertensión (HTA), de las patologías más sufridas por la población mayor en España.

Dicho esto, se establece una repartición de macronutrientes que tornan al 20/30% de Proteínas; de un 45/65% en forma de Hidratos de Carbono y un 30/35% de Grasas. (Álvarez et al, 2011), (Vilaplana, 2017), (*Guía de la Alimentación Saludable*), (*Alimentación Saludable en los Mayores. Mitos y Realidades*, 2004).

La dieta mediterránea ofrece proteínas de alto valor biológico procedente de huevos, carnes magras y pescados azules. Estos últimos, además, aportan beneficios implicados en la función cognitiva, en la memoria. Es importante un buen aporte de proteínas de calidad ya que la absorción de las mismas puede verse interferidas por ciertas patologías muy frecuentes en la población mayor como estreñimiento, diarrea, *colitis* (entre otras).

Otro elemento fundamental en la Dieta Mediterránea son los Hidratos de carbono, que aporta al individuo energía y permite mantener la función cerebral. La dieta mediterránea hace mucho hincapié en la obtención de dicha energía a través de hidratos de carbono complejos en forma de legumbres, cereales integrales y verduras y hortalizas como la patata o la zanahoria. Estos alimentos además son ricos en fibra, indispensables para la población mayor ya que suelen tener problemas de estreñimiento debido a una menor movilidad y menor ingestión hídrica.

No podría terminar este punto sin mencionar que la principal fuente de grasa en esta dieta es a través del aceite de oliva, que ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias y favorecedoras de un envejecimiento activo. Además, esta dieta potencia el consumo de ácidos grasos omega 3, con efecto cardio protector e indispensable para la función cognitiva. (Álvarez et al, 2011), (Vilaplana, 2017).

Esta alimentación debe verse acompañada por la realización de actividad física moderada, en relación al estado de salud del individuo. Es fundamental evitar el sedentarismo, ya que favorece las enfermedades cerebrovasculares, la dolencia

ósea y potencia la depresión, aislamiento y soledad del adulto mayor. (Martín, 2018).

Uno de los síntomas más determinantes de la desnutrición en los ancianos es la anorexia, más común entre aquellos que se encuentran institucionalizados u hospitalizados. Hay que hacer especial hincapié en prevenir llegar a un estado de desnutrición ya que la recuperación para morbilidades se ve gravemente afectada, así como la calidad de vida y la sensación de astenia (Álvarez et al, 2011).

3.4 Rol de enfermería en el envejecimiento activo

Desde salud pública se debe proponer planes específicos para la población mayor, crear entornos adaptados a ellos y sus necesidades como centros de salud mental para mayores, generar modelos de cuidados y cribados que favorezcan la detección de maltrato y situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

Así mismo, se debería ampliar y adaptar el marco legal con unas leyes que velen por la seguridad y la salubridad de la población mayor. Para ello, se necesitaría un plan de actuación común que esté liderado por un profesional o persona competente capaz de desarrollar un modelo que ponga en contacto otros profesionales de distintas disciplinas y que tenga el respaldo político y económico para la ejecución de dicho modelo.

Este modelo debería de cotejar algunas ventajas, como las que se contemplan en algunas Comunidades Autónomas, como servicio de transporte público gratuito para discapacitados o mayores de 70 años, o el pago reducido de medicación prescrita por el facultativo en la farmacia. El coste de estos servicios sería asumido por el Estado (Berrío, 2012).

Existen 3 elementos que se deben tener en cuenta para la salud pública. Dichos elementos han sido elaborados por la *WOH* sobre determinantes sociales de la salud que son:

- Mejorar las condiciones de la vida cotidiana
- Luchar contra la distribución desigual de poder, dinero y recursos
- Crear planes que permitan la medición y análisis de problemas (Rodríguez, 2018).

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la detección y el manejo para que el adulto mayor se encuentre en un estado nutricional adecuado.

Se ha hecho mucho énfasis en el estudio de la obesidad en los últimos años. Esto ha sido así ya que se han ido adquiriendo hábitos de otras dietas, basadas en grasas saturadas, bebidas carbonatadas y comida rápida. Pero la realidad que existe actualmente es que más de un tercio de los adultos mayores se encuentran en situación de desnutrición, más notablemente en aquellos que están institucionalizados u hospitalizados.

