ANÁLISIS DE NECESIDADES ASOCIADAS A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ATENDIDAS EN CENTROS Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON ELEVADA EDAD

ANALYSIS OF NEEDS ASSOCIATED WITH SEVERE MENTAL DISORDER ATTENDED IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SERVICES AND CENTERS AT ADVANCED AGE

Autores:

Daniel Navarro¹; Francisco Ballesteros¹; Rafael Cristina^{2a}; Juan González^{3a}; Sara Lafuente^{4a}; Jorge Marredo-Rosa^{5b}; Minerva Núñez^{6a}; Antonio Ruiz^{7a}; Teresa Ruiz^{8a}; Margarita Rullas^{9a}.

¹Clariane-Grupo5; ²CRPS La Elipa Grupo5; ³CRPS Alcalá de Henares Grupo5; ⁴CD Torrejón Grupo5; ⁵Gestión del conocimiento, Grupo5; ⁶CD Arganzuela Grupo5; ⁷EASC Fuencarral Grupo5; ⁸CD Espartales Sur Grupo5; ⁹CRPS San Fernando Grupo5; ^aConsejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; ^bInstituto de Mayores y Servicios Sociales.

Datos de contacto

Daniel Navarro. Responsable técnico de Salud Mental. Clariane-Grupo5. Calle Juan Esplandiú, 11, planta 11, 28007. Madrid. Correo de contacto: daniel.navarro@clariane.es

RESUMEN

Este estudio identifica las necesidades psicosociales de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) adultas, mayores de 58 años y atendidas en centros de rehabilitación psicosocial. Se realizó un estudio multicéntrico transversal con un total de 25 centros de rehabilitación que identificaron a un 14,78% (N=210 personas) de las personas atendidas por encima de los 58 años. Los profesionales evaluaron las necesidades mediante encuestas ad hoc que se basan en instrumentos validados. Se aplicó la técnica de priorización de Hanlon para identificar las necesidades. Las principales necesidades detectadas fueron: tener apoyos para la gestión de su vida en la comunidad; disponer de tratamientos médicos de calidad supervisados adecuadamente; tener apoyo en su domicilio para mantenerse en buenas condiciones de vida; tener una red de apoyo social disponible en su entorno; y desarrollar rutinas ocupacionales significativas que aporten sentido y disfrute de la vida. Las necesidades menos cubiertas fueron: disfrutar de una sexualidad satisfactoria; tener un trabajo adecuado; y tener vivienda propia. Según estimaciones, la población con TMG con edad elevada aumentará en los próximos 10 años de forma exponencial. Se discuten las implicaciones para la atención y la investigación.

Palabras clave: Trastorno Mental, Rehabilitación Psicosocial, Anciano.

ABSTRACT

This study identifies the psychosocial needs of adults with Severe Mental Disorder (SMD) over the age of 58 who are treated in psychosocial rehabilitation centers. A cross-sectional multicenter study was conducted involving a total of 25 rehabilitation centers, which identified 14.78% (N=210 people) of those attended were over the age of 58. Professionals assessed the needs through ad hoc surveys based on validated instruments. Hanlon prioritization technique was applied to identify the needs. The main needs detected were: having support for managing their lives in the community; having access to quality medical treatments adequately supervised; having home support to maintain good living conditions; having a social support network available in their environment; and developing meaningful occupational routines that provide a sense of purpose and enjoyment in life. The least met needs were: enjoying a satisfactory sexual life; having suitable employment; and having their own housing. According to estimates, the elderly population with SMD will increase exponentially in the next 10 years. The implications for care and research are discussed.

Keywords: Mental Disorder, Psychosocial Rehabilitation, Elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una característica sociodemográfica relevante en España, afectando también a las personas con trastornos mentales graves. No hay un rango de edad universalmente aceptado para definir el comienzo del envejecimiento. Los rangos son diferentes si se consideran estudios poblacionales generales o de personas con Discapacidad. Las estimaciones poblacionales generales a menudo se basan en indicadores sociales de jubilación. En poblaciones de personas con discapacidad intelectual o cognitiva diferentes estudios consideran que una persona mayor de 45 años presenta características y necesidades específicas asociadas al proceso de envejecimiento. En personas con enfermedad mental igualmente no existe una edad aceptada para determinar el inicio del proceso de envejecimiento. La OMS considera la edad entre 60 y 65 años como edad de riesgo para el incremento de problemas asociados al envejecimiento. El inicio del proceso de envejecimiento es complejo y multifactorial. Situar un rango de edad depende de factores individuales, contextuales, biológicos, psicológicos y económicos.

