

HACIA UNA SALUD INTEGRAL

Evidencia y aplicación de terapias complementarias
en enfermedades crónicas

Priscila Yadira Barrera Carmona
Marcelo Patricio Moncayo Gallegos
Jimmi Alexander Moreno Albán
Gabriel David Castro Colmenarez
Nidia Ingri Ducón Chaparro

Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador- Esculapio
Av.10 de Agosto e Ignacio de San María
<https://web.istcge.edu.ec/>

Título: Hacia una salud integral: Evidencia y aplicación de terapias complementarias en enfermedades crónicas.

Autores:

Priscila Yadira Barrera Carmona
Marcelo Patricio Moncayo Gallegos
Jimmi Alexander Moreno Albán
Gabriel David Castro Colmenarez
Nidia Ingri Ducón Chaparro

Diseño de carátula y edición: D.I. Santa de la Caridad Ruiz Crespo

Dirección editorial: Dr.C. Blas Yoel Juanes Giraud

ISBN: 978-9942-675-20-0

Sobre la presente edición:

Copyright © YOL Editorial, 2024

Copyright de Texto © ISTCGE, 2024

Copyright de Edición © YOL Editorial, 2024

Reservados todos los derechos. Salvo excepción podrá reproducirse, de forma parcial o total el contenido de esta obra, siempre que se haga de forma literal y se mencione a:

YOL Editorial

Pedro Vicente Maldonado y Vicente Andrade, 2-18, Quito, Ecuador.

<http://www.yoleditorial.com>

E-mail: consejo@yoleditorial.com

PUBLICADO DIGITALMENTE POR: <https://yoleditorial.com>

La infracción de dichos derechos conlleva sanciones legales y puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.



Esta obra está bajo una licencia internacional. Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0.

CITACIÓN: Barrera Carmona, P. Y., Moncayo Gallegos, M. P., Moreno Albán, J. A., Castro Colmenarez, G. D., & Ducón Chaparro, N. I. (2024). *Hacia una Salud Integral: Evidencia y aplicación de terapias complementarias en enfermedades crónicas*. YOL Editorial.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ATENCIÓN INTRA O PREHOSPITALARIA PARA PERSONAS VULNERABLES.....	13
1.1 Concepto y panorama de las enfermedades crónicas:.....	17
1.2 Causas y tipos de vulnerabilidad	52
1.3 Desarrollo terapias complementarias.....	64
CAPÍTULO 2: PROMOCIÓN DE VIDA SALUDABLE Y EMERGENCIAS MÉDICAS	71
2.1 Estilos de vida saludable como prevención:.....	74
2.2 Rol de las terapias complementarias en la promoción de salud	88
CONCLUSIONES	91
BUBLIOGRAFÍAS	97

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son condiciones de salud que persisten durante un largo periodo de tiempo, a menudo durante toda la vida del paciente. Estas enfermedades incluyen una variedad de afecciones, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y trastornos mentales. A diferencia de las enfermedades agudas, que suelen ser de corta duración y pueden resolverse con tratamiento, las enfermedades crónicas generalmente no tienen cura y requieren un manejo continuo. Esta característica las convierte en un desafío significativo tanto para los individuos afectados como para los sistemas de salud pública.

A nivel global, las estadísticas sobre enfermedades crónicas son alarmantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas condiciones son responsables de aproximadamente el 71% de todas las muertes en el mundo, lo que equivale a más de 41 millones de muertes anuales. Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad, seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Este panorama se ve agravado por el envejecimiento de la población mundial y por cambios en los estilos de vida, como el aumento del sedentarismo y la mala alimentación. Se proyecta que la carga de las enfermedades crónicas seguirá aumentando en las próximas décadas, lo que representa un desafío urgente para la salud pública.

Los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas son diversos y a menudo interrelacionados. Entre los más destacados se encuentran los estilos de vida poco saludables, como la falta de actividad física, una dieta rica en azúcares y grasas saturadas, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo. Además, factores socioeconómicos como la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud pueden aumentar significativamente el riesgo de desarrollar estas enfermedades.

Las condiciones ambientales también juegan un papel importante; por ejemplo, la contaminación del aire vinculada a un aumento en las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Por último, la predisposición genética puede influir en la susceptibilidad a

ciertas condiciones crónicas, lo que hace que algunas personas sean más vulnerables que otras.

Las condiciones del impacto global de las enfermedades crónicas son profundas y multifacéticas. Económicamente se estima que el costo asociado con estas condiciones supera los 7 billones de dólares anuales a nivel mundial. Este gasto incluye costos directos relacionados con atención médica y tratamientos, así como costos indirectos derivados de la pérdida de productividad laboral debido a ausencias o incapacidad. Además, las enfermedades crónicas afectan gravemente la calidad de vida de los individuos. Muchas personas enfrentan limitaciones en sus actividades diarias y experimentan un deterioro en su bienestar emocional y psicológico, lo que puede llevar a un ciclo de sufrimiento y aislamiento.

Para abordar este desafío, es fundamental implementar estrategias efectivas para el manejo y prevención de las enfermedades crónicas. La prevención debe ser una prioridad, promoviendo estilos de vida saludables a través de campañas educativas que fomenten una alimentación equilibrada, actividad física regular y el abandono del alcohol y el tabaco.

El rol de la salud y las terapias educativas en la promoción de la salud es fundamental para mejorar el bienestar general de las personas y las comunidades. La promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas aumentar el control de su salud y mejorarla. Este enfoque no solo se centra en la prevención de enfermedades, sino que también busca crear entornos que favorezcan estilos de vida saludables. A través de la promoción de la salud, se empodera a los individuos y comunidades para que adopten comportamientos saludables y participen activamente en decisiones relacionadas con su bienestar.

La educación en salud es una herramienta esencial dentro de este marco. A través de programas educativos, se brinda información sobre temas cruciales como nutrición, ejercicio físico, salud mental y prevención de enfermedades. La educación en salud permite a las personas comprender mejor los factores que afectan su bienestar y adquirir las habilidades necesarias para tomar decisiones informadas sobre su salud. Las estrategias educativas

pueden incluir talleres, seminarios y campañas de sensibilización, adaptando el contenido a las necesidades específicas de diferentes grupos demográficos.

Las terapias educativas combinan la educación con intervenciones específicas para promover la salud y el bienestar. Además, los programas de manejo de enfermedades crónicas enseñan a los pacientes a gestionar sus condiciones, proporcionándoles herramientas educativas que les permiten monitorear síntomas y hacer cambios en su estilo de vida. Un componente clave en la promoción de la salud es el empoderamiento. Al ofrecer educación y recursos, se capacita a las personas para que tomen el control de su salud, lo que mejora la adherencia a tratamientos y fomenta un sentido de autonomía.

Asimismo, las terapias educativas juegan un papel crucial en la prevención de enfermedades, ya que informan a las personas sobre factores de riesgo y comportamientos saludables, contribuyendo así a reducir la incidencia de enfermedades crónicas y agudas con la integración de enfoques saludables los cuales implican la combinación de diversas estrategias y prácticas que promueven el bienestar físico, mental y social de las personas. Un componente fundamental de este enfoque es la educación en salud, que busca concienciar a la población sobre hábitos saludables y la prevención de enfermedades. Proporcionar información adecuada y realizar talleres prácticos puede empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud.

Promover estilos de vida saludables es otro aspecto clave. Esto incluye fomentar una alimentación equilibrada y variada, que priorice el consumo de frutas, verduras, granos enteros y proteínas magras. Además, incentivar la actividad física regular es esencial para mantener un buen estado de salud. También es importante prestar atención a la salud mental, integrando actividades como la meditación y el yoga, que ayudan a manejar el estrés y mejorar el bienestar emocional.

La prevención y el manejo de enfermedades son componentes cruciales de un enfoque integral. Implementar programas de detección temprana para enfermedades comunes permite identificar problemas de salud antes de que se agraven. Asimismo, ofrecer recursos

y apoyo para el manejo de condiciones crónicas ayuda a las personas a aprender a cuidar de su salud de manera efectiva, incluyendo educación sobre medicación y autocuidado.

Crear entornos saludables es igualmente importante para fomentar un estilo de vida saludable. Esto implica promover espacios públicos seguros para la actividad física, como parques y senderos, así como facilitar el acceso a alimentos frescos y nutritivos a través de mercados locales y programas de agricultura comunitaria. Un entorno propicio puede motivar a las personas a adoptar hábitos más saludables.

El apoyo comunitario juega un papel fundamental en la promoción de la salud. Fomentar redes de apoyo donde las personas puedan compartir experiencias y ofrecerse ayuda mutua crea un sentido de pertenencia y bienestar. Además, colaborar con escuelas, empresas y organizaciones no gubernamentales permite desarrollar iniciativas de salud que beneficien a toda la comunidad.

Las políticas de salud pública son esenciales para respaldar estos esfuerzos. La implementación de regulaciones que restrinjan la publicidad de productos poco saludables como tabaco y bebidas azucaradas, puede contribuir a crear un entorno más saludable. Asimismo, desarrollar programas gubernamentales que incentiven estilos de vida saludables, como subsidios para gimnasios o campañas de vacunación, es fundamental para mejorar la salud pública.

Es crucial por tanto establecer un sistema de evaluación y mejora continua. Monitorear regularmente los programas de salud permite medir su efectividad identificar áreas que requieren ajustes. Involucrar a la comunidad en este proceso garantiza que el siguiente texto se convierta en una iniciativa del autor que responde a una necesidad real. En conjunto con los elementos antes expuestos el siguiente texto crea un enfoque integral que no solo previene enfermedades, sino que mejora la calidad de vida y fortalece el tejido social de las comunidades.

CAPÍTULO 1

**ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ATENCIÓN INTRA O
PREHOSPITALARIA PARA PERSONAS VULNERABLES**

CAPÍTULO 1. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ATENCIÓN INTRA O PREHOSPITALARIA PARA PERSONAS VULNERABLES

Las enfermedades crónicas representan un desafío significativo para la salud pública a nivel global. Estas condiciones, que incluyen diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras, afectan a millones de personas y requieren un manejo continuo y especializado. La complejidad de estas patologías se ve amplificada en poblaciones vulnerables que a menudo enfrentan barreras adicionales para acceder a la atención médica adecuada.

Estas son condiciones de salud que persisten durante un largo periodo y requieren un manejo continuo, ya que estas patologías afectan a una parte significativa de la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son responsables de aproximadamente el 71% de todas las muertes a nivel global, lo que subraya su impacto devastador en la salud pública. La prevalencia de estas enfermedades está en aumento, impulsada por factores como el envejecimiento de la población, el estilo de vida sedentario, dietas poco saludables y el aumento de la obesidad.

El manejo efectivo de las enfermedades crónicas es crucial no solo para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también para reducir la carga económica sobre los sistemas de salud. El tratamiento y la gestión inadecuados de estas condiciones pueden llevar a complicaciones severas, hospitalizaciones frecuentes y un aumento en los costos de atención médica. En este contexto, la atención intra o prehospitalaria se convierte en un componente esencial del sistema de salud, especialmente para poblaciones vulnerables que enfrentan desafíos adicionales.

Las personas vulnerables, que incluyen a ancianos, individuos con discapacidades, y aquellos que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables, a menudo experimentan barreras significativas para acceder a la atención médica adecuada. Estas barreras pueden incluir limitaciones económicas, falta de transporte, escaso conocimiento sobre su condición y el sistema de salud, así como problemas culturales y lingüísticos que dificultan la comunicación médica. Como resultado, estas poblaciones son más propensas a experimentar

un manejo inadecuado de sus enfermedades crónicas, lo que puede llevar a un deterioro gradual de su salud y a una mayor dependencia de servicios médicos intensivos.

La atención intra o prehospitalaria juega un papel crucial en la gestión de las enfermedades crónicas, especialmente en situaciones de emergencia. Este tipo de atención se refiere a los cuidados proporcionados antes de que el paciente llegue a un centro médico, ya sea en el hogar, en la comunidad o durante el transporte. En el caso de personas vulnerables como ancianos, personas con discapacidad, o aquellos que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables, la intervención temprana y adecuada puede ser determinante para evitar complicaciones graves y mejorar la calidad de vida.

Esta no se centra solo en el tratamiento inmediato, sino que también incluye la educación del paciente sobre su condición y como manejarla. Los profesionales de la salud que brindan atención prehospitalaria pueden ofrecer consejos sobre el manejo de medicamentos, la identificación temprana de síntomas preocupantes y la promoción de hábitos saludables. Este enfoque educativo empodera a los pacientes dándoles herramientas para tomar decisiones informadas sobre su salud y fomentando la autogestión de sus enfermedades crónicas. Para las poblaciones vulnerables, esta educación puede ser transformadora, ya que les ayuda a sentirse más seguros y capacitados para manejar su salud.

También juega un papel fundamental en la coordinación del cuidado entre diferentes niveles del sistema de salud. Al proporcionar información relevante sobre el estado del paciente y su historial médico, los profesionales que brindan atención prehospitalaria pueden facilitar una transición más suave hacia el tratamiento hospitalario si es necesario. Esto es especialmente importante para las personas con enfermedades crónicas que pueden requerir un seguimiento continuo y una gestión integral de su salud. La continuidad del cuidado es esencial para prevenir recaídas y garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado a lo largo del tiempo.

Además, la atención prehospitalaria no solo se centra en el tratamiento inmediato, sino que también incluye la educación del paciente sobre su enfermedad y la promoción de prácticas de autogestión. La capacitación en el manejo adecuado de las condiciones crónicas

empodera a los pacientes y les permite tomar decisiones informadas sobre su salud. Esto es especialmente importante para las personas vulnerables que pueden no tener acceso regular a servicios de salud o apoyo continuo.

1.1 Concepto y panorama de las enfermedades crónicas:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) también conocidas como enfermedades crónicas suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.

Para la Organización Mundial de la salud (OMS) 2021, las enfermedades crónicas son definidas como las que persisten durante un largo periodo de tiempo y que generalmente no se curan completamente. Estas enfermedades suelen requerir un manejo continuo y pueden incluir condiciones como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer.

Las enfermedades crónicas (EC) son padecimientos que se manifiestan por un largo periodo y producen incapacidad e invalidez derivadas de alteraciones patológicas irreversibles, los cuales comúnmente ocurren por atención y cuidados inadecuados (Oviedo y Reidl, 2007). De acuerdo con los datos de la OMS (2018), existe una elevada prevalencia e incidencia de EC, por lo que su manejo y atención se asume como una prioridad.

Según las cifras proporcionadas por este organismo, 41 millones de personas mueren al año por esta causa que equivale al 71% de las muertes producidas en el mundo (OMS, 2018). Las causas reportadas son las enfermedades cardiovasculares (17.7 millones cada año), seguidas del cáncer (8.8 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones). Este tipo de enfermedades se desarrollan debido a la combinación de un conjunto de factores, entre los que destaca el estilo de vida (Córdova et al., 2008; OMS, 2018).

Las cifras presentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) subrayan la magnitud del impacto global de las enfermedades no transmisibles (ENT), responsables del 71% de las muertes a nivel mundial, lo que equivale a 41 millones de personas al año (OMS, 2018). Esta estadística no solo evidencia el alcance del problema, sino que también resalta su carácter pandémico. Entre las principales causas de estas muertes se encuentran las enfermedades cardiovasculares (17.7 millones anuales), el cáncer (8.8 millones), las

enfermedades respiratorias crónicas (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones), lo que pone de manifiesto la necesidad de un abordaje multidimensional para prevenir y gestionar estas patologías.

El predominio de estas enfermedades refleja una interacción compleja de factores biológicos, ambientales y, en particular, conductuales. De acuerdo con investigaciones como las de Córdova et al. (2008) y la OMS (2018), el estilo de vida desempeña un papel central en el desarrollo de estas condiciones. La adopción de hábitos como la alimentación poco saludable, el sedentarismo, el consumo de tabaco y el abuso de alcohol actúan como desencadenantes principales. Estos comportamientos no solo incrementan el riesgo de padecer ENT, sino que también dificultan su manejo, perpetuando un ciclo que impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes y en los sistemas de salud.

Además, la distribución geográfica y socioeconómica de estas enfermedades muestra disparidades significativas. Las ENT afectan de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medianos, donde se registra más del 75% de las muertes relacionadas con estas enfermedades (OMS, 2018). Este patrón se atribuye a factores como el acceso limitado a servicios de salud, la falta de políticas preventivas eficaces y la exposición a entornos que promueven comportamientos de riesgo. La confluencia de estos elementos intensifica el impacto de las ENT en comunidades vulnerables, perpetuando desigualdades en salud.

El abordaje de este problema global requiere una respuesta integral que combine esfuerzos individuales, comunitarios y gubernamentales. La promoción de un estilo de vida saludable, la educación sobre la prevención de factores de riesgo y el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria son fundamentales. A nivel político, es crucial implementar medidas regulatorias, como el control de la comercialización de productos nocivos para la salud y la promoción de ambientes urbanos que fomenten la actividad física y la alimentación equilibrada. Solo a través de un enfoque coordinado y sostenido será posible mitigar el impacto devastador de las ENT y mejorar los indicadores de salud global.

Las EC suelen ir acompañadas de trastornos emocionales, como la ansiedad y depresión (Becker y Newson, 2005), los cuales provocan un impacto psicológico negativo que afecta la calidad de vida y bienestar de la persona enferma. La carga económica y social que

representan las EC ha justificado una mayor atención e interés por el estudio de los recursos psicológicos que pueden incidir en el bienestar del individuo, como la resiliencia.

Existen estudios que han sugerido que la resiliencia tiene impacto positivo en el tratamiento integral de diversas EC, por lo que inciden de forma favorable en la recuperación de la persona afectada (Becker y Newson, 2005; Yi et al. 2008). Se ha conceptualizado a la resiliencia como un proceso dinámico que concierne a la capacidad del ser humano para responder y afrontar positivamente las situaciones adversas que enfrenta a lo largo de su vida, incluso cuando representan un riesgo para la salud y el desarrollo (Luthar et al. 2000).

Los estudios de Becker y Newson (2005) y Yi et al. (2008) han resaltado la relevancia de la resiliencia como un factor clave en el tratamiento integral de enfermedades crónicas (EC), identificándola como un elemento que incide de manera favorable en la recuperación de las personas afectadas. Esta perspectiva pone en evidencia que la resiliencia no solo es una respuesta emocional a la adversidad, sino un componente activo que contribuye al bienestar físico y psicológico del paciente. La capacidad de afrontar positivamente las adversidades, inherente a la resiliencia, permite a los individuos desarrollar estrategias adaptativas frente a los retos que implica convivir con una enfermedad crónica, facilitando así la adherencia a los tratamientos, la gestión del estrés y la mejora en su calidad de vida.

La conceptualización de resiliencia como un proceso dinámico, planteada por Luthar et al. (2000), amplía nuestra comprensión de este constructo al destacar su carácter evolutivo y situacional. Este enfoque reconoce que la resiliencia no es una característica estática, sino que varía según las circunstancias individuales y contextuales. En el ámbito de las EC, este proceso dinámico es especialmente relevante, ya que los pacientes enfrentan desafíos continuos, desde el diagnóstico hasta el manejo prolongado de la enfermedad. La capacidad de responder positivamente a estas adversidades no solo depende de factores individuales, como la fortaleza psicológica, sino también de los recursos externos disponibles, como el apoyo familiar, social y profesional.

Además, los aportes de estos autores subrayan la importancia de la resiliencia en el contexto del riesgo para la salud y el desarrollo. En el caso de las EC, donde los riesgos pueden incluir complicaciones físicas, impacto emocional y limitaciones sociales, la resiliencia actúa

como un amortiguador que permite a los pacientes mantener una percepción positiva de su situación y buscar soluciones efectivas. Este aspecto es particularmente significativo para niños y adolescentes, cuyo desarrollo integral puede verse afectado por la presencia de una EC. En estos casos, el fortalecimiento de la resiliencia a través de intervenciones educativas, terapéuticas y comunitarias puede desempeñar un papel crucial en su recuperación y adaptación.