Como enfermeras estamos en primera línea para hacer consultas nutricionales encaminadas al estudio y manejo del estado nutricional del adulto mayor y su forma física. (Álvarez, 2017), (Leiton. Z, 2016), (Fernández y Manrique- Abril, 2010).

Para el seguimiento del mismo, este profesional debe apoyarse en escalas de valoración que han sido probadas que son eficaces en esto. Hay que señalar la importancia de mantener un estado físico activo. Esto lo podríamos valorar a través del cuestionario *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, propuesto por la OMS. Dicho test aborda 5 cuestiones respecto a la frecuencia, la duración e intensidad de las actividades físicas realizadas en la última semana. Así, se agrupan en individuos con actividad alta, si la actividad de intensidad moderada es mayor a la basal o realiza media hora de actividad física intensa diaria; actividad moderada, si realiza al menos media hora diaria de actividades físicas que supongan una intensidad moderada y actividad física baja para los que no llegan al nivel anterior. (Martín, 2018).

Se conoce que el estado físico de la persona afecta de manera indirecta a su bienestar mental, por lo que también podría ayudarnos a tener una idea sobre

su calidad de vida y su vinculación a su independencia funcional, autoestima y funcionamiento cognitivo. Es por ello que hay que seguir haciendo hincapié en la creación de zonas seguras para que puedan salir a caminar así favorezca a su salud cardiovascular, sentimientos positivos y mantenimiento de apoyo social a través de paseos en grupos para conseguir una población mayor lo más independiente posible y con la mayor dignidad y calidad de vida posible (Berrío, 2012), (Martín, 2018), (Piedras- Jorge et al, 2010).

Por otro lado, otra valoración fundamental iría encaminada al estudio directo del estado nutricional. Esto se haría a través de la Escala de valoración *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, que son preguntas relacionadas con la ingesta dietética. Es una herramienta de valoración nutricional que permite el manejo de preguntas objetivas y sirve para cribar y valorar nutricionalmente al individuo, con preguntas relacionadas con sus hábitos alimentarios, estilo de vida, patologías, tratamiento farmacológico. (entre otros) (Álvarez et al, 2011), (García- Izquierdo et al, 2016), (García de Lorenzo et al, 2012).

Así podríamos establecer un protocolo para el cribado nutricional:

1. Detección población de riesgo
2. Proposición estudio nutricional
3. Cuestionario nutricional a través de escalas de valoración
4. Manejo de la situación a través de programas de educación en salud basados en una alimentación variada y saludable y el fomento de la actividad física
5. Seguimiento del paciente
6. Valoración plan establecido

Para establecer un plan de cuidado nutricional dentro de las competencias de enfermería habría que apoyarse en la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* y la *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. A través de este lenguaje común entre profesionales, se facilita la identificación de pacientes en riesgo de malnutrición y contribuye a mejorar

la calidad de los cuidados, así como la recogida de datos más exhaustiva y completa y un análisis posterior integral.

Los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el grupo poblacional mayor son: “*Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales*” y “*Deterioro de la deglución*”. (García- Izquierdo et al, 2016)

Para abordar Planes Estratégicos Integrales en contra de la malnutrición habría que recoger los siguientes apartados:

- Contar con un equipo sanitario competente y formado en la materia.
- Realizar cribados nutricionales adaptados y estandarizados de manera rutinaria para la detección de la desnutrición.
- Desarrollar Protocolos de Tratamientos Nutricionales a Centros de Mayores, Atención Primaria y Hospitales.
- Sistematizar un procedimiento de Evaluación de Resultados en salud (Álvarez, 2017), (García de Lorenzo et al, 2012)

Según *Naciones Unidas* solo 1 de cada 3 países cuentan con Planes Integrales de Cuidados (Rodríguez, 2018).

4. Material y Método

Para la realización del TFM fueron consultadas distintas Bases de Datos de elevado rigor científico como PubMed, LILAC, RefWorks, MedLinePlus, Scielo, Elsevier, CINAHL (entre otras).