España cuenta con 48.186.421 habitantes (INE) [1]. El 20,27% de las personas que viven en España son mayores de 64 años. Esto hace un total de 9.767.387 personas [2]. En los próximos 10 años esta cantidad aumentará al 41,2% (serán 19.852.805 personas según la proyección sobre total poblacional INE en el año 2036) y los siguientes 10 años serán el 52,2% (un total de 25.153.311 según la misma proyección para el año 2046) [1]. Si nos situamos en la franja a partir de los 55 años, que es cuando se considera el perfil de edad relevante para considerar el inicio del proceso de hacerse mayor, y en el que aparecen necesidades específicas asociadas a la edad, en el año 2022, en España, el 33,98% de la población se situaba en esta franja, lo que supone un total de 16.115.509 de personas [3].

En esta línea, según las Naciones Unidas, se prevé que las personas mayores de 55 años representen en 2.050 el 53% de la población española, es decir, más de la mitad [3]. Esto supondrá un cambio demográfico y presentará retos en el proceso de hacerse mayor. Algunos que se pueden mencionar son: fomentar un envejecimiento saludable, promover la participación de la persona mayor y facilitar el acceso a los servicios. Como complemento a esto, habrá que desarrollar políticas

que eliminen los estereotipos negativos y la discriminación hacia las personas mayores, o edadismo, en favor de la plena participación en la economía y sociedad en general [3].

En cuanto a los Trastornos Mentales Graves (TMG), la prevalencia cambia según fuentes y criterios utilizados para definir la gravedad. En uno de los estudios más citados en España, el estudio ESEMeD-España [4], se estimaba que alrededor del 3,3% de la población española sufrirá trastornos mentales graves en algún momento de su vida. En los datos proporcionados por la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 se citan los datos de la base BDCAP (Base de Datos de Atención Primaria) en la que se identifica, en el año 2017, un total de 1,2% de la población con un diagnóstico de psicosis [5]. Al no disponer de datos precisos, o estudios recientes que proporcionen números más exactos, y haciendo una estimación conservadora del 1% para los trastornos psicóticos graves más significativos, como la esquizofrenia, estaríamos ante unas 481.864 personas con un TMG en España. De ellos, el 33,98% (163.737 personas) tendrían más de 55 años.

Necesidades en personas con TMG y edad avanzada

En el proceso de hacerse mayor, las personas con un TMG deben afrontar no solo las consecuencias y malestares de la enfermedad mental, sino también los cambios físicos y sociales relacionados con la edad.

El grupo de TMG más frecuente está formado por los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos de larga evolución. En estos grupos la esperanza de vida está reducida entre 10 y 20 años en comparación con la población general [6]. En esta línea, y siguiendo los datos Wahlbeck [7], los varones con esquizofrenia mueren 20 años antes y las mujeres 15 años antes que la población general. La mayoría de esas muertes es debida a enfermedades somáticas. Dentro de estas, el efecto adverso del tratamiento farmacológico mantenido tiene relevancia. Los antipsicóticos contribuyen a una mayor prevalencia de diversos problemas de salud, como son: diabetes mellitus y síndrome metabólico, entre otros [8]. Además, en atención primaria, se produce una falta sistemática de identificación y tratamiento de enfermedades, especialmente cardiovasculares [9].

Si nos centramos en los datos relacionados con las mujeres mayores con TMG, según el estudio de Dickerson, 2007 [10], las mujeres tienen un inicio del trastorno mental grave, específicamente en diagnósticos de esquizofrenia, más tardío que los hombres, con un pico en la menopausia que hay que tener en cuenta. Las mujeres, a pesar de que en la edad joven tienen síntomas menos graves que los hombres, en la edad mayor estas diferencias ya no son significativas. Son más vulnerables a los problemas relacionados con el trastorno y con la edad. En la menopausia hay una exacerbación de síntomas que conlleva mayor deterioro cognitivo y peor estado físico.