En suma, la resiliencia, entendida como un proceso dinámico y multifacético, representa un componente esencial en el tratamiento integral de las enfermedades crónicas. Su impacto positivo no solo se refleja en la mejora de los resultados clínicos, sino también en la capacidad de los pacientes para encontrar sentido y propósito a pesar de las adversidades, promoviendo una recuperación más holística y sostenible. Por ello, las estrategias de intervención en salud deberían incorporar el fortalecimiento de la resiliencia como una meta clave, asegurando un abordaje integral y centrado en el individuo.

En particular, se entiende como la capacidad del individuo que le permite superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva a través de la interacción entre los atributos del individuo (internos) y su entorno familiar, social y cultural (externos) (González, 2016).

La resiliencia está sujeta a la existencia de factores de riesgo y factores de protección; los factores de riesgo son las características de la persona o de su entorno social que incrementan la posibilidad de daño o de sufrir una consecuencia adversa; en el caso de la salud, las EC y aspectos como factores económicos y el estado emocional que las acompañan representan un factor de riesgo (González, 2016).

Por otra parte, los factores de protección son condiciones en la persona o en su entorno que modifican su respuesta y la conducen a una condición adaptativa a pesar del riesgo (Rutter, 1993). La literatura científica señala que los factores protectores involucrados en la resiliencia, como el optimismo y el estado de ánimo positivo, se relacionan con la salud, incluidos los procesos biológicos como la función inmunitaria (Yi et al. 2008).

Sin embargo, se considera que esta conexión entre la resiliencia y la salud aún no se ha explorado lo suficiente no sólo en los aspectos psicológicos, sino también en lo que respecta al impacto en la salud física y en el curso de la enfermedad. Por lo anterior, se tiene como

objetivo llevar a cabo una revisión de la literatura científica que ha evaluado la relación entre la resiliencia y la salud y su papel en la progresión de la EC, así como elaborar una síntesis que brinde un panorama general acerca de la investigación entorno al tema. La revisión al respect permite contar con un cuerpo de conocimientos que den sustento a investigaciones empíricas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades crónicas como “aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles”. Los cuatro tipos más relevantes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Desde el punto de vista de la cronología que caracterizaba los diferentes tipos de patologías más prevalentes en cada una las diferentes etapas epidemiológicas:

- a) estadísticas sanitarias o miasmática;
- b) enfermedades infecciosas; y,
- c) enfermedades crónicas; desde mediados del siglo pasado nos encontramos en esta tercera etapa.

La cronicidad está íntimamente ligada al envejecimiento poblacional. La OMS define el envejecimiento como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad y, finalmente, a la muerte.

La relación entre cronicidad y envejecimiento poblacional es un fenómeno complejo que tiene profundas implicaciones en la salud pública y la gestión de los sistemas sanitarios. El envejecimiento de la población, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el resultado de una acumulación progresiva de daños moleculares y celulares que se manifiestan con el tiempo en un deterioro funcional y un incremento de la susceptibilidad a enfermedades crónicas. Este proceso natural, aunque inevitable, varía significativamente entre individuos debido a factores genéticos, ambientales y estilos de vida, lo que plantea retos únicos en la prevención, manejo y tratamiento de las condiciones asociadas con el envejecimiento.

El descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, mencionado por la OMS, no solo afecta la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también contribuye al incremento de la carga de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis. Estas condiciones, en muchos casos, se superponen y se agravan mutuamente, un fenómeno conocido como multimorbilidad. La multimorbilidad complica el manejo clínico y exige enfoques integrales y personalizados en el tratamiento, dado que el modelo tradicional centrado en una sola enfermedad resulta inadecuado para abordar las complejidades del envejecimiento y la cronicidad.

Además, el envejecimiento conlleva un aumento significativo en la carga de los cuidados, tanto para los sistemas de salud como para las familias. A medida que las capacidades físicas y mentales declinan, muchas personas mayores requieren atención prolongada que puede incluir desde apoyo en actividades básicas de la vida diaria hasta cuidados especializados en entornos hospitalarios o residenciales. Este escenario plantea la necesidad urgente de estrategias de planificación que fortalezcan los sistemas de apoyo social y sanitario, con un enfoque en la prevención, la promoción de un envejecimiento activo y el acceso a tratamientos accesibles y efectivos.

Es importante resaltar que el envejecimiento no debe ser percibido únicamente desde una perspectiva de pérdida o deterioro. Aunque este proceso aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, también representa una oportunidad para fomentar la resiliencia y la adaptación. Con intervenciones adecuadas, como el fomento de la actividad física, una nutrición equilibrada y la participación social activa, muchas personas mayores pueden mantener un nivel significativo de independencia y calidad de vida. Este enfoque, combinado con políticas públicas que aborden las necesidades específicas de la población envejecida, es esencial para transformar el impacto del envejecimiento en una oportunidad para mejorar el bienestar colectivo.

Tales cambios no son lineales ni uniformes, y su relación con la edad de las personas en años es relativa. En este sentido, hay personas de edad avanzada que disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, mientras otras son a igualdad de edad

ancianos frágiles y necesitan en no pocas ocasiones una ayuda importante. Por lo demás, el envejecimiento (de una población) puede considerarse a su vez resultado de la combinación de diversos factores extrínsecos a la propia biología, como la disminución de la mortalidad en las diferentes etapas de la vida (en especial por enfermedades transmisibles), las mejoras en la salud pública (tanto en la protección y promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad) o los avances en la asistencia sanitaria de los pacientes crónicos. Todo ello conlleva de manera inequívoca una mayor esperanza de vida (en especial en los países desarrollados) y el consiguiente acúmulo de enfermedades crónicas, sobre todo, en personas de edad avanzada.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja, lo que lo erige en un importante fenómeno que afecta a las tres áreas que determinan la salud de las personas: la física, la psíquica y la social. El inicio de la vejez suele establecerse entre los 70 y los 75 años. Con carácter general, se describen tres subgrupos dentro de las personas mayores o de avanzada edad: a) ancianos jóvenes, entre 70 y 75 años, b) ancianos, entre los 75 y los 85 años y c) ancianos frágiles o muy mayores, de más de 85 años.

El padecimiento de más de una enfermedad en pacientes ancianos lleva a definir dos nuevos conceptos que con frecuencia se confunden: la comorbilidad y la pluripatología.

Comorbilidad

Se define como la presencia de dos o más enfermedades en un mismo sujeto. Esta definición, como tal, se solapa a la de multimorbilidad. Sin embargo, este término se ha visto modificado a lo largo del tiempo y se suele utilizar para referirse a diferentes patologías que acompañan a una enfermedad principal o primaria y que modifican el pronóstico y tratamiento de ésta. Por ejemplo, la dislipemia, la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial en un paciente que sufre como enfermedad basal cardiopatía coronaria (episodios previos de ángor o infartos de miocardio).

Esta acepción del término comorbilidad constituye un «modo vertical» de entender el padecimiento y la acumulación de patologías. Una enfermedad principal o de base lleva

aparejadas otras patologías, cada una con diferente importancia o peso sobre el pronóstico de aquella y que pueden estar o no asociadas entre sí, formando parte de lo que se denomina un síndrome. Por ejemplo, el síndrome metabólico (resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, hipertensión arterial y obesidad).

Pluripatología

Se trata de un concepto complementario al anterior. Tiene su origen en el cambio demográfico que atraviesa la población y que impide que se pueda establecer el protagonismo o la preponderancia de una enfermedad sobre otras. Se trata de enfermedades que, además, presentan interrelaciones entre ellas. Por ejemplo, ante un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardíaca, la descompensación de alguna de ellas por la causa que fuere (infecciones, errores de tratamiento, etc.) repercute en la estabilidad, curso y pronóstico del resto de las patologías. Como puede deducirse, se trata de un «modo más transversal» de entender la enfermedad.

La definición del paciente pluripatológico actualmente considera varios aspectos:

- Padecer dos o más enfermedades crónicas que no tienen curación
- Presencia de un deterioro progresivo que conduce a la pérdida de autonomía.

Riesgo concomitante de sufrir un mayor número de patologías relacionadas con las que se padecen.

El riesgo concomitante de sufrir un mayor número de patologías relacionadas con las que ya se padecen es un fenómeno bien documentado en la medicina, particularmente en el contexto de enfermedades crónicas y degenerativas. Este fenómeno, conocido como multimorbilidad, ocurre cuando una persona enfrenta múltiples enfermedades simultáneamente, las cuales pueden interactuar entre sí de maneras que complican su manejo y exacerban sus efectos en la salud. Este desafío es especialmente relevante en poblaciones envejecidas, pero también afecta a personas jóvenes con condiciones crónicas complejas.

La multimorbilidad se presenta con mayor frecuencia cuando ciertas enfermedades comparten factores de riesgo o mecanismos fisiopatológicos comunes. Por ejemplo, una

persona con diabetes mellitus tiene un riesgo significativamente mayor de desarrollar hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y complicaciones como nefropatías o retinopatías. Estas condiciones no solo coexisten, sino que interactúan de manera que aceleran el deterioro del paciente. La diabetes puede agravar la hipertensión debido a los daños en los vasos sanguíneos, mientras que la hipertensión acelera el daño renal, creando un ciclo que amplifica las complicaciones de ambas patologías.

Además, el riesgo de patologías concomitantes se amplifica por los efectos secundarios de los tratamientos. Por ejemplo, el uso prolongado de medicamentos para controlar una enfermedad, como los corticoides en enfermedades autoinmunes, puede predisponer al desarrollo de osteoporosis, hipertensión, o infecciones recurrentes. Este fenómeno, conocido como iatrogenia, es particularmente preocupante en pacientes con regímenes terapéuticos complejos, ya que el manejo de una patología puede inadvertidamente predisponer a otras.

Otro factor que contribuye a este riesgo es el declive funcional y fisiológico asociado con enfermedades crónicas. Una condición como la insuficiencia cardíaca, que reduce la capacidad del corazón para bombear sangre eficientemente, puede desencadenar un espectro de complicaciones como insuficiencia renal debido a la disminución del flujo sanguíneo hacia los riñones. De manera similar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no solo afecta los pulmones, sino que también aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares debido a la inflamación sistémica crónica que provoca.

El impacto de estas interacciones en el bienestar del paciente es profundo. Los individuos con múltiples patologías enfrentan un mayor deterioro de su calidad de vida, mayores costos médicos y una complejidad significativa en el manejo clínico. Además, las patologías concomitantes incrementan el riesgo de hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, así como una mayor mortalidad. Estas realidades subrayan la necesidad de un enfoque integral en el manejo de la salud, que contemple no solo el tratamiento aislado de cada enfermedad, sino también la interacción entre ellas.

Por último, es fundamental destacar la importancia de la prevención y la detección temprana para mitigar el riesgo de enfermedades concomitantes. Esto implica un monitoreo

constante de las personas con enfermedades crónicas, así como intervenciones que promuevan estilos de vida saludables. La atención centrada en el paciente, que combine enfoques multidisciplinarios y personalizados, es crucial para abordar las complejidades de la multimorbilidad y garantizar un tratamiento que no solo prolongue la vida, sino que también preserve su calidad.

De todo lo expuesto anteriormente, se deduce que el perfil y las características de los pacientes que se atienden actualmente en las consultas médicas de atención primaria de salud (APS) o en el ámbito de urgencias es cada vez más complejo. De ahí que se hable de enfermedades crónicas complejas.

Enfermedades crónicas complejas y pluripatología

Entre los pacientes afectados de patologías crónicas existen algunos que, por sus especiales características, su atención tiene un mayor impacto en la asistencia sanitaria tanto ambulatoria como hospitalaria. Algunos estudios cifran el gasto sanitario generado por la atención a tales pacientes en un 40 % del gasto hospitalario global, a lo que se asocia una elevada frecuentación de las consultas de urgencias y de los centros de APS. Este concepto se relaciona estrechamente con el de paciente con fragilidad. En el sentido amplio de la palabra, frágil es aquello que siendo débil puede romperse fácilmente.

Aplicado a las personas, el individuo frágil sería aquella persona débil con un elevado riesgo de pérdida de la capacidad funcional, pero que todavía es independiente. En un ámbito como el de urgencias, organizado hacia el diagnóstico y el tratamiento puntual de las enfermedades, se tiende a evaluar poco o nada la capacidad funcional y su repercusión sobre las actividades de la vida diaria. En este contexto, la evidencia ha demostrado las limitaciones que conlleva la atención de este tipo de pacientes sobre la base de un modelo centrado de manera predominante en la enfermedad. La atención a la persona con «condiciones crónicas y necesidades de atención complejas» difícilmente puede ser abordada por una sola organización o una única categoría profesional.

Se requiere, por tanto, de un abordaje global y multidimensional que integre y coordine a diferentes organismos (sistema sanitario, servicios sociales, comunidad, etc.) y a

un grupo multidisciplinar de profesionales (personal médico y de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), así como a los cuidadores informales o la familia de estos pacientes.

Discapacidad

Se define como la pérdida de funcionalidad que tiene como consecuencia la disminución de la actividad personal y la limitación de la realización de actividades básicas de la vida diaria, así como la mayor dificultad para la integración de la persona en la sociedad. Esta pérdida es el resultado de una combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, enfermedades crónicas o procesos agudos o recurrentes.

La pérdida de funcionalidad representa una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud, especialmente en poblaciones envejecidas o aquellas afectadas por enfermedades crónicas. Este deterioro no solo afecta la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, alimentarse o moverse, sino que también repercute profundamente en la autonomía personal, la calidad de vida y la capacidad de integración social del individuo. Comprender los factores que contribuyen a esta pérdida es esencial para desarrollar intervenciones efectivas que mitiguen sus efectos y promuevan la rehabilitación.

La pérdida de funcionalidad está influenciada por una combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad. A medida que las personas envejecen, se produce una disminución progresiva en la fuerza muscular, la densidad ósea y la capacidad cardiorrespiratoria. Este proceso, conocido como senescencia biológica, también afecta la flexibilidad, la coordinación y los reflejos, aumentando el riesgo de caídas y lesiones. Estos cambios, aunque normales en el envejecimiento, se ven exacerbados por enfermedades crónicas como la artritis, que limita la movilidad, o la diabetes, que puede provocar neuropatías que interfieren con el equilibrio y la percepción sensorial.

Además de los cambios fisiológicos, las enfermedades crónicas juegan un papel central en la pérdida de funcionalidad. Condiciones como la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la enfermedad de Parkinson imponen limitaciones físicas significativas que reducen la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades diarias. La naturaleza progresiva de estas enfermedades contribuye a un deterioro

acumulativo que, en ausencia de intervenciones adecuadas, puede llevar a la dependencia total. Por ejemplo, un paciente con EPOC puede experimentar fatiga extrema al realizar actividades básicas, mientras que una persona con enfermedad de Parkinson enfrenta dificultades relacionadas con la rigidez muscular y los temblores.

Los procesos agudos o recurrentes, como infecciones graves, fracturas o episodios de descompensación en enfermedades crónicas, también tienen un impacto considerable en la funcionalidad. Estos eventos suelen desencadenar hospitalizaciones y periodos de inmovilidad que contribuyen a la atrofia muscular y la pérdida de fuerza. Asimismo, la hospitalización prolongada está asociada con un fenómeno conocido como síndrome de desacondicionamiento, donde el cuerpo pierde rápidamente capacidades físicas previamente adquiridas, agravando la vulnerabilidad del paciente.

La pérdida de funcionalidad no solo tiene implicaciones físicas, sino que también afecta profundamente el bienestar emocional y social del individuo. La limitación en la capacidad de participar en actividades sociales o cumplir roles dentro de la familia o la comunidad puede conducir al aislamiento social, sentimientos de inutilidad y depresión. La desconexión social, a su vez, tiene un impacto negativo en la salud física, creando un círculo vicioso que refuerza la dependencia y la pérdida de autonomía.

Por último, abordar esta problemática requiere un enfoque integral que combine la prevención, el manejo clínico y la rehabilitación. Es fundamental implementar estrategias para prevenir el deterioro funcional a través de programas de actividad física adaptada, manejo temprano de enfermedades crónicas y educación en salud. Asimismo, los programas de rehabilitación deben centrarse en restaurar las capacidades funcionales y mejorar la calidad de vida, incorporando la participación activa de equipos interdisciplinarios, cuidadores y la propia persona afectada. De esta manera, se puede mitigar el impacto de la pérdida de funcionalidad y fomentar una vida más plena e independiente.

Dependencia y autonomía personal

El término dependencia hace alusión a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida cotidiana.

El Consejo de Europa (1998) propuso la siguiente definición: «son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria».

Por su parte, el Observatorio Social de las Personas Mayores hace hincapié tanto en la dependencia como en la autonomía de la persona. El primero de los términos se refiere al «estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

La autonomía personal, por su parte, fue definida como «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria». Pues bien, ambos aspectos son con frecuencia atributos asociados en la mayor parte de los pacientes crónicos complejos, en especial en los de avanzada edad en los que la falta de autonomía personal, derivada del padecimiento de múltiples patologías, convierte a estos pacientes en dependientes.

Evolución de la pirámide poblacional

El progresivo envejecimiento poblacional se ha convertido en un hecho indiscutible que supone uno de los principales retos para la salud y la organización de los servicios sanitarios en las próximas décadas. Así, las Naciones Unidas, en sus Perspectivas de la Población Mundial de 2019, calcularon una población total de 7.700 millones de personas, de las cuales un 9,1 % tenía 65 o más años. Este porcentaje contrasta con el 5,1 % de mayores de 65 años calculado para el año 1950, o el 6,9 % en el año 2000. Las proyecciones para el año 2100 sitúan dicho porcentaje en un 22,6 %.

En los últimos 30 años, la pirámide poblacional mundial ha pasado de ser de tipo progresivo en 1990 (natalidad y mortalidad altas, con un crecimiento poblacional rápido) a

presentar una forma estable en la actualidad, en la que natalidad y la mortalidad se mantienen constantes, y las predicciones auguran una pirámide mundial regresiva a partir del año 2030, en el que natalidad y la mortalidad seguirán descendiendo, generando un creciente envejecimiento poblacional

Ante estos datos, parece evidente que el crecimiento poblacional experimentado en las últimas décadas está relacionado con el incremento de la esperanza de vida gracias a numerosos factores, entre los que destacan la mejoría de los servicios sanitarios y un mayor conocimiento, tecnología y herramientas para afrontar los problemas de salud y prevenirlos. Esta evolución de la pirámide poblacional mundial está generando, por tanto, un incremento de la proporción de personas mayores de 65 años, lo que conlleva un mayor porcentaje de población con patologías crónicas, multimorbilidad y pluripatología.

Indudablemente, estos factores son muy dispares si se consideran los distintos países en términos de desarrollo económico, tecnología y accesibilidad de servicios sanitarios. Así, en Europa, el envejecimiento poblacional es aún más evidente que a nivel mundial. En la actualidad, hay un 20,3 % de mayores de 65 años en los países de la Unión Europea, dato que coincide aproximadamente con los españoles (19,7 %).

Como se muestra en la, si bien la población mundial incrementará a costa del gran crecimiento de los países subdesarrollados, las poblaciones europea y española se mantendrán constantes de acuerdo con las proyecciones para el año 2100 realizadas por Eurostat, pero el porcentaje de ancianos incrementará progresivamente hasta suponer un tercio de la población total. Las predicciones del INE son aún más alarmantes: para el año 2066, un 34,6 % de la población española será mayor de 65 años.

Es de esperar que gran parte de estas personas con edad avanzada sean enfermas pluripatológicas, que deberán ser cuidadas y controladas en su entorno, ya sea en residencias o en su domicilio. Por esta razón, los servicios sanitarios de atención primaria tendrán que multiplicar su trabajo, asumir nuevas competencias y desempeñar un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes. El sistema sanitario de los países desarrollados habrá de adaptarse a este envejecimiento poblacional progresivo, estableciendo planes de cuidados

específicos e implantando programas de prevención que consigan disminuir la demanda de servicios hospitalarios y favorezcan la autonomía de los pacientes de edad avanzada.

Frecuencia de la cronicidad

Como ya se avanzaba en el anterior apartado, paralelamente al envejecimiento de la población también se halla en continuo aumento la frecuencia de pacientes con patologías crónicas. La hipertensión arterial continúa siendo el trastorno más prevalente, seguido de otros trastornos metabólicos (colesterol alto, diabetes, problemas tiroideos) y reumatológicos (dolor de espalda lumbar y cervical y artrosis), todos ellos asociados a la edad.