Fueron analizadas publicaciones de los últimos 10 años siguiendo una serie de descriptores: adulto mayor, longevidad activa, ejercicio físico en la tercera edad, estado nutricional adulto mayor, inversión poblacional, rol enfermería adulto mayor.

Fueron excluidos aquellos artículos que no se encontraban dentro de los últimos 10 años de publicación, aquellos que hacían mucho hincapié en la realidad vivida en países latinos, en vía de desarrollo y aquellos que no se adaptaban a los objetivos propuestos al principio del documento.

Finalmente se seleccionaron 21 artículos y 2 Guías de Prácticas Clínicas para la elaboración de este documento.

Para facilitar la comprensión del lector, se adjunta como *anexo 3* un cuadro con los artículos recuperados en las Bases de Datos y que han dado cuerpo a la elaboración de este documento; siendo seleccionados un total de 21 artículos, como se ha dicho anteriormente.

5. Conflicto de intereses

No se han encontrado conflictos de intereses.

6. Dificultades encontradas

Como se ha expuesto en el prólogo, al principio de la realización de este documento, se pretendía hacer una búsqueda en la literatura científica de mayor rigor científico para así seleccionar los artículos que mejor se adaptaran a los criterios de inclusión del mismo para poder recoger información sobre el panorama de la sociedad actual en la que vivimos. Además, se quería recoger distintos conceptos y términos para poder encuadrar esta realidad en un marco teórico y conceptual que permita al lector una comprensión exhaustiva sobre los recursos sociales, políticos, económicos y culturales a los que tiene que hacer frente los países que se encuentran con este sobre- crecimiento poblacional envejecido actual.

Otro apartado que se quería analizar era la realidad vivida en instituciones geriátricas en distintas Comunidades Autónomas a través de encuestas cerradas entregadas en distintos centros. La idea era conocer la opinión tanto de profesionales, familiares y residentes de la realidad vivida dentro de este entorno.

Debido al proceso por el que está pasando el mundo en la actualidad por la pandemia *Coronavirus 2019* los centros geriátricos están más limitados que nunca y los profesionales sanitarios tienen mucha carga de trabajo.

Queda pendiente para futuras investigaciones el desarrollo de una encuesta cerrada la cual permita tanto a profesionales, como familiares y residentes que

se encuentren con estado cognitivo adecuado la realización de una encuesta cerrada en la cual se cuestionen temas referentes a la calidad de vida del adulto mayor, su estado nutricional y su calidad de vida; valorados con una *Escala de Likert*. Esta encuesta preservaría el anonimato de la persona en todo momento, atendiendo a la *Ley orgánica 3/2018 de Protección de datos Personales y Garantía de datos Digitales* y solo deberían aportar datos referentes a la edad, sexo, profesión y relación al geriátrico (trabajador/ familiar/ residentes). (Ley 3, 2018)

7. Retos actuales

El envejecimiento poblacional y la satisfacción de las necesidades constituyen un desafío en el panorama económico, político, social y cultural.

El aumento de la Esperanza de Vida, la globalización, los avances en la ciencia y en la tecnología, la disminución de la tasa de fecundidad y de mortalidad acentúa dicho desafío que tiene, además de las citadas anteriormente, consecuencias psicológicas éticas, espirituales y de salud (Reyes y Castillo, 2011), (Creagh et al, 2015), (Cardona y Peláez, 2012).

Todo ello se traduce en mayores costes para el sistema sanitario y una población más dependiente y que presenta mayor tasa de discapacidad (Berrío, 2012).

El cambio en las estructuras familiares es otra de las modificaciones más señaladas de las últimas décadas. Así, antes las familias se componían de mayor número de hijos, la mujer solía adoptar el rol del hogar y el hombre salía a trabajar. Desde la incorporación de la mujer al mercado laboral, el aumento de la esperanza de vida gracias al estado de bienestar en el que estamos inmersos y la disminución de la tasa de fecundidad las familias han cambiado su estructura y las personas mayores pueden llegar a sentir emociones relacionadas con la soledad, el abandono y la depresión. Como cuidadores informales, las familias se posicionan como uno de los pilares fundamentales para que estos sentimientos no lleguen a producirse y se lleve a cabo un envejecimiento exitoso (Cardona y Peláez, 2012).