A esto hay que sumar los factores sociales y económicos que pueden determinar la evolución del trastorno y la salud. El contexto en que vive la persona, la disponibilidad de recursos de tratamiento, el apoyo y soporte, los hábitos de salud inadecuados, la clase social baja, el aislamiento social y las dificultades cognitivas, entre otras, pueden ser factores de riesgo asociados al deterioro y a la peor evolución. Como se puede ver en el Cuadro 1, los determinantes sociales que influyen en la salud mental de las personas con TMG al hacerse mayor, y sus consecuencias, son:

Cuadro 1. Determinantes sociales que influyen en la salud mental de las personas con TMG al hacerse mayores. Fuente: SAMHSA, 2021 [11].

DETERMINANTE SOCIAL	CONSECUENCIA
Aislamiento social. Apoyo social insuficiente. Escasos ingresos económicos. Estigma asociado al envejecimiento. Violencia y abuso. Cambios en el entorno social. Pérdida de roles sociales. Discriminación. Cambios o reducción en redes de apoyo.	Mayor probabilidad de ansiedad y depresión. Puede aumentar el estrés y la soledad. Pobreza, malos hábitos de vida y ansiedad. Baja autoestima y percepción social negativa. Estrés postraumático, culpa y ansiedad.

Se suele estimar que entre el 70% y el 80% de las personas con un TMG vive en la comunidad y es ahí donde se expresan sus necesidades de tratamiento, rehabilitación y apoyo social. Como consecuencia de las necesidades del trastorno, estas personas suelen recibir apoyo de: atención primaria, centros de salud mental, servicios sociales, centros de rehabilitación psicosocial, asociaciones, servicios hospitalarios, alternativas residenciales supervisadas y de familia y amistades. Las necesidades complejas del colectivo, sumadas a las de la edad, suelen exceder la capacidad de los servicios, ya que muchos no están orientados a la combinación de necesidades TMG y edad avanzada.

En el estudio de Cummings y Kropf [12] se evidenció que parte de los cuidados los asumen las redes informales, en concreto las necesidades asociadas con el dinero, el apoyo emocional y los autocuidados en el domicilio. Los servicios formales sanitarios y sociales para las personas con TMG y edad avanzada a menudo están fragmentados, se organizan en diferentes niveles, o estructuras, y están poco coordinados. Esto se traduce en una dificultad para compartir información de la persona o realizar tratamientos coordinados y continuados en el tiempo.

A pesar de todo lo anterior y de la evidencia en el incremento que se prevé en esta población, y en las demandas que vendrán en los próximos años a los sistemas sanitarios y sociales, se ha hecho poco desde la investigación para detectar las necesidades de las personas con TMG que se hacen mayores [13]. En nuestro país los estudios de necesidades en la población con TMG son escasos [14, 15]. De hecho, la mayoría de la investigación está centrada en población joven con enfermedad mental y menor de 40 años.

Entre los estudios de necesidades realizados en esta población concreta, está el estudio de Cummings y McClure [16]. Concluyen que una persona con un TMG y 55 años, o más, presentan una media de 10 necesidades específicas en las diferentes áreas vitales. Las de mayor frecuencia fueron: el malestar psicológico, los problemas físicos, el contacto social, la atención domiciliaria y las actividades de la vida diaria. Si se tiene en cuenta el concepto de "necesidades no cubiertas", se encontró que estas eran: la falta de contacto social, los problemas de visión y de audición y los ingresos económicos bajos.

En el ámbito español, el estudio de Vargas et al. [17] identificó 40 necesidades asociadas al envejecimiento en la población de personas con TMG. De ellas, por orden de prioridad, fueron: la independencia económica, tener un tratamiento psicofarmacológico adecuado para prevenir recaídas, tener vivienda adecuada, disponer de atención en salud mental accesible y continuada, disponer de alternativa residencial y contar con afecto, compañía y apoyo de la familia.

Objetivos

Por todo lo comentado anteriormente, el objetivo del presente estudio es conocer de una manera descriptiva y aproximativa la prevalencia y la situación de las necesidades de personas atendidas en centros y servicios de rehabilitación psicosocial ubicados en España, con perfil de edad avanzada, tiempo prolongado de tratamiento rehabilitador y proximidad al momento de salida del proceso de atención en un centro de rehabilitación psicosocial.