Debe tenerse también en cuenta que la prevalencia de cada una de estas enfermedades es variable en función del sexo. Así, mientras los trastornos relacionados con el síndrome metabólico y el hábito tabáquico (como hipertensión, colesterol alto, diabetes y EPOC) continúan siendo algo más frecuentes en hombres, el resto de los trastornos crónicos es más prevalente en mujeres. Ello coincide con el estado de salud percibido según la ENS, en la que los varones mostraron una mejor percepción de su salud (78 % buena o muy buena) respecto a las mujeres (70 %). Este dato puede estar sesgado por el hecho de que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, por lo que el porcentaje de mujeres de edad avanzada (y, por tanto, con pluripatología) es mayor que el de hombres.

Principales indicadores sanitarios en la población mayor tasa de dependencia La tasa de dependencia es el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años. Este índice demográfico ofrece una visión del porcentaje de la población con edades a priori dependientes económicamente, es decir, no incorporadas al mercado de trabajo. La esperanza de vida resume el tiempo de vida que le queda a un individuo como promedio, basado en las tablas de vida por sexo y edad y en las características de su entorno.

En gran medida, el principal factor responsable del progresivo envejecimiento poblacional y de la evolución regresiva de la pirámide de la población española es el incremento de la esperanza de vida, unido a un descenso de la natalidad. Así, actualmente la esperanza de vida española al nacimiento es de 83,2 años (80,5 para hombres

y 85,9 para mujeres), mientras que en el año 2000 se cifraba en 79,3. Las proyecciones para el año 2050 la sitúan en 86,6 años.

Existen, igualmente, indicadores que miden la carga de enfermedad y no exclusivamente los años de esperanza de vida. Así, los años de vida ajustados por calidad cuantifican el daño o la pérdida producida por una enfermedad o lesión en la salud poblacional. Asimismo, la esperanza de vida libre de discapacidad es el número de años que se espera que viva un individuo sin discapacidad o limitaciones producidas por enfermedades.

Limitación y discapacidad

El incremento en la esperanza de vida conlleva necesariamente un aumento en el porcentaje de personas con limitaciones crónicas para realizar las actividades de la vida cotidiana debido a un problema de salud.

El incremento en la esperanza de vida es uno de los logros más significativos de la humanidad, reflejando avances en la medicina, la nutrición y las condiciones de vida. Sin embargo, este avance también trae consigo desafíos asociados con el envejecimiento de la población, particularmente el incremento en el porcentaje de personas que enfrentan limitaciones crónicas para realizar las actividades de la vida cotidiana. Este fenómeno plantea serios retos para los sistemas de salud y la sociedad en general, exigiendo enfoques integrales para garantizar la calidad de vida en las etapas avanzadas de la vida.

La prolongación de la vida no siempre viene acompañada de una mejora proporcional en la salud funcional. A medida que las personas envejecen, es común que desarrollen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares o artritis, las cuales pueden limitar significativamente su capacidad para llevar a cabo tareas esenciales, como vestirse, cocinar o moverse. Estas enfermedades suelen tener un curso progresivo, acumulándose en el tiempo y provocando síndromes geriátricos como la fragilidad o el deterioro cognitivo, que incrementan aún más la dependencia de cuidados externos.

Además de las enfermedades crónicas, los procesos agudos que se presentan en edades avanzadas, como fracturas o infecciones graves, pueden llevar a una pérdida funcional irreversible en muchos casos. Por ejemplo, una fractura de cadera en un adulto mayor, aunque

tratada con éxito, a menudo resulta en una movilidad reducida permanente. Este tipo de eventos no solo limitan la independencia del individuo, sino que también incrementan la necesidad de atención prolongada en el hogar o en instituciones especializadas.

El impacto de estas limitaciones va más allá de lo físico, afectando la calidad de vida emocional y social de las personas. La pérdida de autonomía puede generar sentimientos de frustración, aislamiento y depresión, particularmente en aquellos acostumbrados a un alto grado de independencia. Al mismo tiempo, el aumento en las limitaciones funcionales impone una carga significativa a los sistemas de salud y a las redes de apoyo familiar, que deben enfrentar una demanda creciente de servicios de cuidado de larga duración, rehabilitación y apoyo emocional.

En el ámbito económico, este fenómeno tiene repercusiones considerables. Los costos asociados con el cuidado de personas con limitaciones crónicas incluyen gastos médicos directos, como consultas, medicamentos y hospitalizaciones, así como costos indirectos, como la pérdida de productividad y el tiempo dedicado por familiares o cuidadores profesionales. Esto subraya la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan un envejecimiento saludable, enfocándose en la prevención y el manejo efectivo de enfermedades crónicas desde etapas tempranas de la vida.

Para abordar estos desafíos, es crucial adoptar un enfoque integral y preventivo. Promover la actividad física regular, una dieta equilibrada y chequeos médicos periódicos puede retrasar el inicio de las limitaciones funcionales. Asimismo, la implementación de programas de rehabilitación, tecnologías asistivas y el fortalecimiento de los sistemas de atención domiciliaria son medidas clave para mejorar la calidad de vida de las personas con limitaciones crónicas. Finalmente, un cambio cultural que valore y apoye a los adultos mayores en su papel dentro de la sociedad contribuirá a mitigar los efectos negativos del envejecimiento poblacional.

Este fenómeno global requiere una respuesta multidimensional que integre la acción del sector salud, las políticas sociales y la educación, reconociendo que garantizar una vida larga debe ir de la mano con asegurar una vida plena y funcional para todos.

Salud autopercebida

Los factores que se asociaron negativamente a la percepción del estado de salud fueron el sexo femenino, la edad avanzada (especialmente mujeres de 65 años que vivían solas), bajo nivel de renta, bajo nivel educativo y nacionalidad extranjera. Las enfermedades crónicas desempeñan un papel fundamental en la salud autopercebida, especialmente si son de larga duración y si conllevan dolor o limitación.

La percepción del estado de salud, entendida como una evaluación subjetiva que las personas hacen de su bienestar físico y mental, está profundamente influenciada por diversos factores sociales, demográficos y económicos. Entre estos, los estudios han identificado consistentemente que el sexo femenino, la edad avanzada, la condición socioeconómica y la nacionalidad extranjera son determinantes que afectan negativamente esta percepción. Este fenómeno resalta la complejidad del bienestar, que no solo depende de la ausencia de enfermedad, sino también de las condiciones sociales y contextuales en las que las personas viven.

En el caso del sexo femenino, diversos estudios han señalado que las mujeres suelen reportar una peor percepción de su estado de salud en comparación con los hombres. Este fenómeno puede estar relacionado con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones de salud específicas en mujeres, como la osteoporosis, las migrañas o los trastornos autoinmunes, que suelen ser más comunes en ellas. Además, las mujeres son más propensas a experimentar situaciones de carga emocional derivadas de roles sociales tradicionales, como el cuidado de familiares, lo que puede incrementar su sensación de vulnerabilidad.

La edad avanzada, especialmente en mujeres mayores de 65 años que viven solas, representa otro factor crítico. La soledad y el aislamiento social tienen un impacto significativo en la percepción de salud, ya que pueden exacerbar problemas emocionales como la depresión y la ansiedad. A medida que las personas envejecen, es más probable que acumulen enfermedades crónicas y experimenten limitaciones funcionales, lo que afecta su capacidad para llevar una vida independiente. En este grupo, las condiciones que conllevan dolor o

limitación, como la artritis, tienen un efecto particularmente debilitante sobre la percepción del bienestar.

El bajo nivel de renta y educativo también juega un papel determinante en la percepción del estado de salud. Las personas con ingresos limitados tienen menos acceso a servicios médicos de calidad, medicamentos y opciones de tratamiento, lo que puede agravar enfermedades existentes y disminuir la calidad de vida. Asimismo, el bajo nivel educativo está asociado con una menor comprensión de los problemas de salud y sus tratamientos, lo que puede llevar a una mayor sensación de inseguridad y descontrol frente a las enfermedades.

Por otro lado, la nacionalidad extranjera añade una dimensión adicional de vulnerabilidad. Las personas migrantes a menudo enfrentan barreras culturales, lingüísticas y administrativas para acceder a servicios de salud. Además, pueden estar expuestas a condiciones laborales precarias o situaciones de discriminación, que incrementan el estrés y deterioran su bienestar general. La inseguridad y el aislamiento asociados con la migración también pueden contribuir a una percepción más negativa del estado de salud.

En este contexto, las enfermedades crónicas desempeñan un papel central. Condiciones como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, especialmente cuando son de larga duración y conllevan dolor o limitación, tienen un impacto directo en la calidad de vida y la percepción del bienestar. El dolor crónico, en particular, no solo afecta físicamente, sino que también tiene repercusiones psicológicas significativas, incrementando el riesgo de depresión y ansiedad.

Para abordar estos desafíos, es crucial adoptar un enfoque de atención integral que tenga en cuenta estos determinantes sociales y económicos. Esto incluye políticas públicas orientadas a mejorar el acceso a servicios de salud, la educación sanitaria y programas específicos para mujeres, personas mayores y comunidades migrantes. Promover estrategias de prevención y manejo efectivo de enfermedades crónicas también es fundamental para mitigar su impacto en la percepción del estado de salud. En última instancia, una mejor percepción de salud requiere no solo intervenciones médicas, sino también el reconocimiento y abordaje de las desigualdades estructurales que afectan a los grupos más vulnerables.

Epidemiología analítica de la cronicidad. Determinantes de la salud

De acuerdo con el modelo de determinantes de la salud propuesto por Marc Lalonde en 1974, los factores con capacidad para proteger o causar problemas de salud se dividen en cuatro grandes bloques:

- Estilos de vida: hábitos, costumbres, creencias, comportamientos, actitudes, etc. Un ejemplo de estilo de vida perjudicial para la salud sería el hábito tabáquico.
- Factores biológicos: herencia genética, envejecimiento, sexo, edad, etc. Un ejemplo de factor biológico perjudicial para la salud sería poseer la mutación congénita del gen HFE para el desarrollo de hemocromatosis.
- Medio ambiente: éste se puede dividir en físico, del que depende la calidad del aire, disponibilidad de agua, características del entorno, climatología, etc., y social, que se manifiesta como nivel socioeconómico, nivel educativo, formar parte de un colectivo socialmente reprimido, etc. Un ejemplo de factor ambiental perjudicial para la salud sería no disponer de agua potable cerca de la vivienda.
- Asistencia sanitaria: accesibilidad, organización y gestión de recursos, etc. Un ejemplo de factor de asistencia sanitaria perjudicial para la salud sería no tener acceso a un centro de salud próximo a la vivienda. Posteriormente a la definición y el reconocimiento extendido de estos factores, el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada realizó un estudio para analizar el potencial impacto en salud de cada uno de estos grupos. Los resultados atribuyeron un 15 % de dicho impacto a los factores biológicos, un 25 % al sistema sanitario y un 60 % a los estilos de vida y medio ambiente (10 % al ambiente físico y 50 % al social y económico).

Estos datos han generado un amplio debate respecto al papel y la orientación que han de tener los servicios sanitarios. Las estrategias destinadas a promover la salud y prevenir la enfermedad mediante la modificación de hábitos de vida poco saludables o el establecimiento de un medio ambiente físico y socioeconómico más favorable, de acuerdo con este modelo, tendrían un mayor impacto en la salud de la población que aquellas estrategias centradas exclusivamente en la restauración de la enfermedad mediante los servicios sanitarios y el

enfoque biologicista de la enfermedad, puesto que la mayoría de los factores biológicos son no modificables y su impacto en la salud parece ser más limitado.

Con posterioridad al modelo de Lalonde, en el año 1991 Dahlgren y Whitehead propusieron un modelo de determinantes modificado, basado en el anterior y ampliamente utilizado en la actualidad. Este modelo considera varios niveles de salud que se distribuirían, a modo de capas de un arco iris, desde más internamente (factores individuales, con menor impacto en la salud) hasta más externamente (factores poblacionales, con mayor impacto en la salud) de la siguiente manera:

- Factores individuales: edad, sexo, factores constitucionales.
- Estilos de vida del individuo.
- Redes sociales y comunitarias.
- Condiciones de vida y de trabajo.
- Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

De nuevo, los determinantes sociales de la salud se muestran como aquellos con mayor impacto en la salud de acuerdo con este modelo.

Factores de riesgo para la cronicidad

Siguiendo la estructura de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, los factores de riesgo de la cronicidad se pueden dividir en los cinco grandes grupos propuestos.

Factores individuales

La edad es el principal factor relacionado con la cronicidad. Sin embargo, se trata de un factor no modificable sobre el que las estrategias preventivas no pueden tener impacto. De igual manera, el sexo femenino se asocia con una mayor prevalencia de limitación y discapacidad y una peor salud autopercebida. La brecha por género está presente en todos los indicadores de limitación crónica para las actividades de la vida diaria. La prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las mujeres. Son una excepción la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el colesterol alto y la EPOC, que son más frecuentes en los hombres.

Respecto a los factores constitucionales, la fragilidad asociada a la edad (inmunodeficiencia, mayor prevalencia de comorbilidades, disminución de la capacidad funcional, etc.) hace más propensa a la población femenina a adquirir enfermedades crónicas.

Estilos de vida individuales

El índice de masa corporal es uno de los factores más fuertemente asociados a la cronicidad, especialmente a patología cardiovascular, respiratoria y reumatológica crónica. El consumo de tabaco es también un conocido factor de riesgo para prácticamente cualquier problema de salud crónico, así como para el pronóstico y control de estos. En general, en los países desarrollados, el tabaco es la principal causa de muerte prevenible. Tiene una especial importancia en el desarrollo de EPOC y síndrome metabólico. Atendiendo al género, los hombres muestran mayor prevalencia de consumo diario (25,6 %), aunque las mujeres han incrementado sus cifras en las últimas décadas (actualmente, 18,8 %). La exposición al humo de tabaco en lugares cerrados, no obstante, ha disminuido de manera importante en los últimos 10 años, probablemente debido a cuestiones legislativas.

Otro conocido factor de riesgo con múltiples efectos negativos sobre la cronicidad es el consumo de bebidas alcohólicas.

La prevalencia de consumo diario de bebidas alcohólicas se sitúa en un 14,7 %. Estas cifras difieren sustancialmente entre hombres y mujeres (22,6 % y 7,3 %, respectivamente), incrementándose el consumo a partir de los 55 años. La actividad física es uno de los factores más importantes para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas, muchas de las cuales, especialmente patologías cardiovasculares, muestran una fuerte asociación con la obesidad y el sedentarismo.

El tiempo medio diario de actividad sedentaria en población adulta es de 5 horas, y el 74 % de la población pasa al menos 1 hora diaria de su tiempo libre frente a una pantalla (82,7 % en fin de semana). En este sentido, la actividad física o actividad principal en el trabajo desempeña un papel fundamental en la población ocupada. Hasta un 38,3 % de esta población trabaja sentada la mayor parte del día, por lo que sería especialmente recomendable aconsejar la realización de actividad física durante el tiempo de ocio o intensificar las estrategias de promoción de la actividad física en este colectivo.

La realización de tareas que requieren gran esfuerzo físico en el trabajo (4,2 %), sin embargo, redundan en una mayor frecuencia de dolor de espalda crónico y artrosis precoz, por lo que la actividad física laboral ha de ser moderada y adaptada a la persona. Se ha demostrado

que la realización de actividad física es especialmente positiva para la salud y genera mayor adherencia cuando se realiza de manera gratificante y en compañía.

Sin embargo, la prevalencia de sedentarismo en el tiempo de ocio es aún muy elevada en la población (36 %) e incrementa conforme lo hace la edad, hasta llegar a un 70,3 % en mayores de 85 años. Posiblemente el diseño y la ejecución de estrategias de actividad física adaptadas a personas de edad avanzada podrían ayudar a mejorar estos porcentajes, lo que sin duda repercutiría en una menor prevalencia y un mejor control de los problemas de salud crónicos. En las personas mayores, los beneficios del incremento de la actividad física incluyen mayor movilidad, flexibilidad o fuerza y mejor condición física, en general.

Respecto a la dieta, el patrón de consumo de alimentos aún se aleja de las recomendaciones dietéticas, a pesar de que la dieta mediterránea, ampliamente establecida en nuestro medio, ha demostrado reducir significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (estudio PREDIMED) muestra la prevalencia de consumo diario por grupos de alimentos en la población.

Como ocurría con el consumo de tabaco y alcohol, el consumo de alimentos es más adecuado en el caso de las mujeres y también conforme aumenta la edad, a partir de los 45 años. Probablemente las personas de mayor edad están más concienciadas con su salud, por lo que sus hábitos dietéticos son más saludables. Es necesario, pues, intensificar las estrategias de promoción de dieta saludable en varones y en menores de 45 años, especialmente en población infantil, pues en este subgrupo se puede prevenir la aparición de enfermedades crónicas desde una temprana edad, optimizando la mejoría potencial de los años de vida ajustados por calidad.

Los estilos de vida individuales, en resumen, ocupan un lugar fundamental como determinantes de la salud, y las medidas destinadas a actuar sobre ellos desde la infancia tienen un gran potencial en años de calidad de vida, pues sus efectos pueden prologarse durante toda la vida. No debe esperarse a que un individuo desarrolle estilos de vida negativos para actuar sobre ellos, sino que es necesario favorecer y promover los estilos de vida saludables antes incluso de que estos se desarrollen.

Redes sociales y comunitarias

El apoyo social es fundamental para las personas con problemas crónicos de salud, especialmente para los pacientes de edad avanzada o con limitaciones en las actividades de la vida diaria. Este apoyo social incluye desde la accesibilidad de los servicios de atención primaria a domicilio hasta la presencia de familiares, trabajadores sociales o cuidadores en el entorno capaces de prestar la ayuda diaria necesaria. Sin embargo, estas cifras son algo menores entre los 45 y 85 años y disminuyen entre las personas que tienen trabajo con estudios superiores, la población adulta extranjera y entre comunidades autónomas.

Un ejemplo de iniciativas de atención primaria destinadas a mejorar las redes de cuidados sociales en la comunidad se encuentra en el Centro de Salud de Almanjáyar (Granada), en el que se desarrolló un programa para prestar apoyo funcional a personas dependientes de la comunidad sin ayuda institucional o familiar, al tiempo que se capacitó e insertó laboralmente como trabajadores de atención a domicilio a personas de la propia comunidad.

Condiciones de vida y de trabajo

El siguiente nivel de salud tiene que ver con las facilidades o dificultades encontradas en el entorno en el que se desarrollan las actividades rutinarias diarias y laborales. Así, los problemas en la vivienda suponen un importante factor en la salud física y psicológica, y una importante fuente de desigualdades sociales.

Ejemplos de factores que puede influir negativamente en la vivienda son el ruido molesto procedente del exterior, malos olores procedentes del exterior, agua de consumo de mala calidad, calles poco limpias, contaminación del aire por industria cercana o por otras causas, escasez de zonas verdes en el entorno o falta de seguridad en el entorno en forma de violencia o delincuencia, unidos a las condiciones físicas y económicas de la propia vivienda. Respecto al ambiente laboral, el nivel medio de estrés laboral, directamente relacionado con el desarrollo de enfermedades psiquiátricas como la ansiedad crónica o con dolores musculares o reumatológicos crónicos se sitúa en 4,3 puntos de media en escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante).

Se observa un mayor nivel de estrés laboral en las mujeres y en el grupo etario entre los 35 y 55 años, así como en trabajos poco cualificados. El nivel medio de satisfacción laboral, en la misma escala, es de 5,5 puntos de media, siendo algo superior en mayores de 65 años, que por su edad han llegado al término de su período laboral. En cuanto a la población ocupada, es importante considerar la adaptación del puesto de trabajo de manera individualizada (por ejemplo, evitar posturas que puedan desencadenar dolores crónicos lumbares o cervicales, evitar riesgos en caso de embarazo, etcétera).

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

Como se propuso en el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales tienen el mayor impacto potencial en la salud de la población. El ejemplo más claro de ello se encuentra en el nivel socioeconómico, pues el gradiente social está presente en todos los indicadores de limitación crónica y salud autopercebida, de igual manera que ocurre con el nivel educativo.