Es por ello que debemos hacer una lucha activa para dar respuesta a las necesidades padecidas por este grupo tan numeroso de la población; se adapten políticas y se creen nuevas leyes y decretos que favorezcan un envejecimiento óptimo y saludable, políticas y recursos sanitarios y ofrecer ayudas a aquellas personas mayores que lo necesiten, es decir, requiere esfuerzo multiprofesional, multisectorial y transdisciplinario (Martínez et al, 2018).

En definitiva, se necesita de manera imperante la acción integral de salud pública para hacer frente al envejecimiento poblacional para así optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental y así conseguir la mayor calidad de vida posible en la vejez.

Otra piedra angular hoy en día es hacer ver que la vejez es una etapa del proceso vital que hay que vivir con naturalidad. Así, los adultos mayores no son por norma general enfermos, sino que deben ser parte integrada en la sociedad. (Martínez et al, 2018), (Creagh et al, 2015), (Abades y Rayón, 2012).

8. Conclusiones y consideraciones finales

Ha existido una fuerte preocupación por el crecimiento exponencial poblacional, sobre todo en países desarrollados. Este sobrecrecimiento se estaba dando sobre todo en grupos de edades mayores de 65 años, y más fuertemente en el subgrupo de 80 años o más (Abades y Rayón, 2012).

Este hecho, y como se ha mencionado a lo largo del documento, ha aumentado el número de personas dependientes, la tasa de enfermos crónicos y por ende la demanda a los servicios sanitarios, políticos, económicos y sociales. Todo ello sumado a la disminución de la tasa de fecundidad, la incorporación de la mujer al mercado laboral y a la búsqueda de un estado de bienestar por medio de estilos de vida más saludables ha llevado a una inversión de la pirámide poblacional (Alvarado y Salazar, 2014), (Guerrero y Yépez, 2015).

Pero la realidad más cercana que tenemos nos la deja la masacre acaecida en gran parte del mundo por el *coronavirus* que ha llevado consigo el fallecimiento de un gran porcentaje de personas mayores de 65 años y más especialmente mayores de 75 años (World Health Organization, 2019).

¿Quiere decir esto que la esperanza de vida haya disminuido o vaya a disminuir paulatinamente tras lo ocurrido?

Bajo mi humilde opinión, hay que seguir estudiando e investigando lo ocurrido en el campo de la salud. Es reiterativo subrayar que ha supuesto un notorio descenso porcentual en este grupo de edad pero no por ello va a disminuir la esperanza de vida de forma total, son catástrofes a las que el ser humano se ha visto expuesto y de la que costará mucho trabajo realizar una recuperación económica, política, de salud y sobre todo social.

No me gustaría no hacer referencia a la importancia que tenemos como sociedad en tener una actitud comprometida y responsable con los demás, no solo en este último aspecto mencionado, sino a la hora de hacer sentir útiles y válidos a los ancianos, que se sientan integrados y lo más distantes a síndromes depresivos derivados de sentimientos de rechazo, miedo o pérdida del rol personal y laboral. La propia familia tiene un papel imprescindible para evitar estos sentimientos (Fernández y Manrique- Abril, 2010).

Entre todos podemos crear una sociedad más unida, competente y respetuosa, ¿y tú?, ¿te sumas al cambio?

9. Bibliografía

Abades. M, Rayón. E (2012). *“El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?”*. GEROKOMOS. 23 (4): 151-155. Recuperado desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n4/comunicacion1.pdf>

Alvarado. A, Salazar. A (2014). *“Análisis del concepto de envejecimiento”*. GEROKOMOS. 25(2):57-62. Recuperado desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Álvarez. J, Cuenllas. A, Gómez. F, López. M, Mañas. M, Ruiz. D, Sánchez. B. *“Alimentación Saludable en los Mayores. Mitos y Realidades”*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Ed: International Marketing Communication.