Los objetivos específicos son:

1. Estimar la prevalencia de personas con TMG mayores de 58 años en los centros de rehabilitación participantes.
2. Identificar y priorizar las principales necesidades psicosociales, sanitarias y de apoyo comunitario en esta población, desde la perspectiva de los profesionales de los centros.
3. Determinar las necesidades menos cubiertas o atendidas en la actualidad, según la valoración de los equipos de rehabilitación.

Este estudio tiene en cuenta la percepción de necesidades desde los profesionales de los recursos.

Una vez detectadas las necesidades prioritarias se pretende listar las recomendaciones que sirvan de orientación o guía para la mejora de atención al colectivo.

METODOLOGÍA

Participantes

Los centros participantes en el estudio fueron 25 recursos públicos de rehabilitación psicosocial integrados en la Red atención social a personas con TMG de Madrid y Valencia. Dependen de la Consejería de Servicios Sociales y de Igualdad en ambas Comunidades. Atienden a personas con enfermedad mental grave, en su mayoría esquizofrenia y otras psicosis, entre 18 y 65 años. El tiempo medio de los procesos de rehabilitación psicosocial está entre 5 y 10 años. En estos, las personas reciben tratamientos psicosociales multicomponentes que incluyen: rehabilitación cognitiva, apoyo a la integración comunitaria, intervención familiar, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, fomento del ocio, etc.

En la Tabla 1, se pueden ver el nombre de los centros y la cantidad de plazas de atención.

Tabla 1. Centros participantes en el estudio.

CRPS-CRIS	Plazas	CD	Plazas	EASC	Plazas
Alcobendas	90	Alcobendas	35	Alcobendas	30
Alcalá de Henares	90	Aranjuez	30	Arganzuela	30
C. Jardín	70	Arganzuela	30	Collado Villalba	30
La Elipa	90	Collado Villalba	30	Colmenar	30
Latina	75	C. Jardín	20	Fuencarral	30
Majadahonda	70	Espartales Sur	30	Latina	30
San Fdo. Henares	90	Latina	30	Majadahonda	30
Torrejón	65	Majadahonda	30	Tetuán	30
		Torrejón	35		
TOTAL	640		270		264

CRPS-CRIS: Centro de Rehabilitación Psicosocial; CD: Centro de Día y Soporte Social; EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario.

En la fecha de elaboración del proyecto hay 1.419 personas atendidas entre los Centros de Día y Soporte Social (CD), Centros de Rehabilitación Psicosocial o Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRPS-CRIS) y Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). De estas 1.419 personas, al menos 210, un 14,78%, cumple el perfil objeto de estudio.

Para seleccionar la muestra final del estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión de la población a estimar necesidades

- Persona de > de 58 años
- Diagnóstico de TMG
- Próximo a salir del proceso de atención

La consideración de la edad de 58 es debido a que como se ha comentado en la introducción no hay un rango de referencia aceptado universalmente. En el estudio de Vargas [17] de personas con TMG el rango se estableció entre los 50 y los 65 años. Teniendo en cuenta los diferentes rangos establecidos, así como la medida de edad de las personas atendidas en los centros de rehabilitación psicosocial hemos optado por la edad de 58 años como punto de corte.

Para la detección del perfil y sus necesidades se solicitó la participación de los responsables de cada centro, un total de 16 direcciones de los centros y servicios con amplia experiencia profesional en la atención a personas con TMG.

Instrumentos

Se elaboró una encuesta ad hoc diseñada por los autores principales basada en la literatura disponible. El marco teórico para construir la escala fueron instrumentos diseñados especialmente para personas con TMG y mayores. En concreto:

- Escala de Riesgo Psicosocial (ERP) para personas con TMG con edad avanzada, basado en Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano [17]. Ver anexo 1.
- Escala de riesgo social, adaptado de la Escala de valoración social en el anciano de Cabrera et al. [18]. Ver anexo 2.