Patologías y comorbilidades más frecuentes

En términos generales, las cifras de morbilidad de la población son escasas, predominantemente hospitalarias. Se conoce, no obstante, que cada vez se sufre más por causas de origen psicosocial o ambiental que por causas biológicas (estrés o psicopatología crónica). Previamente se ha descrito la prevalencia de los problemas crónicos más frecuentes referidos por la población y especialmente presentes en la edad avanzada. Sin embargo, en la mayoría de los casos estos problemas no se encuentran de manera aislada, sino que forman parte de síndromes pluripatológicos. Esta multimorbilidad de los pacientes crónicos complejos tiende a asociarse de manera relativamente específica en unas patologías con mayor frecuencia que en otras.

Numerosos estudios han encontrado patrones de multimorbilidad concretos. A modo de ejemplo, en el estudio alemán KORA-Age Study (Kirchlberger, 2012), realizado en 4.127 mayores de 65 años de la comunidad, se identificaron cuatro patrones de multimorbilidad: el primero compuesto por enfermedades cardiovasculares y metabólicas; el segundo, por enfermedades articulares, hepáticas y pulmonares; el tercero, por enfermedades mentales y neurológicas, y el cuarto, por enfermedades gastrointestinales y cáncer. Aunque otros

estudios han encontrado patrones diferentes, en lo que todos están de acuerdo es en que la acumulación de enfermedades crónicas genera pérdida de calidad de vida, un mayor consumo de recursos sanitarios y un aumento de la mortalidad.

A continuación, se verán las principales características epidemiológicas de cada uno de los problemas más frecuentes

Enfermedad cardiovascular y metabólica

Tres de los problemas de salud crónicos más prevalentes (hipertensión arterial, colesterol alto y diabetes) se asocian en el llamado síndrome metabólico. Este síndrome agrupa a un conjunto de afecciones que incrementan el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. Se considera que dichas afecciones son hipertensión arterial, hiperglucemia, hipertrigliceridemia, bajos niveles de colesterol HDL en sangre y exceso de grasa alrededor de la cintura.

El síndrome metabólico es una condición compleja que agrupa una serie de factores de riesgo metabólicos interrelacionados, los cuales incrementan de manera significativa la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas graves, como la enfermedad cardiovascular y la diabetes tipo 2. Este síndrome no solo tiene implicaciones médicas, sino que también representa un desafío en salud pública debido a su creciente prevalencia a nivel mundial y su asociación con estilos de vida modernos caracterizados por la inactividad física y las dietas no saludables.

Entre las afecciones clave que componen el síndrome metabólico se encuentra la ****hipertensión arterial****, que es tanto una condición como un factor de riesgo. La presión arterial elevada ejerce una carga constante sobre las arterias, lo que puede conducir al daño de los vasos sanguíneos y aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares, como infartos y accidentes cerebrovasculares. En el contexto del síndrome metabólico, la hipertensión suele estar exacerbada por la resistencia a la insulina, el aumento de peso y el consumo elevado de sodio, factores que convergen en esta condición.

La hiperglucemia es otro componente central, siendo una señal de alteraciones en el metabolismo de la glucosa que eventualmente pueden progresar a diabetes tipo 2. La resistencia a la insulina, característica del síndrome metabólico, impide que las células utilicen

eficazmente la glucosa para obtener energía, lo que conduce a niveles persistentemente elevados de azúcar en la sangre. Este estado no solo daña los tejidos y órganos a largo plazo, sino que también incrementa la inflamación sistémica, agravando otros factores de riesgo asociados.

En cuanto al perfil lipídico, la hipertrigliceridemia y los bajos niveles de colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) desempeñan un papel crucial. Los triglicéridos elevados están relacionados con el almacenamiento excesivo de energía en forma de grasa, lo que contribuye a la acumulación de grasa abdominal, un marcador clave del síndrome metabólico. Por otro lado, el colesterol HDL, conocido como el "colesterol bueno", ayuda a eliminar el exceso de colesterol del cuerpo. Niveles bajos de HDL dificultan este proceso, aumentando la acumulación de colesterol en las arterias y favoreciendo la aterosclerosis.

El exceso de grasa abdominal, o adiposidad central, es una manifestación física prominente del síndrome metabólico y uno de los principales predictores de riesgo. Este tipo de grasa, que rodea los órganos internos, libera ácidos grasos libres y citoquinas inflamatorias que contribuyen a la resistencia a la insulina y a la disfunción metabólica en general. La circunferencia de la cintura, por tanto, no solo es un indicador estético, sino un marcador clínico importante para evaluar el riesgo metabólico.

El impacto conjunto de estas afecciones en la salud es significativo. Las personas con síndrome metabólico tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar enfermedades cardiovasculares y cinco veces mayor de desarrollar diabetes tipo 2 en comparación con aquellos sin la condición. Además, el síndrome metabólico está asociado con un aumento de la inflamación sistémica y el estrés oxidativo, factores que aceleran el envejecimiento celular y contribuyen al deterioro general de la salud.

Para abordar el síndrome metabólico, es esencial una intervención multifacética que incluya cambios en el estilo de vida, como la adopción de una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, proteínas magras y grasas saludables, junto con la promoción de la actividad física regular. También es crucial el manejo médico de los factores de riesgo individuales mediante medicamentos antihipertensivos, hipolipemiantes o sensibilizadores de la insulina, según sea necesario. En el ámbito de la salud pública, estrategias como la educación para la salud, el

acceso a opciones alimenticias más saludables y programas de prevención temprana pueden desempeñar un papel fundamental en la reducción de la prevalencia del síndrome metabólico y sus complicaciones asociadas.

La frecuente asociación entre factores de riesgo cardiovascular potencialmente modificables (consumo de tabaco, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, obesidad y sedentarismo) multiplica el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en el futuro. Un estudio realizado en atención primaria mostró que un 31 % de los pacientes de 35 a 65 años que acudían a consulta tenían dos factores de riesgo cardiovascular.

Los principales modificadores del riesgo de desarrollar patología cardiovascular son el sedentarismo, la clase social baja, la evidencia preclínica de arteriosclerosis, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, cifras bajas de colesterol HDL y aumento de triglicéridos en sangre. El creciente envejecimiento poblacional y la asociación entre factores de riesgo cardiovascular hacen indispensable el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y control de la patología crónica cardiovascular. Por último, los problemas de insuficiencia vascular propios de la edad avanzada dan lugar a que las varices en las piernas se constituyan como uno de los problemas crónicos de salud más prevalentes en nuestro medio (9,1 %). Factores posturales, especialmente estar muchas horas de pie, calzado inadecuado y obesidad son factores que aumentan el riesgo de desarrollar insuficiencia venosa crónica.

Dolor musculoesquelético crónico

Otro de los principales problemas de salud crónicos reportados por la población es el dolor musculoesquelético crónico (especialmente dolor crónico lumbar, cervical y artrosis). Sin considerar la patología cardiovascular previamente comentada, el dolor osteoarticular es el principal problema de salud crónico a partir de los 65 años, y a partir de los 85 años lo es considerando también el resto de las causas. El dolor lumbar crónico se ubica como la segunda patología crónica más frecuente de acuerdo con la última ENS.

Atendiendo a los resultados del estudio EPISER, los principales factores relacionados con dicho dolor fueron la edad avanzada, artrosis de rodillas o manos, padecer alguna enfermedad crónica y trabajos con gran esfuerzo físico, incluido el personal que trabaja en el hogar y en labores de limpieza. Asimismo, el sobrepeso, la alta estatura, la flexo-extensión

frecuente de la columna, la poca ejercitación de la musculature lumbar y el sedentarismo con muchas horas diarias en postura de sedestación son otros factores de riesgo identificados relacionados con esta dolencia.

Respecto al dolor crónico cervical crónico, la máxima prevalencia se encuentra entre los 45 y 75 años y especialmente en mujeres. Un 15 % de las cervicalgias originalmente agudas llega a ser crónica, cifra que aumentan con la edad, existencia de lumbalgia o dolor de cabeza y en los trabajos estresantes, especialmente en aquellos que requieren muchas horas frente a un ordenador.

Respecto a la artrosis, las articulaciones más frecuentemente afectadas son las rodillas y las manos (especialmente en mujeres) y las caderas (sin diferencias por sexo). En el mundo se observa una prevalencia creciente de artrosis, y los factores de riesgo más claramente implicados, además de la edad avanzada y el sexo femenino, son la obesidad, el sedentarismo, la menopausia y las secuelas tras un proceso quirúrgico. El principal problema de la artrosis radica en la complejidad de su tratamiento. Numerosos estudios han demostrado, en cualquier caso, una mejoría funcional de las articulaciones artrósicas con la disminución del peso y realización de ejercicio aeróbico moderado. En conjunto, un 33,3 % de las personas mayores de 85 años refiere algún dolor crónico de espalda, y un 62,4 % de este grupo de edad aqueja un problema de artrosis.

Problemas de salud mental Es especialmente preocupante el incremento en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las últimas décadas. De acuerdo con la OMS, en el año 2030 los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo. Según el informe de la OMS, en 2017 sufría depresión 4,4% de la población mundial, lo que suponía un incremento del 18,4 % en los anteriores 10 años.

La propia OMS señala la depresión como la principal causa mundial específica de discapacidad, que contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. En el peor de los casos, este trastorno puede llevar al suicidio (788.000 personas al año se quitan la vida debido a la depresión de acuerdo con dicho organismo). La prevalencia de depresión sólo varía modestamente entre las diversas regiones del mundo, pero es más pronunciada en mujeres y en las personas mayores de 55 años.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos; así, quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. Está demostrado que los programas de prevención reducen esta dolencia (por ejemplo, programas para favorecer el pensamiento positivo en las escuelas o programas de ejercicio físico moderado en personas mayores). En cualquier caso, se calcula que más de un 50 % de las personas que han sufrido un episodio depresivo vuelven a recaer, cronificando su proceso.

Los trastornos de ansiedad se relacionan especialmente con la depresión, estrés en el trabajo y consume de sustancias estimulantes. La ansiedad también puede tener un componente crónico, que se manifiesta como trastorno de ansiedad generalizada y supone aproximadamente una prevalencia del 3 % de la población. No se debe olvidar que la edad avanzada también conlleva un aumento en el riesgo de demencia, en la mayoría de los casos infraestimado en los estudios de prevalencia dado que dichas personas no pueden rellenar las encuestas. De acuerdo con una revisión sistemática reciente, se estima una prevalencia de demencia del 5,6 % en mayores de 65 años y del 8,5 % en mayores de 70.

En concreto, la enfermedad de Alzheimer (5,1 % en mayores de 65 años) muestra una prevalencia creciente exponencialmente a partir de los 65 años, más frecuente en mujeres. La demencia vascular (1,4 % en mayores de 65 años) es la segunda en frecuencia, y también es más frecuente en personas mayores.

Enfermedades respiratorias obstructivas

El asma es uno de los trastornos crónicos más frecuentes a nivel mundial y el primer trastorno respiratorio crónico, especialmente en mayores de 65 años. La incidencia de asma en el anciano está incrementando debido al envejecimiento poblacional. Si bien la mortalidad disminuye, la morbilidad continúa siendo muy alta en esta población y se considera una enfermedad infradiagnosticada.

En Europa se calcula una prevalencia variable entre el 4 % y el 8 % de los mayores de 65 años. La EPOC está fuertemente relacionada con el tabaquismo crónico y la exposición ambiental, siendo más prevalente en hombres. El estudio IBERPOC (Sobradillo, 1999) identificó una prevalencia en adultos del 9,1 % (14,3 % en varones y 3,9 % en mujeres), cifras que

aumentaban hasta el 10,2 % en mayores de 40 años. Estos datos se actualizaron en 2009 con el estudio EPISCAN y en 2017 con el EPISCAN II, el estudio con mayor número de pacientes realizado. De acuerdo con sus resultados preliminares, el infradiagnóstico de la EPOC asciende hasta el 81,7% y la prevalencia en mayores de 40 años es del 12,4 %. Por tanto, la EPOC es también una enfermedad crónica creciente, lo que tiene importantes implicaciones dada la morbilidad que genera y su asociación con patología pulmonar neoplásica.

Otras patologías y comorbilidades

Además de los grandes grupos de patologías crónicas (cardiovascular, musculoesquelética, salud mental y respiratorias), existen determinadas enfermedades crónicas que muestran elevada prevalencia en nuestro medio y que no pueden ubicarse claramente en ninguno de los grupos preestablecidos. Así, el importante número de personas con patología tiroidea o con migraña es ejemplo claro de enfermedades multifactoriales que necesitan un abordaje específico.

Utilización de los servicios sanitarios y consumo de fármacos

Uno de los principales retos asociados a la cronicidad y al envejecimiento poblacional es el aumento en el consumo de fármacos y el uso de los servicios sanitarios, con el consecuente gasto económico asociado. A pesar de la creciente carga asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios, sólo el 1,2 % de las consultas realizadas tiene lugar en este medio, ocupando la amplia mayoría de la carga los centros de salud o consultorios. Hay que recordar que la utilización de servicios sanitarios no incluye exclusivamente el contacto médico, sino también la necesidad de los servicios aportados por otros profesionales sanitarios.

Cada mes, de acuerdo con la ENS, el 18,6 % de la población necesita atención fisioterapéutica, el 6,1 % atención psicológica o psiquiátrica, el 18,5 % atención específica de enfermería, el 20 % acude al dentista y el 4,2 % al logopeda. El gasto económico en pruebas diagnósticas y terapéuticas, por tanto, crece de manera alarmante conforme lo hace la edad media poblacional y la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que supone un reto a la hora de reestructurar los presupuestos y algoritmos de actuación sanitarios. Una parte importante

de dicho gasto está asociada a la hospitalización, en cierta medida evitable con estrategias óptimas de cuidado domiciliario o en atención primaria.

Probablemente, esta evolución al alza pueda atribuirse al incremento en la proporción de personas mayores al que se ha venido haciendo referencia; de hecho, se ha descrito que los mayores de 65 años consumen el 75 % de los fármacos. Además, es bien sabido que este colectivo conforma una población polimeditada (entendiéndose por polifarmacia el consumo diario de cinco o más fármacos, que no siempre están correctamente indicados). Como consecuencia, esta población es especialmente vulnerable a problemas como el incumplimiento terapéutico, las reacciones adversas a medicamentos y las interacciones farmacológicas, a los que en muchas ocasiones se une la automedicación. Es por ello por lo que cada vez los profesionales sanitarios están más concienciados con la especial vigilancia de este grupo poblacional y con estrategias preventivas como la deprescripción de fármacos que se demuestren inapropiados.

Soledad y ausencia de cuidados

Como se ha ido exponiendo a lo largo de este capítulo, el problema de la cronicidad afecta mayoritariamente a las personas de edad relativamente avanzada, entendiéndose como tal a partir de 65 años. Sin embargo, en estas personas que viven solas el vínculo familiar con hijos adultos o nietos se mantiene relación frecuente con familiares menores de 35 años con los que no conviven, mientras que la gran mayoría tiene contacto con parientes de su edad que no viven con ellos, como hermanos o cuñados.

Sin embargo, debido a los rasgos culturales y contextuales que imperan, se ha llegado a describir que las personas mayores manifiestan índices de soledad percibida bastante superiores. Así, un estudio que profundizó en este tema puso de manifiesto que los mayores con buena salud que viven en hogares unifamiliares son hasta cinco veces más propensos a sentirse solos, como producto de las expectativas culturales sobre lo que «debe ser» la familia. Este sentimiento de soledad y desamparo emocional se ve agravado por la pérdida de la pareja. Conscientes de ello, y puesto que los beneficios del apoyo social a las personas mayores han sido ampliamente descritos, diversas administraciones públicas han

puesto en marcha programas para facilitar la convivencia entre jóvenes y personas mayores, aun sin que medien necesariamente los lazos familiares.

Cuidados paliativos

Los cuidados al final de la vida constituyen otra necesidad de las personas con patologías crónicas, y debido a la configuración de la población, cada vez más envejecida, se espera que sean demandados de forma creciente en nuestra sociedad. De acuerdo con esta premisa, se deberían hacer grandes esfuerzos para fomentar este tipo de cuidados y hacer que sean accesibles a todas las personas que los necesiten.

De acuerdo con el Atlas de Cuidados Paliativos en Europa (2019), España ocupa el puesto 31 de los 51 países analizados en lo que a este tipo de cuidados se refiere. Así, existen 0,6 servicios especializados por cada 100.000 habitantes, y se estima que, del grueso de personas que fallecen anualmente con necesidad de cuidados paliativos (unas 228.000), 80.000 lo hacen sin poder acceder a ellos. Respecto a la docencia universitaria, únicamente 22 de las 42 facultades de Medicina cuentan con asignaturas que aborden esta materia de forma exclusiva. Todo ello supone una llamada de atención para mejorar este horizonte de cuidados, que serán ampliamente requeridos en los próximos años.

Atención domiciliaria

Uno de los principales retos relacionados con la cronicidad y el progresivo envejecimiento poblacional es el lugar de atención de los pacientes con dolencias crónicas. La transición demográfica y epidemiológica comentada en apartados previos, con la cronicidad y fragilidad de larga evolución que la caracterizan, supone un reto para los cuidados, especialmente en atención primaria. Así, las cifras muestran una saturación de los servicios sanitarios que amenaza con ser inviable en las próximas décadas, y que se manifiesta con largas lista de espera para procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

En la última Encuesta Nacional de Salud, hasta el 27 % de la población que requirió hospitalización refirió haber estado en lista de espera para su ingreso. Una de las estrategias que se plantea para reducir estas listas de espera es la atención domiciliaria desde los servicios de atención primaria y los servicios sociales.

Para ello, será necesario identificar a los pacientes mayores candidatos a tratamiento domiciliario, así como los factores predictivos de éxito terapéutico en este ámbito. Un estudio reciente mostró que los principales candidatos con buen pronóstico para tratamiento de patología reumática en casa eran ancianos sin incapacidad grave ni úlceras de presión.

Algunos estudios recientes, como el realizado en el Hospital del Mar de Barcelona, también apuntan a la organización de equipos para la intervención domiciliaria de pacientes con crisis psiquiátricas como alternativa a la tradicional hospitalización, con resultados prometedores. Otra área de atención domiciliaria con creciente interés son los cuidados paliativos. Así, en muchas áreas sanitarias existen ya equipos de soporte de atención paliativa domiciliaria (ESAPD) que, en casos complejos, prestan ayuda y soporte a los profesionales sanitarios.

Sin embargo, un estudio reciente mostró que solo el 36,8 % de los profesionales hospitalarios conocía dichos equipos y, por tanto, una importante mayoría no derivaba a sus pacientes a dichos dispositivos por desconocimiento. No obstante, el concepto de cuidados a domicilio no solo se refiere a la atención médica prestada, sino a un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades, desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria que requieren una cualificación mínima hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas. Los pacientes tratados en casa, además, muestran mayor satisfacción y menor número de complicaciones, y las visitas basadas en una valoración geriátrica integral han demostrado mejorar la calidad de los cuidados en pacientes mayores con condiciones económicas desfavorecidas y disminuir las urgencias hospitalarias.

En cualquier caso, aún sigue siendo necesario disminuir la fragmentación de los cuidados a domicilio y avanzar hacia un modelo de provisión de servicios centrado en las necesidades del paciente, aportando una financiación adecuada y apostando por un equipo multidisciplinar. Aún faltan datos que permitan un pronunciamiento sobre un modelo concreto de atención, y cada territorio tendría que encontrar el modelo organizativo que le permita dar una mejor respuesta en función de su estructura poblacional y recursos.

Lo que parece claro es que la atención domiciliaria necesita un liderazgo claro de la atención primaria, que debe contar con la colaboración coordinada de servicios y

profesionales sanitarios y sociales que hagan énfasis en la atención y el cuidado del adulto mayor como principal factor de riesgo asociado a la vulnerabilidad.

Factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad social.

Todos somos vulnerables. La vulnerabilidad es parte de la naturaleza humana y se manifiesta en la fragilidad de nuestra composición. Todos estamos expuestos a sufrir alteraciones en nuestro cuerpo –unas más graves que otras– por causa de accidentes o enfermedades. La muerte da cuenta de la máxima vulnerabilidad que podemos sufrir.