Álvarez. J (2017). *“Update en el abordaje de la desnutrición del paciente crónico complejo”*. *Nutrición Hospitalaria*; 34 (Supl. 1):1-2. Recuperado desde: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v34s1/01_editorial.pdf

Álvarez. J, Gonzalo. I, Rodríguez. JM (2011). *“Envejecimiento y Nutrición”*. *Nutrición Hospitalaria*: 4(3):3-14 Nutrición ISSN 1888-7961. Recuperado desde: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226782001.pdf>

Bejarano. J, Ardila. L.S, Montaña. A (2014). *“Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de derechos”*. *Revista Facultad de Medicina*. Vol. 62 Supl. 1: S73-79. Recuperado desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62s1/v62s1a10.pdf>

Berrío. M (2012). *“Envejecimiento de la población: Un reto para la Salud Pública”*. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 40 (3). 192- 194. Recuperado desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n3/v40n3a05.pdf>

Cardona. D, Peláez. E (2012). *“Envejecimiento Poblacional en el Siglo XXI: oportunidades, retos y precauciones”*. *Salud Uninorte* 28 (2): 335- 348. Recuperado desde:

<http://13.65.82.242:8080/xmlui/bitstream/handle/cenit/5392/DOC-0279%20Envejecimiento%20poblacional%20en%20el%20siglo%20XXI.pdf?sequence=1>

Creagh. M, García. D, Valdés. R (2015). *“Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad”*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 14(6):884-892. Recuperado desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n6/rhcm17615.pdf>

Dapcich. V, Salvador. G, Ribas. L, Pérez. C, Aranceta. J, Serra. LI (2004). *Guía de la Alimentación Saludable*. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

Fernández. R, Manrique- Abril. F (2010). *“Rol de la enfermería en el adulto mayor”*. *Enfermería Global*. Núm 19. Recuperado desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/n19/reflexion1.pdf>

França. Q, Stanziola. F (2019). *“Efecto de la desnutrición en la enfermedad de Alzheimer”*. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. Vol. 69 N° 1 (2019) pp. 185-

188. Recuperado desde: <file:///C:/Users/Marina/Downloads/724-Article%20Text-721-2-10-20190605.pdf>

García de Lorenzo. A, Álvarez. J, De Man. F (2012). “Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE”. *Nutrición Hospitalaria*. 27(4):1060-1064. ISSN 0212-1611. Recuperado desde: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/13_original02.pdf

García- Izquierdo. I, Rodríguez- Yera. E, Martín- Salinas. C (2016). “Plan de cuidado a personas de edad avanzada en riesgo nutricional”. *GEROKOMOS*. ;27(4):157-160. Recuperado desde: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n4/06_notas.pdf

Guerrero. N, Yépez. M C (2015). “Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud”. *Rev Univ. salud*. 2015;17(1):121-131. Recuperado desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>

Leiton. Z. E (2016). “El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería”. *Enfermería universitaria*; 13 (3): 139- 141. Recuperado desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706316300239>

Ley Orgánica 3/ 2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*. Agencia Estatal. Recuperado desde: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

Martín. R (2018). “Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 17 (5): 813- 825. Recuperado desde: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2418/2133>

Martínez. TJ, González. C, Castellón. G, González. B (2018). “El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad”. *Revista Finlay*. Vol 8, Núm 1. Recuperado desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>

Piedras- Jorge. C, Melénez- Moral. J. C, Tomás- Miguel. J. M (2010). “Beneficios del ejercicio físico en la Población Mayor Institucionalizada”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 45 (3): 131- 135. Recuperado desde:



<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X09003217>

Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua española (edición del tricentenario). <https://dle.rae.es/envejecimiento>

Reyes. I, Castillo. J. A (2011). “*El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad*”. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 30 (3): 354- 359. Recuperado desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf>

Rodríguez. N (2018). “*Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad*”. *Horizonte Sanitario*. Vol 17 Núm 2 87-88. Recuperado desde: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2417>

Vilaplana. M (2017). “*Alimentación en el anciano*”. *Farmacia Profesional*. Vol 31, Núm 1. Recuperado desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932417607131>

World Health Organization (2019). “*Coronavirus disease 2019 (COVID- 19). Situation Report- 59*”. Recuperado desde: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200319-sitrep-59-covid-19.pdf?sfvrsn=c3dcdef9_2

Anexo 1

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “ENCUESTA SOBRE ESTADO DE SALUD EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA”

TÍTULO DEL ESTUDIO: “ENCUESTA SOBRE ESTADO DE SALUD EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA”

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Marina Pérez Ramos, Enfermera de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca) 671063021

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respecto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclaramos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Si tiene duda puede consultar con la persona que considere oportuno o bien dirigirse a Marina Pérez Ramos.