La encuesta incluía una primera parte con datos de prevalencia y del perfil sociodemográfico y clínico. A continuación, se describía un listado de 40 necesidades extraídas de Vargas [17] y un listado de 5 riesgos asociados al proceso de hacerse mayor, extraídos de la escala de riesgos en el anciano de Cabrera [18]. La última parte eran 8 campos abiertos de recogida de información en los que se podían describir libremente necesidades en 8 categorías: salud física, salud mental, economía, relaciones, hogar, ocupación y actividad, laboral y familia. Se proporcionaron instrucciones detalladas a los responsables de los centros para la administración de las escalas, asegurando la consistencia y precisión en la recolección de datos.

Las personas responsables de cada centro junto a sus equipos cuantificaron el número y el porcentaje de personas que cumplían los criterios de inclusión, así como la edad media y las principales características sociodemográficas. Siguiendo el listado de 40 necesidades basado en Vargas [17], se puntuó el listado de necesidades identificadas, graduadas en prioridad según el siguiente método: a) la estimación de la magnitud del problema en la población, se valoró de 0 (no afecta a ninguna persona) a 10 (afecta a todas las personas); b) la estimación de la gravedad del problema por las consecuencias en la calidad de vida, se valoró de 0 (nada grave) a 10 (máxima gravedad); c) la eficacia estimada de una solución posible, se valoró de 0,5 (eficacia mínima de una solución probable) a 1,5 (eficacia máxima de una solución probable); y d) la estimación de la factibilidad, se valoró de 0,5 (la solución no es factible con los recursos disponibles) a 1,5 (la solución es factible con los recursos disponibles).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó entre los meses de junio y agosto del año 2023. Los profesionales rellenaron la encuesta de manera individual. Se recogió la percepción de la necesidad y riesgo valorada por los profesionales. No se pasó la encuesta a las personas usuarias, pues el objetivo era solo evaluar la percepción de los profesionales.

Una vez cumplimentada la encuesta se reunió al grupo de responsables en una sesión de trabajo, coordinada por los dos primeros autores, en los que se presentaron los resultados obtenidos y se debatió sobre ellos.

El procedimiento siguió estas etapas: 1) detección en cada centro de personas que cumplían el perfil; 2) puntuación de cada necesidad con valoración cuantitativa de la misma según método Hanlon [19]; 3) estimación del número de personas agrupadas en cada ítem de riesgos en personas mayores; 4) descripción narrativa abierta de necesidades agrupadas en cada una de las 8 categorías abiertas.

Para una mayor definición de los términos y el sistema de clasificación, ver el Anexo 1 y Anexo 2.

Diseño

Se plantea un estudio multicéntrico, con un diseño transversal descriptivo exploratorio, con una sola muestra.

Con este tipo de diseño se pretende conseguir descripciones de la situación actual que permitirá generar hipótesis de

trabajo. La elección de un diseño transversal permite captar una instantánea de las condiciones y percepciones en un momento específico, lo cual es adecuado para los objetivos exploratorios del estudio, así como para generar futuras hipótesis de trabajo.

Se conducirán las siguientes estrategias:

- Descriptiva: una parte exploratoria-descriptiva de las variables de perfil, prioridad de necesidades y factores de riesgo de la población objeto de análisis.

Análisis de datos

Se llevarán a cabo análisis descriptivo y de frecuencias de las variables objeto de estudio

Se listaron las necesidades detectadas en un archivo de Microsoft Excel V.365 que se codificó para dar una puntuación ordenada automáticamente según la fórmula de la Técnica Hanlon, lo que permitía obtener una jerarquización de prioridades en las necesidades estimadas.

Se utilizó el método Hanlon adaptado [19] para la priorización de necesidades. Este método es una herramienta de salud para ayudar en la toma de decisiones. La fórmula que utiliza para establecer la priorización de problemas identificados por los profesionales permite extraer un índice de prioridad (Índice Hanlon= [(A+B) x C] x D, donde A corresponde a la magnitud del problema, B a la severidad, C a la eficacia de solución, y D a la factibilidad de intervención). Este método fue elegido por su capacidad para integrar múltiples criterios de evaluación y proporcionar una priorización cuantitativa de las necesidades.

Por tanto, el análisis nos posibilitará realizar un tipo de extrapolación cuantitativa, pero no se determinará la representatividad estadística.

RESULTADOS

En las siguientes tablas se muestran los resultados una vez recogida la información y analizados los datos.