Además de este tipo de vulnerabilidad primaria que es la vulnerabilidad física, hay otro que muestra el lado más doloroso de la condición humana; éste es el ámbito de las desigualdades, y se refiere a la vulnerabilidad por la situación socioeconómica de las personas. Esta es la vulnerabilidad más estudiada; incluso las definiciones más citadas tienen esta dimensión conceptual que comprende a la vulnerabilidad como la situación de riesgo derivada de las condiciones sociales y económicas, específicamente de las personas que viven con menos satisfactores.

El primer tipo de vulnerabilidad a que nos hemos referido es irreductible, pues nuestra fortaleza física tiene límites insuperables. El segundo tipo demanda políticas públicas adecuadas que permitan al Estado aliviar las penurias económicas y la miseria de los habitantes; la vida tiene que ser una de las directrices del quehacer del Estado; solo así es posible enfrentar la vulnerabilidad de quienes por su estado de marginación sufren más y son más vulnerables.

Más allá de nuestra naturaleza que nos exhibe irremediablemente frágiles y vulnerables, e incluso al margen de la vulnerabilidad por condición socioeconómica, hay otro tipo de vulnerabilidad que artificialmente se ha armado para convertir en todavía más vulnerables a quienes por naturaleza ya lo somos. Lamentablemente, dicha vulnerabilidad proviene de la ley y de los escenarios que ésta genera, pues resulta innegable que desde el contexto del orden jurídico, unos somos más vulnerables que otros.

Como podemos advertir, las diferentes expresiones de la vulnerabilidad que podríamos categorizar en humana (lato sensu), socioeconómica (típica) y legal (atípica) necesitan ser estudiadas desde un enfoque general para poder otear sus posibilidades de atención. Por ello, el combate a la pobreza y la generación de mejores estadios de vida tiene

que ser una de las directrices del quehacer del Estado; solo así es posible enfrentar la vulnerabilidad de quienes por su estado de marginación sufren más y son más vulnerables.

Más allá de nuestra naturaleza que nos exhibe irremediabilmente frágiles y vulnerables, e incluso al margen de la vulnerabilidad por condición socioeconómica, hay otro tipo de vulnerabilidad que artificialmente se ha armado para convertir en todavía más vulnerables a quienes por naturaleza ya lo somos. Lamentablemente, dicha vulnerabilidad proviene de la ley y de los escenarios que ésta genera, pues resulta innegable que, desde el contexto del orden jurídico, unos somos más vulnerables que otros.

Como podemos advertir, las diferentes expresiones de la vulnerabilidad que podríamos categorizar en humana (lato sensu), socioeconómica (típica) y legal (atípica) necesitan ser estudiadas desde un enfoque general para poder otear sus posibilidades de atención.

1.2 Causas y tipos de vulnerabilidad

Es evidente que cualquier afectación a los derechos de los habitantes tiene un origen; bien sea que la causa esté en la naturaleza misma de las personas o que, por el contrario, sea proyectada desde el exterior.

En el primer caso nos referimos a las personas con capacidades diferentes, a las mujeres, a los niños, a los ancianos, por mencionar algunos que por el simple hecho de “ser” tienen ciertas características que les son propias (factores endógenos), a partir de las cuales se les sitúa en desventaja y riesgo real de ser agraviados. No es casual que gran parte de los instrumentos jurídicos de corte internacional encaminados a la defensa de los derechos humanos haya focalizado su atención en estos grupos vulnerables.

Pero también la causa generadora de la exposición social puede provenir de factores exógenos. En este caso, a la propia condición humana se suman otros elementos que orillan a las personas a vivir y sufrir un trato indigno. Como hemos mencionado, estos elementos son la condición socioeconómica y el contexto jurídico, denominadas aquí vulnerabilidad típica y vulnerabilidad atípica respectivamente.

Esta última es un tipo de vulnerabilidad no visible que agravia a las personas en su valor y dignidad, golpea en lo más hondo a los seres humanos y aunque no causa daño físico, sí

lesiona. La vulnerabilidad, en este sentido, puede ser concebida como la situación real de exposición a situaciones que agravan en su integridad a los seres humanos. En este orden de ideas, los principales escenarios para la identificación de las personas vulnerables –según nuestra perspectiva– son los siguientes:

A. Vulnerabilidad humana o biológica La vulnerabilidad biológica incluye a quienes tienen capacidades diferentes a causa de la edad, el sexo, las minusvalías físicas, sensoriales o intelectuales.

B. Vulnerabilidad típica La vulnerabilidad típica, que es la más estudiada, es generada por la situación socioeconómica débil de las personas. Se sitúan aquí los millones de seres humanos catalogados en la insultante franja de la miseria, así como los otros que bajo múltiples clasificaciones también están por debajo de las condiciones necesarias para una subsistencia mínima.

Vulnerabilidad social

La vulnerabilidad social está dada en función de la manera en que la sociedad se sitúa frente a determinados grupos, en los ambientes familiar, racial, religioso, sexual, político y económico; entre otros, la vulnerabilidad de los homosexuales está determinada en gran medida por el grado de rechazo que su preferencia sexual tiene en algunos países; asimismo, no es extraño que, en sociedades con mayoría católica, quienes profesan otra religión o creencias sean rechazados y hasta perseguidos.

La vulnerabilidad social es un concepto multidimensional que refleja la manera en que los individuos o grupos son percibidos, tratados y, en consecuencia, afectados por las estructuras sociales y culturales en las que viven. En este sentido, la vulnerabilidad social se vincula estrechamente con las características identitarias y las circunstancias de vida de las personas, como su género, etnia, preferencias sexuales, religión, nivel económico, entre otras. Los grupos que enfrentan marginación o exclusión debido a estas características experimentan mayores dificultades para acceder a recursos, servicios y oportunidades, lo que afecta su bienestar y capacidad de adaptación.

En particular, la vulnerabilidad de las personas homosexuales es un fenómeno ampliamente observado en diversas sociedades, donde el rechazo social hacia las identidades

de género no tradicionales sigue siendo un problema persistente. En muchas culturas, la orientación sexual diversa se ve como algo que amenaza las normas y valores establecidos, como los de familia tradicional o los dictados por religiones dominantes. Esta percepción negativa no solo se traduce en estigmatización social, sino que también puede tener graves consecuencias, como violencia física y psicológica, discriminación laboral o exclusión de redes sociales, lo que genera un círculo vicioso de aislamiento y desigualdad. En muchos países, el grado de aceptación o rechazo hacia las personas homosexuales está determinado por factores como la educación, el nivel de religiosidad, y las políticas públicas que fomentan o disuaden la aceptación de la diversidad sexual. A pesar de que en algunas regiones se han logrado avances significativos en el reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTQ+, en otras partes del mundo persiste un entorno de hostilidad hacia estas personas.

Este rechazo social hacia las personas homosexuales también está condicionado por el contexto cultural y religioso de una región. Por ejemplo, en sociedades donde el catolicismo es la religión mayoritaria, las personas que practican religiones diferentes o profesan creencias distintas pueden enfrentarse a una discriminación religiosa severa. En estos contextos, la persecución o el rechazo hacia las personas que no siguen la religión dominante no es un fenómeno nuevo, sino una realidad histórica que se ha perpetuado en diversas formas. A menudo, las tensiones entre las religiones y las orientaciones sexuales son alimentadas por interpretaciones estrictas de textos religiosos, que condenan las prácticas consideradas como "no convencionales" desde una perspectiva tradicionalista. La presión social que estas personas experimentan puede llevarlas a ocultar su identidad, adoptando una autocensura que limita su participación plena en la sociedad.

Por otro lado, la vulnerabilidad social de las personas homosexuales también se extiende al ámbito político y económico. En muchas sociedades, la orientación sexual sigue siendo un tema políticamente sensible, lo que resulta en la falta de legislación protectora o en la implementación de políticas públicas que no favorecen la igualdad de derechos para la comunidad LGBTQ+. En contextos en los que la orientación sexual de una persona no está respaldada por leyes que aseguren su protección laboral, seguridad social y acceso a servicios de salud, estos individuos se enfrentan a una mayor inseguridad económica. Las barreras

económicas y sociales impuestas por el rechazo pueden hacer que las personas homosexuales tengan menos oportunidades de empleo y educación, afectando su calidad de vida y su bienestar general. Además, si no se abordan adecuadamente las políticas de salud mental, estas personas pueden experimentar una mayor prevalencia de trastornos emocionales y problemas de salud mental derivados de la discriminación y el aislamiento social.

La vulnerabilidad social de los homosexuales no es una problemática aislada, sino que está profundamente entrelazada con los procesos de exclusión y marginalización que existen en varias sociedades. Para mitigar estas vulnerabilidades, es crucial implementar políticas inclusivas, educación sobre diversidad sexual y programas de apoyo que fomenten la igualdad de derechos y el respeto hacia todas las personas, independientemente de su orientación sexual o creencias religiosas. Esto implica no solo un cambio en las normativas legales, sino también un cambio cultural profundo que permita una mayor aceptación y respeto de la diversidad, promoviendo una convivencia pacífica y equitativa.

Vulnerabilidad económica

La vulnerabilidad económica se genera en aquellas personas que, por su situación de desempleo, subempleo, condiciones de trabajo precario o cesante con carencia de seguridad social y económica, viven en ambientes económicamente débiles, marginales, de pobreza extrema o del sector social de la economía.

La vulnerabilidad económica es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a individuos y comunidades que se encuentran en condiciones de precariedad laboral y carencia de recursos para satisfacer sus necesidades básicas. Esta vulnerabilidad se origina principalmente en situaciones de desempleo, subempleo, y trabajo precario, donde las personas se ven privadas de una fuente de ingresos estable y suficiente para mantener un nivel de vida adecuado.

Esta situación es particularmente grave cuando las personas se encuentran cesantes o no pueden acceder a trabajos dignos que les brinden no solo ingresos adecuados, sino también seguridad social y protección económica. En este contexto, la vulnerabilidad económica no solo se refleja en la pobreza material, sino también en la falta de acceso a

servicios esenciales como salud, educación y vivienda, lo que perpetúa el ciclo de exclusión social y económica.

El desempleo es uno de los principales factores que contribuyen a la vulnerabilidad económica. Cuando una persona pierde su empleo y no puede encontrar una alternativa que le permita obtener ingresos suficientes, se enfrenta a un aumento significativo del riesgo de pobreza. El desempleo a largo plazo crea una situación de inestabilidad económica que afecta no solo al individuo, sino también a su familia, ya que implica una reducción de los recursos disponibles para satisfacer necesidades básicas como alimentación, salud, y educación.

Las personas que permanecen desempleadas durante períodos prolongados también pueden enfrentar desmotivación, aislamiento social y estrés, lo que contribuye aún más a su situación de vulnerabilidad. Además, el desempleo puede generar una disminución del capital humano, ya que, al no estar en actividad laboral, las personas pierden habilidades profesionales, reduciendo sus posibilidades de encontrar un empleo mejor remunerado.

El subempleo es otro factor clave en la vulnerabilidad económica. Aquellas personas que tienen empleos a tiempo parcial o en puestos que no utilizan todo su potencial de habilidades y capacidades enfrentan un desafío similar al del desempleo, ya que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas. El subempleo, a menudo relacionado con trabajos temporales, informales o de baja remuneración, incrementa la inseguridad económica de los trabajadores. A pesar de estar empleados, estos individuos no pueden acceder a beneficios laborales como pensiones, seguros médicos o prestaciones por desempleo, lo que les deja expuestos a situaciones de riesgo en caso de enfermedad, accidente o pérdida del empleo.

Las condiciones de trabajo precario también son un factor importante en la vulnerabilidad económica. Muchos trabajadores, especialmente aquellos en sectores informales o con contratos temporales, enfrentan condiciones laborales adversas, como largas jornadas laborales, falta de seguridad en el empleo, salarios bajos, y ausencia de beneficios sociales. Estas condiciones no solo afectan su estabilidad económica, sino también su salud y bienestar, lo que agrava su situación de vulnerabilidad.

La falta de acceso a seguridad social, como pensiones, servicios médicos y otros beneficios laborales, deja a las personas expuestas a situaciones de desprotección en momentos de enfermedad, vejez o accidente, incrementando su exclusión social.

La vulnerabilidad económica también está estrechamente relacionada con los entornos sociales y territoriales en los que las personas viven. Las personas que habitan en barrios marginados o en zonas de pobreza extrema tienen menos acceso a oportunidades laborales y a servicios básicos. Estas áreas suelen carecer de infraestructura adecuada, como centros de salud, escuelas de calidad y transporte público, lo que dificulta aún más la integración de las personas a la sociedad. Además, la pobreza en estas zonas está asociada con una alta concentración de violencia, delincuencia y desigualdad social, lo que hace aún más difícil el acceso de los individuos a un entorno seguro y saludable para su desarrollo personal y profesional.

El sector social de la economía, al que pertenecen muchas de las personas en situación de vulnerabilidad económica, a menudo se caracteriza por la falta de derechos laborales y de condiciones de trabajo dignas. Las personas que trabajan en este sector, como el trabajo doméstico, la agricultura de subsistencia o en la economía informal, suelen estar fuera del alcance de las políticas públicas de bienestar social y protección laboral, lo que las convierte en un grupo especialmente vulnerable a la explotación y la pobreza. Además, este sector se enfrenta a la falta de acceso a financiamiento y a mercados que les permitan mejorar su situación económica.

En resumen, la vulnerabilidad económica es un proceso que se da cuando las personas no pueden acceder a los recursos necesarios para vivir con dignidad, debido a factores como el desempleo, el subempleo, las condiciones laborales precarias y la falta de seguridad social. Esta situación es especialmente grave cuando se encuentra en contextos de pobreza extrema, en barrios marginales y en sectores de la economía que carecen de las bases para asegurar la estabilidad y la mejora de las condiciones de vida. La vulnerabilidad económica perpetúa la exclusión social y, a largo plazo, limita las oportunidades de los individuos para alcanzar un nivel de vida que les permita desarrollar su potencial plenamente.

Vulnerabilidad atípica (jurídica)

Ahora bien, existe otro tipo de agravio muy poco estudiado. Es la vulnerabilidad proveniente del orden jurídico del Estado que a través de sus reglas genera desequilibrios que echan por tierra el viejo aforismo *ubi lex non distinguit, non distinguit debemus*. No vamos a abundar en la problemática visible desde este contexto, pues sin duda desbordaría el tratamiento de la cuestión que aquí nos ha interesado estudiar; baste con decir que los problemas del lenguaje jurídico, la semiótica, la hermenéutica y la técnica legislativa se traspolan indefectiblemente hasta la aplicación misma de la norma y, en consecuencia, se materializan en la injusticia de la Ley 14, en la inequidad de sus presupuestos y no pocas veces en su ineficacia.

La vulnerabilidad proveniente del orden jurídico del Estado es un aspecto que a menudo pasa desapercibido, pero que tiene implicaciones profundas y trascendentales en la vida de los individuos y comunidades.

Esta vulnerabilidad se genera cuando las reglas establecidas por el marco jurídico estatal no solo no protegen de manera adecuada a todos los ciudadanos, sino que, en muchos casos, agravan las desigualdades sociales y crean nuevos mecanismos de opresión o exclusión. Lo que se observa es que el orden jurídico, en lugar de ser una herramienta de justicia y equidad, puede convertirse en una fuente de desigualdad estructural. El problema radica en que las normas, leyes y reglamentos no siempre son capaces de reflejar y adaptarse a la complejidad de las realidades sociales, culturales y económicas de los individuos que buscan ser protegidos por ellas.

Uno de los principales problemas que subyace en este tipo de vulnerabilidad es el desequilibrio que genera el propio orden jurídico. Esto ocurre cuando las leyes no distinguen de manera adecuada las circunstancias particulares de los individuos o grupos afectados, haciendo que las medidas adoptadas en su contra resulten no solo ineficaces, sino también injustas. El principio jurídico de "*ubi lex non distinguit, ibi non distinguit debemus*" (donde la ley no distingue, no debemos distinguir) se ve desbordado cuando la ley no solo no distingue entre situaciones diversas, sino que además fomenta un tratamiento homogéneo que no responde a las diferencias fundamentales entre las personas o grupos. En estos casos,

la ley no solo pierde su carácter protector, sino que actúa como un mecanismo que perpetúa o incluso agrava las inequidades existentes.

Este fenómeno no es exclusivo de las leyes visibles o de fácil identificación. Muchas veces, los problemas subyacentes en el lenguaje jurídico, la semiótica, la hermenéutica y la técnica legislativa son los que producen la distorsión de la ley en la práctica. El lenguaje jurídico, al ser técnico, abstracto y formal, se convierte en un obstáculo para la comprensión y la interpretación accesible de las normas por parte de los ciudadanos. La semiótica jurídica hace referencia a los signos y símbolos utilizados en las leyes y normas, los cuales pueden ser ambiguos o confusos, dificultando la correcta interpretación y aplicación de los textos normativos.

Esta ambigüedad crea lagunas de interpretación y distorsiona la intención de la ley, lo que puede resultar en decisiones judiciales que no logran adecuarse a las necesidades reales de las personas afectadas.

La hermenéutica jurídica, entendida como la interpretación de las normas, es otro punto crucial. El proceso interpretativo de la ley puede ser profundamente subjetivo, y depende de la perspectiva de los jueces, legisladores y demás actores involucrados en la aplicación de las normas. En ocasiones, este proceso de interpretación no solo no distingue adecuadamente los intereses y derechos de los individuos, sino que puede estar influenciado por prejuicios, limitaciones ideológicas o incluso intereses políticos que distorsionan la equidad que se pretende alcanzar. Cuando la interpretación de la ley no es adecuada, los resultados que se derivan de ella no son solo ineficaces, sino que pueden resultar en decisiones jurídicas injustas, vulnerando los derechos de aquellos que se supone deberían ser protegidos.

Por otro lado, la técnica legislativa también juega un papel crucial en la creación de leyes eficaces. Las deficiencias en la redacción de las leyes, en la estructura de los textos normativos o en la forma en que se aplican las disposiciones, pueden generar una disfuncionalidad sistémica que afecta directamente a los individuos que se ven obligados a someterse a ese orden jurídico. La falta de claridad, coherencia o incluso precisión en las normas puede dar pie a interpretaciones erróneas que se convierten en actos de inequidad y

que afectan la vida de los ciudadanos, especialmente aquellos más vulnerables o que ya enfrentan una posición de desventaja social o económica.

La ineficacia de las leyes se materializa no solo en su inadecuada aplicación, sino también en la incapacidad de estas para resolver problemas reales de los individuos. Esto es particularmente evidente en el caso de leyes que no logran abordar de manera efectiva las desigualdades estructurales dentro de la sociedad, o que incluso las refuerzan. Las leyes que no cuentan con un marco interpretativo accesible, ni con un lenguaje claro, terminan siendo irrelevantes para los sectores más desfavorecidos de la población, dejando a estos grupos expuestos a situaciones de abuso, injusticia y desprotección.

El resultado de todo este proceso es que, en lugar de cumplir su propósito de justicia social, el orden jurídico puede terminar siendo un agente de reproducción de la desigualdad. La ley que no distingue las realidades de los distintos sectores sociales, que no se interpreta adecuadamente o que no es eficaz en su aplicación, termina generando injusticia y inequidad. En este contexto, no solo se genera desigualdad, sino que se perpetúa una estructura que desprotege a los más vulnerables, dejándolos aún más expuestos a situaciones de injusticia, sin un marco jurídico que los respalde efectivamente.

Este tipo de vulnerabilidad jurídica tiene consecuencias graves en el ejercicio de derechos fundamentales como el acceso a la salud, la educación, la vivienda y la seguridad social, y, en muchos casos, perpetúa un ciclo de desigualdad y marginalización. Es esencial, por lo tanto, que el orden jurídico evolucione para garantizar no solo la igualdad formal ante la ley, sino también una aplicación efectiva de la ley que responda a las realidades complejas y diversas de los individuos y grupos que la conforman.

Así las cosas, la vulnerabilidad atípica introduce indebidamente elementos que propician el trato desigual y discriminatorio, desde una perspectiva que debería generar mejores leyes para combatir la vulnerabilidad típica derivada de las condiciones socioeconómicas de los vulnerables vulnerados.

Estrategias de atención prehospitalaria e intrahospitalaria.