DESCRIPCION GENERAL

Se trata de una encuesta realizada tanto a pacientes/ residentes como a familiares y profesionales de distintos centros geriátricos, en distintas provincias españolas para hacer una comparativa de las realidades vividas en las diferentes zonas geográficas. Las preguntas realizadas van dirigidas a la situación de salud del paciente/ residente y la relación que establece con el centro geriátrico tanto residentes como familiares y profesionales para así acercarnos a conocer cuál es la calidad de vida de los residentes de ese centro, dentro del cuadro de morbilidad de cada uno, enfermedades agudas y/o crónicas, salud psíquica, mental y aquellos sentimientos relacionados con la soledad, depresión y abandono.

Además, gracias a esta encuesta podremos baremar el estado nutricional de los residentes encuestados, el grado de satisfacción con respecto al centro, las horas de ocio y otras cuestiones.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Podrá planificar mejor la respuesta a las necesidades de los residentes, cuestiones de los familiares o profesionales de la residencia.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

De acuerdo a la legislación mencionada con anterioridad, puede ejercer derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos e incluso trasladar sus datos a un tercero autorizado, para lo que deberá dirigirse al delegado de protección de datos de la institución que se realizará la investigación.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal.

Para garantizar la confidencialidad de la información, sus datos se identificarán mediante un código por lo que su identidad quedará preservada en todo momento, de acuerdo a la legislación vigente.

Usted puede interponer una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos en el caso de que considere que se han vulnerado sus derechos en materia de protección de datos.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo investigador le gustaría agradecer su atención y el tiempo que ha dedicado, sea cual sea su decisión.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO DEL ESTUDIO: ***“ENCUESTA SOBRE ESTADO DE SALUD EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA”***

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Marina Pérez Ramos, Enfermera de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca).

Yo, _____

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio
- ☐ He recibido la información suficiente sobre el estudio
- ☐ He podido hablar con el equipo investigador (si procede)
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio si lo veo oportuno, y que tengo los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de los datos, de acuerdo a la Ley 3/ 2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de derechos digitales.
- ☐ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio a través de la encuesta.

Firma del participante

Firma del investigador

Nombre:

Marina Pérez Ramos

Fecha:

“ENCUESTA SOBRE ESTADO DE SALUD EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA”

CÓDIGO IDENTIFICATIVO:

Sexo ☐ Varón ☐ Mujer

Fecha de nacimiento

País de nacimiento ☐ España ☐ Otro: _____

Nivel de estudios ☐ No sabe leer/ escribir

☐ Estudios primarios incompletos

☐ Estudios primarios

☐ Estudios Secundarios

☐ Educación Post- obligatoria (Bachiller, Grado superior...)

☐ Estudios Superiores

1. ¿Cómo conociste la residencia?

Internet ☐ Profesional ☐ Amigo/ Familiar ☐ Recomendación ☐ Otra _____

2. ¿Qué tipo de relación tiene con el centro?

Trabajador ☐ Residente ☐ Familiar ☐ Otra _____

Para las siguientes cuestiones, valore de 1 a 5 cada pregunta: 1: muy en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: no sabe/ no contesta; 4: de acuerdo; 5: muy conforme)

	1	2	3	4	5
3. ¿Cómo valorarías los servicios profesionales ofrecidos por la residencia?					
4. ¿Cómo valorarías la cuota mensual en relación a los servicios ofrecidos?					
5. ¿Cómo valorarías los servicios materiales ofrecidos?					
6. ¿Cómo valorarías las actividades propuestas por el centro?					
7. ¿Cómo valoraría la gestión del tiempo libre?					
8. ¿Cómo valoraría la gestión de horas de visitas?					
9. ¿Cómo valoraría el trato a los residentes?					
10. ¿Cómo valoraría el trato a los trabajadores?					