Ya que millones de personas mueren prematuramente cada año como consecuencia de un paro cardiorrespiratorio (PCR) súbito, frecuentemente asociado a la enfermedad de las

arterias coronarias, especialmente al infarto del miocardio. Estudios internacionales citan una incidencia en el adulto entre 61-96 por cada 100 000 habitantes. En Estados Unidos de América, se reporta que al menos 350 000 personas mueren cada año por esta enfermedad, responsable de cerca del 20 % de las muertes naturales en el mundo. En América Latina, más del 70 % de todas las muertes súbitas son de origen cardiaco y de ellas, cerca del 80 % son atribuidas a la cardiopatía isquémica, en especial al infarto agudo del miocardio, con este comparte un ritmo circadiano, con un pico en las horas de la mañana y en los meses de frío.

La tendencia mundial se dirige aun aumento de: la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, envejecimiento de la población y de la prevalencia de factores de riesgo para la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles; esto llevará implícito un aumento en la incidencia de paradas cardiorrespiratorias en nuestro medio, que se afianzarán como un problema de salud.

Aunque la parada cardíaca conceptualmente se asocia al fin de la vida, su presentación súbita en pacientes que no debían fallecer, por tener como definiera Peter Safar “Cerebros y corazones demasiado jóvenes para morir”, es un tema que necesita de una nueva mirada; la prolongada anoxia, la imposibilidad de restaurar la circulación espontánea, el daño neurológico y otras complicaciones combinadas, limitan la supervivencia; pero si a ello añadimos que se reconoce que la principal forma de manejo de la reanimación cardiopulmocerebral (RCPC) no se realiza correctamente, y que la supervivencia inicial se asocia con la calidad con la que esta es efectuada, las posibilidades de vida posterior a estos eventos es mínima.

En sentido general, en la mayoría de los hospitales se desconocen los aspectos relacionados a la letalidad del P C R intrahospitalario, y la evidencia empírica sugiere que existe demora en la mayoría de los eslabones de la cadena de supervivencia, brechas en los aspectos organizativos e insuficiente logística para un proceso seguro para el paciente.

A pesar de estar integrada la enseñanza de la RCPC a todas las carreras técnicas y profesionales de la salud, la adquisición de habilidades es pobre; a ello se suma que no existe un programa para el re-entrenamiento frecuente, aspecto necesario para evitar el llamado “síndrome del olvido” en el personal sanitario, que, aunque está contemplado en el programa

docente de apoyo vital, no se lleva a cabo en la práctica y realmente no se incluye en los planes de estudio.

La literatura divide el PCR y por tanto, las maniobras de RCPC según sitio de ocurrencia en: PCR intrahospitalario y PCR extrahospitalario. Ello permite realizar comparaciones entre los diferentes estudios pues el nivel de vigilancia y prontitud de los procedimientos es diferente en ambos contextos.

Las paradas cardíacas que se presentan en los hospitales representan un problema social, sanitario y económico de gran magnitud. La literatura internacional considera que entre un 0,4 %, un 2 % de los pacientes ingresados y hasta un 30 % de los fallecidos, precisan de las técnicas de RCPC. La mitad de estas paradas se producen fuera de las áreas de críticos, y en la actualidad, en el mejor de los casos, solo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta. Se estima que en Estados Unidos la cifra de pacientes que son tratados anualmente en este medio por PCR es de 370 000 a 750 000.

La letalidad al alta hospitalaria en los que sufrieron este evento oscila entre 0 y 29 %, con una media del 17,6 %.² Una taquiarritmia ventricular es el evento inicial en más del 80 % de los pacientes fuera de los hospitales, aunque de la fibrilación ventricular es el ritmo observado en solo el 22-35 % de los PCR en este medio a la llegada del personal de la emergencia médica móvil (dado que la desfibrilación no puede ser brindada en los primeros minutos). La letalidad al alta hospitalaria en los que sufrieron este evento oscila entre 0 y 25 %, con una media del 6,4 %.

Las estrategias de actuación en ambos casos se basan en la realización temprana de un grupo de acciones para la respuesta a los llamados eslabones de la cadena de supervivencia, e incluyen: la detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca; el reconocimiento precoz de la PCR (por el personal de enfermería, paramédicos o personas entrenadas); la aplicación precoz y adecuada de las técnicas de apoyo vital socorrista o básico; la desfibrilación temprana, semiautomática o automática externa fuera de las áreas de críticos; el inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado; la instauración de unos cuidados posresucitación de calidad, con el traslado asistido e ingreso temprano en la Unidad de Cuidados Intensivos. Es necesario enfatizar que,

aunque la recuperación cardíaca posparada es importante, el resultado de los intentos de la RCPC debe evaluarse en términos de calidad de vida.

Dentro de las acciones desarrolladas en función de esta problemática se encuentran:

El entrenamiento masivo a personal principalmente de enfermería, mediante cursos que incluyen la enseñanza de la prevención secundaria y el manejo de los factores de riesgos principalmente cardiovasculares. Este es un aspecto decisivo y contemplado en la mayoría de los programas encaminados a la reducción de la letalidad del PCR;^{2, 5} es de destacar, la enseñanza de la RCPC para los variados perfiles dentro y fuera del sector salud se rige por cursos nacionalmente acreditados.

La elaboración y publicación de la guía de práctica clínica para la RCPC¹⁰ y manuales de preparación para socorristas. (En la primera se mide además el grado de adherencia hospitalaria).

La normalización de la recogida de los datos, tanto para los servicios de atención al grave como para el resto de las áreas dentro de la institución. La evolución periódica de los resultados, en términos de supervivencia y adherencia a las guías.

Evaluación periódica de la logística para el PCR y en especial de los “carros de paro” en cada uno de los servicios. La creación de un grupo de reanimación y traslado seguro intrahospitalario, con la misión de prevención, detección precoz y RCPC avanzada para todas las áreas fuera de la de críticos. Desde 1960, cuando se publican las primeras guías para la RCPC, la comunidad científica ha aunado esfuerzos para actualizarlas con las mejores evidencias.

Terapias complementarias en la atención crónica:

Según el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de EEUU, las TC pueden dividirse en grupos dependiendo de los aspectos del ser humano en los que se centren. Serían los siguientes:

- Las prácticas biológicas o productos naturales, que incluyen la fitoterapia, la terapia nutricional y los tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas.

- Las técnicas de la mente y el cuerpo: yoga, meditación, quiropráctica, osteopatía, acupuntura, Qi gong, Tai chi, hipnoterapia, reflexología, Shiatsu y otras técnicas de relajación como la musicoterapia o la aromaterapia.
- Otras terapias complementarias como la naturopatía, el ayurveda, la homeopatía, la medicina tradicional china o el Reiki.

1.3 Desarrollo terapias complementarias

Prácticas biológicas o productos naturales. Fitoterapia

El concepto de fitoterapia fue creado en el siglo XX por Henri Leclerc, definiendo así una terapia que usa principalmente los productos obtenidos directamente de las plantas para el tratamiento de ciertas patologías.

Más adelante, los científicos buscarán la forma de extraer y utilizar únicamente las sustancias o principios activos que producen el efecto deseado, para su aplicación en forma de pomadas o ingesta oral (infusiones o pastillas); aunque hoy en día, se tiende a utilizar principalmente los principios activos obtenidos de forma sintética o química en los laboratorios. Según datos obtenidos a través de entrevistas personales en una encuesta realizada en febrero de 2018 y publicada en Statista (portal de estadísticas para datos de mercado), un 38% de los encuestados usaba la fitoterapia de forma asidua.

Terapia nutricional

La terapia nutricional consiste en comprobar el estado nutricional de la persona y a partir de los resultados, se le pueden administrar los nutrientes que carezca bien por falta de alimento o por patologías médicas.

También puede consistir en crear un régimen alimenticio acorde a las necesidades del paciente, como puede ser en caso de hospitalización o cirugía, con el fin de acelerar el proceso de recuperación.

Para ello, en los hospitales existe una unidad especializada en nutrición, que será la encargada de llevar a cabo el estudio del paciente y su posterior tratamiento y seguimiento.

Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas

Este tratamiento puede incluirse dentro de la terapia nutricional. El uso de los suplementos puede ser por etapas de la vida, según sus necesidades fisiológicas o por necesidades energéticas mayores, como pueden ser deportistas o enfermos.¹⁶ También pueden consumirse sin prescripción médica, aunque se consulte al farmacéutico. Un buen ejemplo, serían los estudiantes y el uso de complementos alimenticios, sobre todo en época de exámenes; y en caso de embarazo suelen tomarse suplementos alimenticios, recomendados por el médico.

Técnicas de la mente y el cuerpo

Yoga

Es una disciplina ancestral practicada con el fin de desarrollar un estado físico y mental en armonía con el universo. La práctica del yoga tiene efectos psicofisiológicos de gran relevancia tanto para el manejo del estrés, como el mantenimiento de la salud. A su vez, contribuye positivamente en pacientes con patologías cardiovasculares, disminuyendo los factores de riesgo. El yoga consiste en la realización de posturas que ayuden a la persona a relajarse previa a la meditación.

Meditación

Hay distintos tipos de meditaciones, pero la finalidad de todas ellas es reducir el estrés y conseguir un estado absoluto de relajación. La meditación puede practicarse sentado o tumbado y en cualquier momento del día.

La persona que lo practica busca liberar la mente de pensamientos. Esta técnica combinada con el yoga, aumenta el rendimiento del ejercicio. En 2018 era practicado a menudo por aproximadamente el 49% de la población española encuestada durante el mes de febrero de 2018.

Quiropraxia

Durante febrero del 2018 un 42,4% de los españoles encuestados usó la quiropraxia como terapia complementaria a otros tratamientos, según la web Statista.²² La quiropraxia se centra en los trastornos del sistema musculoesquelético y consiste

en la manipulación de las articulaciones, principalmente la columna vertebral para el correcto funcionamiento de los impulsos del sistema nervioso.

Osteopatía

La osteopatía, al igual que la quiropraxia, se basa en la manipulación del sistema musculoesquelético para un correcto funcionamiento. Los osteópatas estimulan, masajean y estiran con el fin de aumentar la movilidad del cuerpo y liberar la tensión muscular.

Antes de empezar la sesión el osteópata, evaluará el estado de salud del paciente. Adicionalmente al tratamiento el paciente debe realizar ejercicios por su cuenta para ayudar a su recuperación. A pesar de que solo un 11% de los españoles encuestados la usa habitualmente, aproximadamente un 53% la usa de forma puntual, según una encuesta realizada en febrero de 2018 mediante entrevista personal.

Acupuntura

Técnica china basada en la inserción de agujas en ciertos lugares del cuerpo con el fin de estimularlos, estos se llaman puntos de acupuntura. Según fuentes revisadas, hay 6 tipos de puntos en cada meridiano. Estos serían puntos de tonificación, de sedación, punto fuente, de pasaje, de asentamiento y de alarma, y son los encargados de transmitir el Chi o energía, que es la responsable de la vida y salud del cuerpo humano. Todo está basado en el Yin y Yang, los opuestos y el equilibrio entre ellos. Según la encuesta de febrero de 2018 mediante entrevista personal, un 11% de los españoles usa la acupuntura periódicamente y el 57% de forma puntual.

Qi gong

Se podría traducir como trabajar el Chi. Se trata de un entrenamiento integral del cuerpo y la mente con el fin de cultivar la energía vital. Comparte con la acupuntura la teoría de los meridianos y su flujo de energía. Además, puede usarse asociado a la meditación. Por lo tanto, sirve como técnica de relajación y alivio del estrés. En sí

Reiki, ¿una terapia complementaria para las personas con enfermedades crónicas? Revisión Bibliográfica. Universidad de Valladolid Ana Jiménez Rodrigo mismo, consiste en la realización de una serie de ejercicios posturales, a la vez que se libera la mente y se controla

la respiración. Una actividad completa de cuerpo y mente, usada con frecuencia por un 46% de los españoles encuestados en febrero de 2018.

Tai chi

Es un arte marcial integral que, al igual que el Qi gong, busca la armonía entre cuerpo y mente. Actualmente puede practicarse como deporte o con fines espirituales. Consiste en la realización de posturas y movimientos corporales con la mente fija en la actividad realizada. Mentalmente se debe visualizar el movimiento antes de hacerlo y todo ello controlando la respiración.

Hay tres tipos de respiraciones: la torácica, la abdominal natural y la abdominal inversa. Principalmente se deberá usar la respiración abdominal inversa, practicada previa al ejercicio para su correcta realización.

Hipnoterapia

La hipnoterapia está basada en principios bio- y socio-psicológicos y se ha usado para el tratamiento de numerosos trastornos y problemas, como fobias y adicciones. Lo más importante para la hipnosis es una buena relación terapéutica y la confianza terapeuta-paciente. La hipnosis consiste en inducir un estado de trance al paciente, con el fin de permitir al terapeuta sugestionarle.

Reflexología

Es una terapia basada en la teoría de que la energía de la totalidad del cuerpo, está reflejada en las manos y los pies. Por lo tanto, el estímulo correspondiente, bien en una mano o bien en un pie, permite actuar sobre un problema en otra parte del cuerpo. Las manos y los pies manifiestan tanto el aspecto físico como emocional del cuerpo.

Shiatsu

Técnica japonesa basada en la medicina tradicional china, que consiste en devolver el equilibrio del Chi presionando con los dedos y las manos distintos puntos del cuerpo. Estos puntos son semejantes a los de acupuntura y van acorde a los meridianos del cuerpo. Es eficaz en el tratamiento de afecciones tanto del sistema musculoesquelético, como del estado emocional de la persona.

Técnicas de relajación

Musicoterapia

La musicoterapia puede ser considerada como una terapia complementaria o una terapia anexa a las terapias complementarias. La terapia puede realizarse de forma individual o en grupos, tutorizada por un músico-terapeuta y puede usarse de forma preventiva o con fines terapéuticos, como es en el caso de pacientes con traumatismo craneoencefálicos o Alzheimer. Además, es una herramienta en el desarrollo psicomotriz de los niños. Puede practicarse de forma activa (con instrumentos musicales), pasiva (oyendo música), ambas a la vez (tocar y escuchar) o inactiva, buscando el silencio. En febrero de 2018 el 48% de los españoles encuestados la usaba de forma habitual.

Aromaterapia

La aromaterapia se basa en la utilización de aceites extraídos de diversas plantas, que son aplicados en la piel o inhalados. Al igual que la musicoterapia puede considerarse una terapia por sí misma o usarse de forma adjunta a otras terapias como la meditación o el masaje. En el ámbito médico pueden ser aplicados como antimicrobianos y en el campo de la psicología, como estimulantes del olfato, pueden provocar la liberación de hormonas que inciden en el comportamiento del ser humano y sus emociones.

Otras terapias

Naturopatía

La naturopatía es una terapia complementaria centrada en la auto-sanación del cuerpo a través de técnicas naturales y de forma holística, atendiendo al ser y su entorno. La hidroterapia, la fitoterapia y la dietoterapia son ejemplos de terapias englobadas dentro de la naturopatía. A pesar de ser técnicas que han sido utilizadas desde hace siglos, hoy en día los conocimientos adquiridos han sido actualizados.

Ayurveda

El ayurveda es el conjunto de disciplinas médicas indias tradicionales para el tratamiento de la enfermedad. Está basado en los tres doshas (aire, bilis y flema) y en

una relación cósmica entre el ser humano y el universo. Ambos deben estar en equilibrio, sino aparece la enfermedad. Se trata de un sistema holístico compuesto por Yoga (cuerpo) y Tantra (cabeza/mente).

Medicina tradicional china

La medicina tradicional china es usada por un 14% de los encuestados frecuentemente y casi un 50% de manera puntual, según datos obtenidos de la web Statista. Algo más que el Ayurveda y al igual que este, se basa en un equilibrio corporal, pero entre el Yin y el Yang.

La medicina tradicional china es muy compleja, pero se basa en el método diagnóstico de observar, escuchar, preguntar y sentir. Según las necesidades del enfermo, le será prescrito un tratamiento o terapia. Los tratamientos pueden ser emplastos, ungüentos e infusiones, entre otros. Y entre las terapias más conocidas estaría la acupuntura, las ventosas, terapias de frío o calor, el masaje y la meditación. Aunque no debemos olvidar que la base de la medicina china para el bienestar es una correcta alimentación.

Homeopatía

La homeopatía es una terapia que consiste en la elaboración de una sustancia que, según la cantidad de compuesto, puede causar unos síntomas en una persona sana y eliminarlos en una enferma. Fue creada en 1808 por el médico Samuel Hahnemann e implantada en algunas universidades, formando de esta manera a nuevos homeópatas.

La elaboración de los remedios homeopáticos se basa en la consulta de repertorios, libro de recopilación de los tratamientos y funciones de los productos a utilizar. Su fabricación requiere una serie de diluciones, en agua o en alcohol, para conseguir la concentración requerida. Entre diluciones, se deberá realizar la dinamización del concentrado, que consiste en remover la solución a altas velocidades.

REIKI

El Reiki, que procede del japonés, puede traducirse como el poder de la energía vital (Chi) y consiste en la imposición de las manos sobre la persona con el fin de

transmitirle energía y promover su auto-curación. La técnica de colocar las manos en las distintas partes del cuerpo del paciente lleva realizándose siglos, pero no será hasta 1922 que se llamará Reiki. El descubridor de la técnica fue el maestro Mikao Usui, quien la halló durante su búsqueda del “Satori” (la iluminación) en un monasterio de Japón.

En 1922 fundó en Tokio la asociación “Usui Reiki Ryoho Gakkai”, donde atendía a los pacientes y enseñó a nuevos terapeutas durante cuatro años hasta su fallecimiento en 1926. Al morir, uno de sus discípulos Chujiro Hayasi, abrió una clínica, donde continuó con los principios del Reiki. En 1938, una norteamericana, después de recibir el tratamiento y sanarse, decide formarse y traslada el conocimiento a occidente, desde donde fue extendiéndose.

La terapia del Reiki puede realizarse tumbado o sentado, según las necesidades y preferencias del paciente. Una sesión puede durar una hora u hora y media, según la persona. Durante la sesión con previo diálogo entre terapeuta-paciente, el maestro Reiki posicionará sus manos en distintos lugares del cuerpo, según su área de necesidad. El destinatario de la terapia puede experimentar diferentes sensaciones, como hormigueos o por el contrario no percibir ninguna sensación. Alguno afirma sentirse más relajado y cansado al finalizar la terapia, lo que admiten que les facilita el descanso.

CAPÍTULO 2

**PROMOCIÓN DE VIDA SALUDABLE Y EMERGENCIAS
MÉDICAS**

CAPÍTULO 2. PROMOCIÓN DE VIDA SALUDABLE Y EMERGENCIAS MÉDICAS

La salud pública es un campo multidimensional que abarca una variedad de factores que influyen en el bienestar de las comunidades. En este contexto, la promoción de estilos de vida saludables y la gestión de emergencias médicas son dos pilares fundamentales que, aunque pueden parecer dispares, están intrínsecamente conectados y se complementan mutuamente. La promoción de estilos de vida saludables se centra en la prevención de enfermedades y la mejora del bienestar general a través de hábitos positivos, mientras que la gestión de emergencias médicas se ocupa de la preparación, respuesta y recuperación ante situaciones críticas que amenazan la vida y la salud de las personas.

La creciente carga de enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, ha puesto de manifiesto la necesidad urgente de promover hábitos saludables en la población. La adopción de un estilo de vida saludable no solo contribuye a mejorar la calidad de vida, sino que también puede reducir significativamente la incidencia de emergencias médicas relacionadas con estas condiciones.

Por otro lado, las emergencias médicas, que pueden surgir de accidentes, desastres naturales o brotes epidémicos, representan un desafío constante para los sistemas de salud. La capacidad de una comunidad para responder eficazmente a estas situaciones depende en gran medida de su preparación y del nivel de educación en salud que posea su población. Una comunidad bien informada y capacitada en primeros auxilios y manejo de crisis puede actuar rápidamente para salvar vidas y mitigar el impacto de una emergencia.

La intersección entre estos dos aspectos se vuelve evidente al considerar como un enfoque proactivo en la promoción de estilos de vida saludables puede servir como una estrategia preventiva frente a emergencias médicas.

Asimismo, en tiempos de crisis, la promoción de la salud juega un papel crucial en la recuperación. Las comunidades que han establecido redes de apoyo y recursos para el bienestar general están mejor equipadas para enfrentar el estrés y las repercusiones psicológicas que suelen acompañar a las emergencias. La salud mental, que es un componente esencial del bienestar integral, puede verse gravemente afectada durante

situaciones críticas; por lo tanto, contar con estrategias que promuevan la resiliencia y el apoyo emocional es vital.

La promoción de estilos de vida saludables y la gestión de emergencias médicas son dos facetas interrelacionadas que deben abordarse de manera conjunta para lograr un impacto duradero en la salud pública. Al fomentar una cultura de prevención y preparación, las comunidades pueden no solo mejorar su salud general, sino también estar mejor preparadas para enfrentarlos desafíos imprevistos que puedan surgir.

Esta integración no solo beneficia a los individuos, sino que también fortalece el tejido social y la cohesión comunitaria, creando entornos más seguros y saludables para todos. Al final de día, invertir en la promoción de estilos de vida saludables es una estrategia efectiva no solo para mejorar el bienestar individual, sino también para construir comunidades resilientes capaces de enfrentar cualquier emergencia médica con confianza y eficacia.

2.1 Estilos de vida saludable como prevención:

Los estilos de vida saludable son actitudes, hábitos, costumbres y comportamientos que las persona toman como estrategia para la mejora en su vida cotidiana en donde fortalecen su propio bienestar y su relación con su alrededor, en cuanto a su trabajo al igual que su parte social.

A causa de los malos estilos de vida saludable como: (El consumo excesivo de cigarrillo, el alcoholismo, el estrés, la violencia intrafamiliar, malos hábitos alimentarios, el sedentarismo, la mala distribución del tiempo de trabajo etc.). La OMS (Organización Mundial de la Salud) refiere que la gran mayoría de las personas fallecen por enfermedades crónicas y no por las ITS (infecciones de transmisión sexual), ya que por el consumismo y adicciones no evitan padecer este tipo de patologías.

La mejor manera de lograr buenos hábitos saludables está en evitar todas aquellas acciones que van en contra de nuestra salud y empezar a manejar un autocuidado donde se empiece a conocer su cuerpo, decidir sobre su propia salud, realizar actividades saludables como caminar o realizar ejercicio. De este modo podemos prevenir enfermedades y poder fomentar salud y bienestar en su vida, casa y sitio de trabajo.

Actualmente se entiende que los estilos de vida son saludables cuando tomamos actitudes en pro del mantenimiento sano de nuestro organismo. Estas actitudes son de carácter personal que nos conllevan a tener un mejor estilo de vida y nos permiten gozar de salud, a capacidades y condiciones óptimas para ser productivos.

Es importante que la actitud nos conlleve a una disciplina muy constante y apropiada. Los hábitos que adquiramos a nuestra rutina diaria deben ser constante al cambio y mejoramiento de nuestras condiciones y capacidades vitales; tanto físicas, mentales, emocionales y de salud en general. Las costumbres y comportamientos van muy ligados a los mismos hábitos saludables a tener en cuenta para una mayor salud y un ambiente social saludables.

Los hábitos de vida saludable ayudan a una mejor vida saludable deportiva, laboral, social, emocional y de integración que favorezca un adecuado bienestar físico, mental y social en los docentes. Hoy en día es común que los docentes en su entorno social, emocional y laboral no consuman alimentos saludables y nutritivos; siendo sustituidos por comidas rápidas, alimentos hipercalóricos y platos precocidos que además se suelen consumir en grandes cantidades provocando graves problemas de salud. El modelo de una dieta basada en el consumo elevado de frutas, verduras, legumbres, cereales, pescado y aceite de oliva es aceptada de manera generalizada por sus beneficios. Por este motivo se pretende dar a conocer el modelo de dieta a través de un estudio sobre lo que aportan los distintos alimentos y de cómo se debería estructurarse en un menú diario para constituir una alimentación saludable.

Hábitos saludables

Son hábitos y costumbres que cada persona realiza para lograr un desarrollo y un bienestar, ayudan a mantener un estado de salud óptimo, sin atentar contra su propio equilibrio biológico y su relación con su ambiente natural, social y laboral. Podemos lograr buenos hábitos saludables evitando aquellas acciones que van en contra de la salud, por ejemplo: El consumo excesivo de cigarrillo, el alcoholismo, el estrés, la violencia intrafamiliar, malos hábitos alimentarios, el sedentarismo y todas aquellas costumbres o

hábitos no saludables que se pueden detectar y cambiar. Son condiciones y medidas de seguridad propias de su ambiente laboral para lograr un mayor desarrollo y bienestar.

- Estilos de trabajo seguro
- Trabajar con entusiasmo
- Buena comunicación
- Orden y limpieza en el puesto de trabajo
- Prácticas de trabajo seguro

Salud

Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones. "la Organización Mundial de la Salud dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social"

Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Beneficios de los estilos de vida saludable

Permite formar hábitos y costumbres en beneficio de la salud. Mejor productividad y pro actividad. Tener un mejor rendimiento. Académico y / o laboral. Poseer una mejor interacción familiar, social y comunitaria. Tener una buena calidad de vida y bienestar. En general un equilibrio físico, psicológico y social.

Por ejemplo, un individuo que mantiene un modo de vida con una alimentación equilibrada, actitudes positivas, con equilibrio psicológico y realiza actividades físicas en forma cotidiana, tiene mayores probabilidades de gozar de buena salud. Por el contrario, una persona que come y bebe en exceso, que descansa mal, es sedentario y fuma, corre serios riesgos de sufrir enfermedades.

Indicadores de competencias para los estilos de vida saludable

- Tener sentido de la vida, objetivo, proyecto de vida.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia e identidad.
- Brindar afecto y mantener la integración familiar y social. Tener satisfacción por la vida.

- Autogestión y autodecisión en el deseo de aprender.
- Capacidad de autocuidado: Promover la convivencia, solidaridad y tolerancia.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgos.
- Ocupación y disfrute del tiempo libre.

Factores condicionantes en los estilos de vida

Factores sociales y culturales: Son todos aquellos aspectos que se refieren a valores, creencias, costumbres, mitos, ideales, conocimiento de todo tipo como técnico, geográfico, hábitos e incluso vicios.

Factores laborales: Se relacionan con las atribuciones y tareas que una persona tiene como responsabilidad desarrollar, por el cual percibe un salario.

Factores familiares: El núcleo de la sociedad es la familia en la cual el ser humano tiene su base desde que nace, por lo que las raíces profundas que a toda persona une con la familia hace que se vea influenciado en su diario vivir.

Factores Económicos: Es la capacidad monetaria que cada individuo posee y que le permite adquirir con ello, todos los servicios que necesita para su diario vivir y el de su familia.

Factores Cognoscitivos: El factor cognoscitivo trabaja el significado de conocer, comprender e indagar fenómenos naturales, sociales y ecológicos; potencializa el estímulo para que el individuo se convierta en objeto de la educación.

Ejercicio físico

Pender considera que contribuye de un modo importante al estado de salud personal mediante la estabilidad fisiológica y un funcionamiento de alto nivel; que ayuda a los individuos en la actualización de su potencial de rendimiento físico; disminuye los riesgos de obesidad, ataques al corazón, diabetes, hipertensión y también está asociada con la disminución de los riesgos de cáncer de colon; y aumenta el bienestar psicológico, reduce los riesgos de depresión, y mejora el humor así como el auto-concepto y la autoestima. Un buen estado físico incluye cualidades que se ha visto contribuyen a la salud general del sujeto, por ejemplo, la resistencia cardío-respiratoria, la resistencia muscular, la composición del cuerpo y la flexibilidad.

Estrés

Hace referencia al conjunto de respuestas ante la situación estresante, que suponen la identificación y puesta en práctica de los recursos psicológicos y físicos, ejecutados para controlar o reducir la tensión eficazmente. Para Pender (2022) el estrés es una amenaza potencial para la salud mental y el bienestar físico del sujeto, y un factor de riesgo para problemas de salud tales como dolores de cabeza, dolores de espalda, cáncer, enfermedades del corazón y desordenes, sugiriendo que el estrés de la vida cotidiana debería ser evaluado como una parte de la valoración de salud exhaustiva.

Pender señala además que, algunas de las principales estrategias para un adecuado manejo del estrés consisten en: evitar el cambio excesivo, administrar y controlar el tiempo, realizar actividad física, elevar la autoestima, aumentar la auto-eficacia, incrementar la asertividad, establecer metas realistas, construir recursos de afrontamiento y llevar a cabo técnicas de relajación, entre otras.

Nutrición

Dentro del modelo de promoción de la salud, la nutrición es esencial para el desarrollo, la salud y el bienestar del individuo; implica la selección y consumo informado de los alimentos. El bienestar nutricional está determinado por el consumo de comida segura como parte de una dieta apropiada y balanceada que contenga las cantidades adecuadas de nutrientes en relación a los requerimientos corporales. La salud y el estilo de vida de un individuo se ven influidos por lo que come al grado de contribuir al bienestar social, mental y físico.

Responsabilidad en salud

La responsabilidad de la salud supone un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye comportamientos de auto-observación, informarse y educarse acerca de la salud, ejercer un uso oportuno de los servicios de salud y un consumismo informado cuando se solicita asistencia profesional. Fomentar la responsabilidad de la propia salud en las personas, consiste en centrar la atención en el individuo y las familias y promover el auto-cuidado, a través de educar y animar a la localidad en general a conocer la manera de reducir los factores de riesgo de diversos sucesos.

Soporte interpersonal

Son consideradas en este modelo comportamientos referentes a la interacción social, en los cuales la comunicación juega un papel muy importante para alcanzar un sentido de intimidad y cercanía significativa, más que casual con los otros, a manifestación de dicho apoyo se presenta en cuatro categorías: apoyo emocional, que tiene que ver con la demostración de cariño, empatía, amor; apoyo instrumental, implica apoyos tangibles, acciones, o servicios; apoyo informativo, provee consejo, información personal o sugerencias; y apoyo de apreciación, proporciona la confirmación o la retroalimentación que son útiles para la auto-evaluación.

Autoactualización

El crecimiento espiritual se centra en el desarrollo de los recursos internos a través del crecimiento, conexión y desarrollo, proporcionando una paz interior que abre la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar ser algo más, yendo más allá de quien somos, al mismo tiempo nos proporciona una sensación de armonía, plenitud y conexión con el universo. Todo esto tiene como consecuencia la maximización del bienestar humano para lograr el bienestar.

Diferencia entre el estrés y el distrés

El estrés no tiene porqué percibirse siempre como algo de lo que hay que alejarse: actualmente se tiende a distinguir entre el estrés positivo, denominado "eustrés", y cuando las situaciones de estrés se acumulan y empiezan a ser por causas menos placenteras comienza a convertirse en estrés negativo, denominado "distrés". El estrés positivo comprende todos aquellos estímulos físicos, fisiológicos y psicológicos que suponen las pequeñas alegrías y dolores de la vida, que como resultado nos mantienen "vivos", es decir, con buena salud.

Es necesario promover estilos de vida saludables entre los docentes para poder impactar positivamente los estilos de vida de sus alumnos y de sí mismo a sus familiares. Por ende, se recomienda que los docentes se eduquen para obtener una buena nutrición y así prevenir enfermedades que colocan en riesgo su vida, al igual deberá adquirir responsabilidad en su salud y enseñar a sus alumnos cuidarse en cuanto a su salud y su alimentación mediante

la promoción de salud y programas educativos para promover cambios sostenibles en el estilo de vida.

Programas educativos para promover cambios sostenibles en el estilo de vida.

La Promoción de la salud es un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Para ello, es necesario tanto el empoderamiento de las personas y las comunidades como el fortalecimiento de la Atención Primaria. La promoción de la salud en, continúa siendo una asignatura pendiente en muchas comunidades autónomas. El control de las personas sobre su salud puede potenciarse mediante la educación para la salud, sobre todo durante la infancia.

“Previniendo posibles sustos” es un programa de educación sanitaria de participación activa basada en el juego que se desarrolla en escuelas de Ourense. Se ha llevado a cabo en colaboración con la Gerencia del Área de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras, (SERGAS) y la Consellería de Educación de Galicia. Está dirigida y gestionada por personal de Enfermería de Atención Primaria, residentes y especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria y Técnicos de Emergencias Sanitarias, que forman el grupo de educación para la salud del mismo nombre.

“Previniendo posibles sustos” es un programa de educación sanitaria hecho con y para niños, creando juegos con el fin de afianzar conceptos de forma lúdica y divertida. Consiste en un taller para niños de 8 y 9 años de 2 horas de duración, que se lleva a cabo en colegios de Educación Primaria.

Los talleres se llevan a cabo a través del hilo conductor de una presentación dinámica intercalada con distintas actividades prácticas y rondas de preguntas, donde los niños pueden contar sus experiencias ante distintos problemas de salud y dónde se les explica la mejor forma de actuar ante ellos.

El taller se divide en tres partes, separadas entre sí por actividades prácticas.

- Abordaje y prevención de problemas frecuentes y normalmente leves y promoción de la salud mediante hábitos saludables. Esta parte tiene como objetivo empoderar a los niños en su autocuidado.

- Urgencias y Emergencias. El principal objetivo de esta parte, es que los niños aprendan a alertar a los servicios de emergencia y también que tomen contacto con la importancia de la cadena de supervivencia.

- Buen uso de los recursos sanitarios, al aprender qué recurso debe utilizarse ante distintos problemas de salud. El taller finaliza con una canción con una coreografía en la que bailan niños, monitores y demás participantes, y que sirve de resumen y cierre.

Estas actividades seguían la metodología educativa de dinámica de grupo (simulación, juegos de rol, tormenta de ideas, etc.) pero se adaptaban a las sugerencias que estas niñas hacían, con lo cual se obtuvo un taller fundamentalmente práctico y perfectamente adaptado a las necesidades de los niños de esa edad, a los que iba dirigido. Para la presentación se usó como hilo conductor del taller, escribieron e ilustraron el cómic que se entregó a los colegios para incorporar a la biblioteca del centro y compusieron la coreografía para el baile final.

Para la preparación del taller, se administra a los padres y tutores legales un documento de consentimiento informado y una hoja informativa. En el consentimiento se daba la opción de hacer el taller y participaren un estudio de investigación o sólo taller.

Al empezar el taller, la enfermera educadora y los monitores fueron a buscar a los niños a su aula, donde se distribuyeron en grupos pequeños, cada uno tutorizado por un monitor. Cada niño aportó un peluche y una toalla. Al llegar al lugar donde se realizó el taller (normalmente el salón de actos), los niños se sentaron en el suelo sobre las toallas junto a su monitor. Cada grupo tenía su parcela de espacio y su material para la realización de los juegos didácticos.

Se debe comenzar la presentación, con la pregunta “¿Sabéis que hace una enfermera?” y las consiguientes respuestas de los niños. Así se introdujo la primera parte de Promoción de la salud. La primera práctica que hicieron los niños fue tomarse la temperatura a sí mismos, distinguiendo que la fiebre es cuando se tiene una temperatura a partir de 38°C y se les explicaron medidas físicas para bajar la temperatura.

Posteriormente, se habla de diarrea, vómitos y de la dieta blanda. La práctica fue el juego del semáforo. Se pasaron dibujos de distintos alimentos y levantaban la tarjeta verde o roja en función de si el alimento pertenecía o no a la dieta blanda, explican-

do el porqué. A continuación, se habló de golpes, hematomas, heridas y cortes. Se trataron primeros auxilios básicos en todos los supuestos, haciendo referencia a las curas, alivio del dolor y signos de alarma.

Los monitores proporcionan material para que los niños se pintasen con maquillaje heridas y cardenales en la piel y, colocándose por parejas, hicieran las curas a su compañero, con todo el material que tenían a su disposición (suero, clorhexidina, hielo falso, tiritas, etc.). Todo el procedimiento contaba con el apoyo del monitor, que resolvía dudas y reforzaba conocimientos.

En el turno de mordeduras y picaduras, se explicaron normas básicas de prevención de estos sucesos y cómo actuar en caso de los más prevalentes en nuestro ámbito. Se dejaba a los niños expresar por riguroso turno alguna historia relacionada con mordeduras o picaduras, dejando un espacio de tiempo para debatir si la actuación fue correcta o no.

También se aborda la prevención y actuación ante quemaduras, según su grado. Se realiza un diagnóstico diferencial entre los distintos grados y se practicó la realización de un vendaje simple. Para ello, se repartió material de curas y vendas y los niños simulaban el procedimiento con sus compañeros. Al igual que en las heridas y cortes, el monitor apoyaba y reforzaba la actividad.

Para las epistaxis, la enfermera educadora pregunta cómo actúan ante esta situación, debiendo levantar la mano los que estuviesen de acuerdo con diferentes supuestos que proponía. Después se pasaba un vídeo explicativo. Al finalizar, se repetía la pregunta y se practicaba la técnica de contención de la hemorragia nasal, a la vez que se explicaban medidas como masticar hielo, para contribuir al cese de la misma.

En cuanto a cuerpos extraños en ojos, se enseñó el procedimiento de lavado del ojo y signos de alarma. Se explicó la inmovilización de un miembro fracturado utilizando materiales caseros, para aliviar el dolor durante el traslado al hospital. Se resaltó la importancia de no manipular el miembro.

A través de una tormenta de ideas, los participantes pueden entender la importancia del lavado de manos, higiene, alimentación, sueño, actividad física, etc. para vivir y crecer saludablemente, llegando ellos mismos a esa conclusión a través del debate y la participación.

Para finalizar la primera parte y a modo de descanso, se realizaba la toma y registro de datos antropométricos y constantes vitales en una ficha que cubrían los niños y que se llevaban a casa. Tras el descanso, se pasaba a la segunda parte del taller, urgencias o emergencias y cómo alertar a los servicios sanitarios. Se introdujeron situaciones catalogadas como accidentes graves y la necesidad de alertar al 112, con explicación de una regal nemotécnica para ayudar a recordar este número (1 boca, 1 nariz, 2 ojos).

- Convulsiones: qué son y cómo actuar, dando recomendaciones como protección de la cabeza y no meter objetos en la boca, entre otras.
- Obstrucción vía aérea por cuerpo extraño (OVACE): Se explicó el protocolo de actuación ante una OVACE, distinguiendo entre leve (parcial) y grave (total). En primer lugar, se explicaba mediante un niño voluntario con uno de los monitores.

De esta forma, se aprende a no dar golpes en la espalda en caso de obstrucciones parciales y fomentar la tos, y a realizar la maniobra de Heimlich en las obstrucciones completas, tanto a niños como a adultos.

Aprendieron a no dar golpes en la espalda en caso de obstrucciones parciales y fomentar la tos, y a realizar la maniobra de Heimlich en las obstrucciones completas, tanto a niños como a adultos.

Inconscientes: Se explicó cómo valorar el nivel de consciencia mediante la estimulación del accidentado (ver si responde cuando le hablas) y la respiración (apertura de vía aérea y maniobra ver-oír-sentir) y a colocar en Posición Lateral de Seguridad. Primero lo realizaba la enfermera educadora con un niño voluntario y después lo practicaban entre ellos con ayuda de los monitores.

Preparación y respuesta a emergencias médicas:

El manejo de crisis e accidentes con enfermedades crónicas es un aspecto fundamental de la atención médica que requiere un enfoque integral y multidisciplinario en primer lugar es crucial realizar una evaluación inicial exhaustiva para identificar los signos y síntomas que indican una crisis como dolor agudo, dificultad respiratoria o cambios en el estado mental. Esta evaluación debe complementarse con una revisión detallada del historial clínico del paciente que incluya tratamientos previos, medicamentos y factores desencadenantes

conocidos. Una vez identificada la crisis la intervención inmediata se centra en la estabilización del paciente lo que puede incluir la administración de medicamentos oxígeno o líquidos intravenosos así como un monitoreo constante de los signos vitales y otros parámetros relevantes para evaluar la respuesta al tratamiento.

Además es fundamental desarrollar un plan de manejo personalizado que contemple un plan de acción específico para el paciente y su familia es esencial para que comprendan los síntomas de alerta y las respuestas adecuadas ante una crisis. El apoyo psicológico también juega un papel crítico incluir a profesionales de salud mental puede ayudar a los pacientes a enfrentar el estrés emocional asociado con su enfermedad crónica y facilitar la participación en grupos de apoyo puede proporcionar un espacio donde compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.