11. ¿Cómo valoraría el trato a los familiares?					
12. ¿Cómo valorarías los svos de enfermería (cuidados, curas, admon. de tratamientos...)?					
13. ¿Considera que el menú y la dieta ofrecida son variados?					
14. ¿Considera que el clima en la residencia es el adecuado?					
15. ¿Ha presenciado o ha percibido cierta actitud agresiva por parte de algún trabajador?					
16. ¿Ha presenciado o ha percibido cierta actitud agresiva por parte de algún residente?					
17. ¿Ha presenciado o ha percibido cierta actitud agresiva por parte de algún familiar?					
18. Cuándo lo ha requerido, ¿Han sabido gestionar su duda sobre un tema referido a la residencia?					
19. ¿Considera que los trabajadores muestran una actitud empática y asertiva con los pacientes y familiares?					
20. ¿Considera que los familiares muestran una actitud empática y asertiva con los pacientes y trabajadores?					
21. ¿Considera que existe una relación respetuosa entre los residentes?					
22. ¿Considera que existe una relación respetuosa entre los residentes y profesionales?					
23. ¿Considera que el centro hace una buena gestión de días festivos y acontecimientos familiares?					

Si tiene alguna sugerencia que crea que es beneficiosa para el estudio puede exponerla a continuación:

[illegible]



Este bloque va dirigido a los residentes ingresados.

Peso		Circunferencia braquial		IMC	
Altura		Atura Talón Rodilla		Estado nutricional	
				☐ Normo- peso	
				☐ Desnutrido	
				☐ Sobre peso	
				☐ Obesidad	

Conteste las siguientes afirmaciones con sí o no:

	Sí	No
¿Podría realizar Actividades de la Vida Diaria tales como ducharse, vestirse, peinarse...?		
¿Tiene dificultades para mantener la vista en un punto fijo o ver la televisión?		
¿Utiliza gafas o lentillas?		
¿Utiliza algún dispositivo auditivo tales como un audífono?		
¿Tiene dificultades en la marcha?		
¿Necesita ayuda técnica en la marcha tales como un bastón o un andador?		
¿Utiliza Silla de Ruedas?		
¿Necesita medidas físicas de barrera durante la noche para su seguridad tales como barandillas?		
¿Toma medicación para dormir mejor?		
¿Considera que su estado nutricional es adecuado?		
¿Considera que el horario de las ingestas (desayuno/ comida/ merienda/ cena) son adecuados?		

Gracias por su colaboración.

Atentamente, Marina Pérez Ramos.

Anexo 3: “Artículos recuperados en Bases de Datos como referentes para la elaboración del trabajo”

Autor y Año	País	Fuente	Palabras claves	Módulo	Título
Abades. M; 2012	España	<i>Scielo (Universidad Complutense de Madrid)</i>	Envejecimiento España; Esperanza de vida	Envejecimiento Nacional.	<i>“El Envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?”</i>
Alvarado.A; 2014	Colombia	<i>Scielo (Universidad de Enfermería de Antioquía)</i>	Envejecimiento poblacional; longevidad; vejez.	Envejecimiento poblacional: Concepto	<i>“Análisis del concepto de envejecimiento” “Aging concept analysis”.</i>
Álvarez. J; 2017	España	<i>Scielo (Nutrición Hospitalaria)</i>	Desnutrición; Sarcopenia; anorexia anciano	Desnutrición en el Anciano	<i>“Update en el abordaje de la desnutrición del paciente crónico complejo” “Update on chronic complex patient malnutrition”</i>
Álvarez. J; 2011	España	<i>Scielo (Nutrición Hospitalaria)</i>	Nutrión anciano, envejecimiento activo	Estado nutricional población anciana	<i>“Envejecimiento y Nutrición”</i>
Bejarano.J; 2014	Colombia	<i>Scielo (Facultad de Medicina de Bogotá)</i>	Estado nutricional anciano; calidad de vida; derechos humanos ancianos	Estado nutricional población anciana	<i>“Alimentación, Nutrición y Envejecimiento: Un análisis desde el enfoque social de derechos” “A social approach to food, nutrition and aging from an analysis of rights”.</i>
Berría. M. I; 2012	Colombia	<i>Scielo (Revista Colombiana de Anestesiología)</i>	Envejecimiento; longevidad	Envejecimiento Poblacional: Concepto	<i><u>“Envejecimiento de la población: Un reto para la Salud Pública”</u></i>
Cardona. D; 2012	Colombia	<i>Scielo</i>	Envejecimiento; esperanza de vida; longevidad	Retos y Desafíos	<i><u>“Envejecimiento Poblacional en el Siglo XXI: oportunidades, retos y precauciones”.</u></i>
Creagh.M; 2015	Cuba	<i>Scielo (Revista Habanera de Ciencias Médicas)</i>	Calidad de vida, vejez, envejecimiento poblacional	Envejecimiento poblacional: Concepto	<i>“Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad”</i>