El seguimiento regular del paciente es igualmente importante permitiendo monitorear su estado y ajustar el tratamiento según sea necesario. La rehabilitación puede ofrecerse para mejorar la calidad de vida y ayudar al paciente a gestionar mejor su enfermedad. Por último la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo de atención médica es esencial para garantizar un enfoque coordinado y completo involucrando a la familia en el proceso para que puedan brindar apoyo adecuado. La identificación de factores desencadenantes y la promoción de un estilo de vida saludable son componentes clave en la prevención de futuras crisis, permitiendo al paciente no solo manejar su enfermedad crónica, sino también mejorar su bienestar general y calidad de vida. Este enfoque holístico asegura que tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales del paciente sean atendidos facilitando un manejo más efectivo y proactivo de su condición.

Intervenciones médicas básicas para situaciones de emergencia en comunidades.

El paciente que llega al área de urgencias, tiene unas necesidades particulares que, por lo general, requiere de una actuación rápida, efectiva y eficiente, ya que de ello puede depender su vida, esto implica que el personal y, muy especialmente del personal de enfermería, deba estar muy atento a las actividades que debe realizar para garantizar la oportuna atención de cada caso que llega a urgencias. Por ello, es fundamental que este personal cuente con unos protocolos y normas claras que regulen y orienten sus acciones en

el área, para así garantizar su efectividad en la atención, y su organización para trabajar en un área de permanente exigencia. La atención que se ofrece debe ser sistematizada y coordinada.

Dependiendo del nivel de gravedad del paciente, puede ser atendido en diversas salas dentro del área de urgencias, lo cual dependerá de cómo ha sido diseñada dicha área y de los recursos con que cuente el hospital en ese momento. En cualquier caso, se debe disponer de un área en la que se encuentren a la mano los materiales y equipos necesarios para actuar en casos críticos (politraumatismos, parada cardiorespiratoria, arritmia cardíaca grave, quemaduras, intoxicaciones, ahogados, electrocutados, entre otros).

Lo primero es identificar rápidamente la gravedad de cada patología presentada en el área, lo cual permitirá priorizar también la atención de cada paciente en atención a sus necesidades y a los recursos humanos y materiales con que cuenta el servicio de emergencias. Lo segundo es clasificar a los pacientes dependiendo de sus condiciones:

1. Al área de Resucitación Cardio Pulmonar (RCP), se ingresan de inmediato aquellos pacientes que ingresen en estado crítico, indistintamente de la causa (traumatismo, infarto, deterioro de su situación clínica)

2. A la sala de cuidados y camillas, se remitirán los pacientes que tienen un cuadro clínico desfavorable, con deterioro hemodinámico, patologías, cardiorespiratorias, entre otras, y están a la espera de resultados de exámenes o de la presencia de un especialista

3. A la sala de espera vigilada o de consultas se dirigen los pacientes que, luego de una valoración muy preliminar, pasan para ser valorados en consulta y poder ser ubicados en alguna de las dos salas anteriores, si lo requiere

4. A la sala de espera general, se remiten los pacientes que llegan y esperan para ser clasificados, para ser valorados en consulta o que esperan resultados de algún estudio. Sus patologías ya no son tan urgentes o su condición es bastante estable.

Dado que el paciente crítico es el de mayor gravedad, y suele ser el más frecuente en el área de urgencias, se describen a continuación las actuaciones comunes para su atención, con especial énfasis en las labores que debe realizar el personal de enfermería, tomando en consideración lo establecido por (Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, 2014). Es

conveniente recordar que, en estos casos, la prioridad es reanimar y/o estabilizar al paciente, para lo cual no se necesita esperar diagnósticos específicos, que se tendrán claros más tarde.

1. Si es el vigilante o portero quien recibe la entrada del paciente, éste debe notificar al personal de RCP inmediatamente, según los mecanismos que disponga el hospital para ello (notificación, verbal, alarma, llamada)

2. Si el paciente ya se encontraba en la sala de camillas o de espera vigilada, la enfermera o enfermero del área solicitará el apoyo (camilleros, vigilantes) para trasladarlo al área de RCP y se activará el mecanismo de atención

3. La notificación o alarma debe activarse de inmediato apenas se detecte la emergencia de un paciente crítico, ya que de la prontitud de la atención puede depender su vida o su funcionamiento orgánico

4. Si el paciente viene en camilla, será transferido a una de las camillas del área de RCP, mediante las técnicas de manipulación y movilización correspondientes

5. Se procede a realizar una valoración rápida del paciente, donde intervienen el personal médico y el de enfermería

6. Se verifica la identidad del paciente y los mecanismos de identificación de que disponga el hospital

7. Se tomará registro de la entrada del paciente, sus datos personales, hora de ingreso, estado en que ingresa, si cuenta con familiares o acompañantes, si tiene historia clínica en el hospital. Esto se hará dependiendo de los tiempos para la atención y de la cantidad de personal disponible, ya que la prioridad es atender al paciente y asistir al personal médico en los procedimientos que realiza para estabilizar al paciente tan pronto como sea posible

8. Se procura un número telefónico de familiar o acompañante para tenerlo anotado a la historia para su rápida localización en caso de ser requerido

9. Retirarle la ropa al paciente, en su totalidad si es necesario; así como todos los accesorios (reloj, pulseras, prótesis dentales, zarcillos, cadenas). Todo se colocará en una bolsa con su identificación

10. Dependiendo de la situación y condiciones, el paciente será vestido con una bata clínica o cubierto con sábanas, si está completamente desnudo.

11. Si está consciente, tratar de calmarlo y orientarle respecto a los procedimientos que se le van a realizar
12. Canalizar vía periférica y toma de muestras de sangre.
13. Se procede a valorar su situación respiratoria, observando si ventila y oxigena de forma adecuada, si hay presencia de cianosis central o periférica, si hay obstrucción de algún tipo, si hay ruidos respiratorios.
14. En caso de ser necesario, se interviene la función respiratoria (aspiración de secreciones, colocación de dispositivos como mascarillas y O₂, intubación endotraqueal)
15. Se deberá ayudar en la fijación de tubos laríngeos y en la colocación de drenaje torácico
16. Colocar sonda nasogástrica
17. Colocar al paciente en una posición adecuada para favorecer la ventilación
18. Obtención, resguardo e identificación de muestras, para su envío al laboratorio
19. Se realiza la valoración circulatoria, observando: si está hidratado; si hay edemas localizados o generalizados; si hay signos de insuficiencia cardíaca; explorando los lechos ungueales y el relleno capilar; se constata la presencia de pulso y estado de venas yugulares; presencia de petequias; temperatura de la piel y estado de la sudoración; ritmo cardíaco; hemorragias o sangrados.
20. Se realiza un ECG de 12 derivaciones, monitoreando el comportamiento electrocardiográfico, la TA y la FC
21. Colocación de vías centrales
22. Sondaje vesical
23. Preparación para aplicar ecocardiografía, pericardiocentesis, desfibrinación, cardioversión eléctrica y/o transfusión sanguínea
24. Se toma la temperatura corporal
25. Se valora el estado de conciencia del paciente, observando si presenta agitación, desorientación., deterioro mental, ansiedad, pérdida de memoria, confusión.
26. Se aplica la escala de Glasgow (de ésta se hablará en detalle más adelante)

27. La enfermera debe estar en capacidad de preparar todos los implementos necesarios para aplicar Reanimación Cardio Pulmonar primario, mientras se hace presente el personal médico que debe atender el caso, adelantando lo que pueda en el paciente (colocación de vías de irrigación, preparación de desfibriladores, preparación de material de intubación y respiradores, detener hemorragias, retirar ropa y accesorios del paciente).

Superado el momento inicial de atención, el personal de enfermería deberá vigilar continuamente los siguientes aspectos:

1. Estado de las vías de irrigación
2. Estado de los implementos y vías de ventilación y funcionamiento de respiradores
3. Estado de la piel y las mucosas
4. Riesgo de aspiración
5. Constantes vitales
6. Estado neurológico y nivel de conciencia
7. Diuresis y balance hídrico
8. TA, FC, FR, SATO₂
9. Temperatura
10. Sudoración
11. Petequias
12. Administrar el tratamiento indicado por el personal médico
13. Controlar efectos de la medicación
14. Toma de muestras para realización de pruebas y estudios

2.2 Rol de las terapias complementarias en la promoción de salud

El impacto positivo de las prácticas en la recuperación y resiliencia de los pacientes se manifiesta en diversos aspectos que fortalecen su bienestar físico, emocional y social. Estas prácticas, diseñadas de manera integral, no solo aceleran los procesos de recuperación, sino que también promueven la adaptación a los desafíos que enfrentan tras una enfermedad, cirugía o trauma.

Estas prácticas, cuidadosamente diseñadas, combinan enfoques médicos, terapéuticos y sociales para garantizar una atención integral. Al enfocarse en el bienestar físico, emocional y social, estas intervenciones no solo ayudan a restablecer las capacidades perdidas, sino que también construyen una base sólida para que los pacientes enfrenten con éxito los desafíos derivados de su condición de salud, facilitando así una recuperación más completa y sostenible.

Desde la perspectiva física, las prácticas terapéuticas ayudan a acelerar los procesos de curación y recuperación funcional. Intervenciones como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la actividad física adaptada están diseñadas para restablecer la movilidad, reducir el dolor y recuperar la fuerza. Estas actividades no solo mejoran la calidad de vida a corto plazo, sino que también fomentan la autonomía del paciente, lo que es fundamental para restaurar su confianza y sentido de independencia en la realización de actividades diarias.

En el ámbito emocional, estas prácticas desempeñan un papel esencial en la construcción de resiliencia psicológica. Terapias como el apoyo emocional, la atención psicológica y las técnicas de manejo del estrés ayudan a los pacientes a procesar los aspectos emocionales de su recuperación. Además, fortalecen su capacidad para enfrentar la ansiedad y la incertidumbre que suelen acompañar a los procesos de recuperación, promoviendo una mentalidad positiva y un sentido de propósito renovado.

El componente social de estas prácticas es crucial para fomentar la integración y el apoyo comunitario. Las actividades grupales y las iniciativas que promueven la interacción social ayudan a los pacientes a reconstruir sus redes de apoyo, lo que es vital para combatir el aislamiento que muchas veces acompaña a enfermedades o traumas. Este enfoque integral no solo mejora los resultados de la recuperación, sino que también proporciona a los pacientes herramientas para adaptarse a futuras adversidades con mayor fortaleza y confianza.

A continuación, se destacan algunos de los principales beneficios:

Mejora física y funcionalidad: Las prácticas enfocadas en rehabilitación física, como la fisioterapia y la terapia ocupacional, permiten a los pacientes recuperar movilidad, fuerza y

habilidades funcionales perdidas. Esto les otorga independencia y confianza en su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, mejorando significativamente su calidad de vida.

Fortalecimiento emocional y psicológico: La resiliencia se ve impulsada mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento y apoyo emocional. Actividades como la terapia psicológica, la meditación o el acompañamiento grupal ayudan a los pacientes a manejar la ansiedad, la depresión y el estrés asociados con su recuperación, fomentando una actitud positiva frente a los retos.

Reconexión social y apoyo comunitario: Las prácticas de integración social, como talleres o actividades en grupo, promueven el contacto con otros que han atravesado experiencias similares. Esto crea redes de apoyo, disminuye el aislamiento y refuerza la confianza en las relaciones interpersonales, aspectos clave para la resiliencia.

En conjunto, estas prácticas contribuyen a que los pacientes no solo se recuperen, sino que desarrollen una capacidad de adaptación frente a futuras adversidades, marcando una diferencia positiva en su proceso de sanación integral.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La educación en salud es fundamental para fomentar estilos de vida saludables, ya que proporciona a las personas el conocimiento y las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su bienestar. En un mundo donde la información sobre su salud es abundante, pero a menudo contradictoria, la educación en salud es amplia, pero a menudo contradictoria la educación en salud se convierte en una guía esencial. A través de programas educativos, talleres y campañas de concienciación, se puede aumentar la comprensión sobre la importancia de llevar una vida saludable. Este conocimiento no solo abarca aspectos físicos como la nutrición y el ejercicio, sino también componentes emocionales y psicológicos que son igualmente cruciales para el bienestar integral.

Uno de los principales beneficios de la educación en salud es su capacidad para prevenir enfermedades. Al proporcionar información clara sobre los riesgos asociados con comportamientos poco saludables, como el tabaquismo o el sedentarismo, se puede motivar a las personas a adoptar hábitos más saludables. Por ejemplo, campañas educativas que ilustran los efectos nocivos del tabaquismo han demostrado ser efectivas en la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco. De esta manera la educación en salud no solo contribuye a la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardíacas, sino que también promueve una cultura de prevención de la sociedad.

Además, la educación en salud enseña habilidades prácticas que son esenciales para la vida diaria. Aprender a lavar y preparar comidas saludables, leer etiquetas nutricionales y gestionar el estrés son solo algunas de las competencias que se pueden adquirir a través de estos programas. Estas habilidades permiten a las personas no solo hacer elecciones más saludables, sino también mantener esos hábitos a lo largo del tiempo. La capacidad de aplicar este conocimiento en situaciones cotidianas es lo que realmente transforma la teoría en acción y contribuye a un estilo de vida sostenible.

Otro aspecto importante de la educación en salud es su papel en el empoderamiento de los individuos. Cuando las personas están bien informadas sobre su salud y bienestar se sienten más capacitadas para tomar decisiones que impacten positivamente en sus vidas. Este empoderamiento fomenta una mayor autonomía y responsabilidad personal lo cual es crucial

en un contexto donde las decisiones de salud pueden ser influenciadas por factores externos. Al empoderar a las personas con conocimiento y habilidades se les permite convertirse en defensores de su propia salud y bienestar.

La educación en salud también se centra en el cambio de comportamientos. A través de intervenciones educativas es posible implementar estrategias efectivas que motiven a las personas a modificar hábitos nocivos. Programas que ofrecen apoyo social y recursos para dejar de fumar han demostrado ser exitosos en ayudar a los individuos a superar esta adicción. Este enfoque proactivo no solo mejora la salud individual, sino que también tiene un impacto positivo en la comunidad al reducir la carga de enfermedades relacionadas con estilos de vida poco saludables.

El bienestar mental es otro componente clave que debe ser abordado en la educación en salud. La conexión entre la salud mental y física es innegable. Problemas como estrés, la ansiedad y la depresión pueden tener efectos adversos significativos en la salud general. Por lo tanto, incorporar temas relacionados con el bienestar emocional en los programas de educación para la salud es esencial para promover un enfoque holístico hacia el bienestar emocional. Esto puede incluir técnicas de manejo del estrés, mindfulness y estrategias para mejorar la resiliencia emocional.

La educación en salud no solo beneficia a los individuos, sino que también contribuye a la creación de comunidades más saludables. Al fomentar iniciativas locales que promuevan hábitos saludables como ferias de salud y grupos comunitarios de ejercicio, se pueden crear un entorno que apoye estilos de vida positivos. Esto no solo mejora la calidad de vida de los individuos, sino que también fortalece el tejido social al promover la colaboración y el apoyo mutuo.

Para concluir, hay que destacar que, la educación en salud es un componente clave para promover estilos de vida saludables. Al proporcionar información y habilidades necesarias, empodera a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud. Este enfoque integral no solo mejora la calidad de vida individual, sino que también tiene un impacto positivo en la comunidad y en los sistemas de salud pública al reducir costos.

asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas La inversión en educación en salud es por lo tanto, una estrategia vital para construir un futuro mas saludable para todos.

BIBLIOGRAFÍAS

BIBLIOGRAFÍAS

- Álvarez, C., & Muñoz, F. (2004). *Cuidados de enfermería al paciente en urgencias: Diagnósticos, actividades y técnicas habituales*. ASEPEYO.
- Álvarez, O. (2016). Beneficios de la práctica del Tai Chi Chuan para la salud. *CCM*, 20(2), 400-1402. Recuperado el 14 de julio de 2023, de <https://www.ccm.com>.
- Anheyer, D., Cramer, H., Dobos, G., Lauche, R., & Thoms, M. S. (2016). Yoga in women with abdominal obesity: A randomized controlled trial. *Dtsch Arztebl Int*, 113, 645-652. Recuperado el 14 de julio de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Atezaz, S., Bloch, R., & Cunningham, K. (2019). Depression and anxiety disorders: Benefits of exercise, yoga, and meditation. *Am Fam Med*, 99(10), 620-627. Recuperado el 14 de julio de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083878/>.
- Casado, D., & López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación la Caixa.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE). (2003). *Manual de normas y procedimientos de bioseguridad*. Recuperado de https://issuu.com/laboratorio_hu/docs/manual_de_normas_y_procedimientos_de_biosegurida.
- Complejo Hospitalario de Cáceres. (2009). *Cartera de servicios de enfermería: Servicio de urgencias*. Dirección de Enfermería.
- Cooper, J. A., Cooper, J. D., & Cooper, J. M. (2006). Cardiopulmonary resuscitation: History, current practice, and future direction. *Circulation*, 114(25), 2839-2849.
- Collins, A. M., Collins, N. Y., Davis, R. J., Jakicic, J. M., Kelliann, K., Marcin, K. A., Marissa, L., Rogers, S. A., Sherman, S. B., & Wei, L. (2021). Feasibility of integration of yoga in a behavioral weight-loss intervention: A randomized trial. *Wiley Online Library*, 29(3), 512-520. Recuperado el 14 de julio de 2023, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23089>.
- Chun-Hao, F., Wei-Hsiu, H., Wen-Wei, R., & Zin-Rong, L. (2014). Effects of circuit exercise and Tai Chi on body composition in middle-aged and older women. *Wiley Online Library*,

- 282-288. Recuperado el 14 de julio de 2023, de <https://onlinelibrary-wiley.com.uchile.idm.oclc.org/doi/10.1111/ggi.12270>.
- Damonte, A. M. (2000). ¿Cómo envejecen los uruguayos? *Uruguay: CEPAL*.
- Díaz, S., Rodríguez, L., & Valencia, A. (2015). Análisis de publicaciones en Promoción de la Salud: una mirada a las tendencias relacionadas con Prevención de la enfermedad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n28/v14n28a03.pdf>.
- Edelson, D. P., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D. S., et al. (n.d.). Improving in-hospital cardiac arrest process and outcomes with performance debriefing. *Arch Intern Med*.
- Fernández, J., Sillero, C., & Torres, C. (2002). *Manual de Medicina de Urgencia*. Elche: Hospital General Universitario de Elche, Universidad Miguel Hernández.
- Frenk, J. (1994). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gutiérrez, L. M. (2001). El proceso de la transición epidemiológica. *Demos (México)*, 4, 8-9.
- Gamble, A. (2000). *Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- Fan-Lee, D. T., Hung-Sit, J. W., Kiu-Chan, A. W., Ping-Leung, D. Y., Taylor-Piliae, R. E., Sek-Ying, S., & Yu-Cheng, H. (2018). Tai Chi exercise is more effective than brisk walking in reducing cardiovascular disease risk factors among adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Elsevier*, 88, 44-. Recuperado el 14 de julio de 2023.
- Ham-Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- López, O., & Blanco, J. (1997). Los retos en la salud para el fin de siglo. *La política social*, 183-206.
- Laslett, P. (1996). *A fresh map of life*. Londres: Macmillan Press.
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Medicinas complementarias*. Recuperado el 14 de julio de 2023, de <https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias/>.

- Méndez, A., Ponzo, J., & Rodríguez, M. (2008). *Promoción de salud*. Tomo I (1ª ed.) Montevideo: Oficina del Libro, Fefmur.
- Organización Mundial de la Salud. (1988). *Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Políticas a favor de la salud. Recomendaciones de Adelaida*. Recuperado de <http://portal.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Segunda-Adelaida.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente: 2016 - 2030*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la agenda 2030 para el Desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Enfermedades no trasmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (4ª ed.). Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Recuperado de https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década* [Resumen]. Recuperado de https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: La aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018)*. Recuperado de <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/>.

Vázquez, M., & Casal, J. (Eds.). (n.d.). *Guía de actuación en urgencias* (4a ed., pp. 237-239).
Ofelmaga, S.

*¡Revolucionando
tu manera de **Aprender!***

 **YOL**
EDITORIAL

 www.istcge.edu.ec

ISBN: 978-9942-675-20-0



9 789942 675200