					<i>"Population aging as challenge of the science, the technique and society"</i>
Fernández. R; 2010	Colombia	<i>Scielo (Enfermería Global)</i>	Rol enfermería; adulto mayor; envejecimiento activo.	Rol de Enfermería rc Envejecimiento Poblacional	<i>"Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor"</i> <i>"Nursing Role in social support of elderly"</i>
França. Q; 2019	México	<i>Scielo</i>	Malnutrición; demencia; desnutrición; sarcopenia	Desnutrición en el Anciano	<i>"Efecto de la desnutrición en la enfermedad de Alzheimer"</i> <i>"Effect of malnutrition on Alzheimer's disease"</i>
García de Lorenzo. A; 2012	España	<i>Scielo (Nutrición Hospitalaria)</i>	Desnutrición; sarcopenia; anorexia.	Desnutrición en el Anciano	<i>"Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott- SENPE"</i>
García-Izquierdo. I; 2016	España	<i>Scielo (GEROKOMOS)</i>	Riesgo nutricional; sarcopenia; desnutrición; anorexia anciano	Desnutrición en el Anciano	<i>"Plan de cuidado a personas de edad avanzada en riesgo nutricional"</i> <i>"Care plan for elderly people at nutritional risk"</i>
Guerrero.N; 2015	Colombia	<i>Scielo</i>	Vulnerabilidad, adulto mayor, vejez, calidad de vida, retos envejecimiento	Envejecimiento poblacional: Concepto	<i>"Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud"</i> <i>"Factors associated with the vulnerability of the elderly with health disorders"</i>
Leiton. Z.E; 2016	México	<i>ElSevier (Enfermería Universitaria)</i>	Retos vejez, enfermería, envejecimiento	Rol de Enfermería rc Envejecimiento Poblacional	<i>"El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería"</i> <i>"Healthy ageing and well-being: A challenge, but also an opportunity for nursing"</i>

Martín. R; 2018.	Cuba	<i>Scielo (Revista Habanera de Ciencias Médicas)</i>	Actividad física, capacidad funcional, bienestar	Actividad Física y Calidad de vida	<i>“Actividad Física y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Una Revisión Narrativa”</i>
Rtínez. TJ; 2018	Cuba	<i>Scielo</i>	Envejecimiento activo; anciandad	Envejecimiento Poblacional: Concepto	<i>“El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad” “Aging, Elderly and Quality of Life: Success or Difficulty?”</i>
Piedra. C; 2010	España	<i>ElSevier (Revista Española de Geriátría y Gerontología)</i>	Actividad física, capacidad funcional, bienestar	Actividad Física y Calidad de vida	<i>“Beneficios del ejercicio físico en la Población Mayor Institucionalizada”</i>
Reyes. I; 2011	Venezuela	<i>Scielo (Revista Cubana de Investigación Biomédica)</i>	Envejecimiento humano; longevidad activa	Retos y Desafíos	<i>“El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia y la sociedad” “A healthy and active human aging process, a challenge for elderly, family and society”</i>
Rodríguez. N; 2018	México	<i>Scielo (Horizonte Sanitario)</i>	Envejecimiento; capacidad funcional	Envejecimiento Nacional	<i>“Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad”.</i>
Vilaplana.M; 2017	España	<i>ElSevier (Farmacia Profesional)</i>	Nutrición, Requerimientos nutricionales anciano	Estado nutricional población anciana	<i>“Alimentación en el anciano”</i>
WOH; 2020		<i>WHO</i>	Covid- 19	Covid- 19	<i>“Coronavirus disease 2019 (COVID- 19) Situation Report- 59</i>