En la Tabla 2 se muestra el número y porcentaje de personas con TMG y más de 58 años, atendidas en cada uno de los recursos y servicios de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid y de la Comunidad Valenciana. El 14,78% de las personas atendidas cumple el perfil establecido.

Tabla 2. Número de personas con TMG atendidas en Servicios de Rehabilitación Psicosocial con edad de 58 años o más.

CENTRO*	OBJETIVO	N.º de atendidos	Edad media atendidos	% atendidos con > 58 años
CRPS-CRIS	Rehabilitación Psicosocial, prevención de recaídas, integración comunitaria y atención a familias.	797	45	3%
CD	Soporte social continuado, prevención de recaídas, integración comunitaria y atención a familias.	308	53,5	21%
EASC	Apoyo social en la comunidad, apoyo domiciliario, acompañamiento comunitario y atención a familias.	314	51	15%
TOTAL		1.419	50	14,78%

* CRPS-CRIS: Centro de Rehabilitación Psicosocial; CD: Centro de Día y Soporte Social; EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario. Datos extraídos de 8 CRPS-CRIS, 9 CD y 8 EASC ubicados en la Comunidad de Madrid y Valencia. Datos de personas atendidas en octubre de 2023.

En la Tabla 3, se encuentra el perfil sociodemográfico de las personas que cumplen los criterios de inclusión para el estudio. Este grupo de población atendida tiene una media de 61 años, el 51,75% son mujeres, casi la mitad de ellas presenta algún grado de dependencia y el 32% vive solas. Tienen un promedio de 24 años de evolución del TMG y llevan atendidas en el recurso una media de 6 años y medio.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de personas con TMG y más de 58 años atendidas en servicios de Rehabilitación Psicosocial.

Edad media (en años)	61
Sexo (mujer)	51,75%
Tienen problemas físicos graves	28,34%
Tienen ingresos económicos	89,2%
Tienen familia	86,12%
Viven con hijos	20,03%
Viven con padre o madre	6,09%
Viven solas	32,24%
Tienen valoración y algún grado de Dependencia	45,34%
Promedio de evolución de la enfermedad mental (en años)	24
Media de estancia en el recurso (en años)	6,5

Calculado sobre N=210 personas atendidas en 25 Centros y Servicios de Rehabilitación Psicosocial en Madrid y Valencia. Riesgos psicosociales Agosto de 2023

En el análisis de los riesgos psicosociales realizado a través de la Escala de Riesgo Psicosocial, se presentan las siguientes tablas con los mayores riesgos en cuanto a la priorización del problema (Tabla 4). También se presentan los resultados de las necesidades ordenadas por la factibilidad de solución desde los recursos de rehabilitación (Tabla 5).

Cabe mencionar que no se presentan los resultados de las 40 categorías, sino de las 10 más relevantes. Para un análisis completo de los resultados se remite al lector al Anexo 1.

Tabla 4. Priorización de necesidades.

	Necesidad	Puntuación de prioridad obtenida
1	Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por un tutor-cuidador si lo necesita. ¹	15,06
2	Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas. ¹	14,74
3	Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa. ¹	14,26
4	Realizar actividades ocupacionales adecuadas a su capacidad. ¹	13,77
5	Participar activamente en relaciones sociales, asociativas, de ayuda mutua o de otro tipo.	13,24
6	Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable. ¹	13,24
7	Tener apoyos para lograr su autonomía personal, tomar sus propias decisiones, ocuparse adecuadamente de sus autocuidados y del manejo de su dinero y su hogar.	13,11
8	Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social. ¹	12,94
9	Contar con el afecto, aceptación y compañía de amigos.	12,65
10	Tener buena educación sanitaria general.	12,33

¹Necesidades identificadas como más factibles
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Factibilidad de solución desde los recursos de rehabilitación.

	Necesidad	Puntuación en factibilidad*
1	Estar bien informado-a y comprender su enfermedad.	1,11
2	Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por su tutor si lo necesita ¹ .	1,09
3	Realizar actividades ocupacionales adecuados a su capacidad ¹ .	1,08
4	Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable ¹ .	1,06
5	Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas ¹ .	1,05
6	Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social ¹ .	1,04
7	Tener ayudas económicas para el transporte.	1,03
8	Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa ¹ .	1,03
9	Apoyar a su familia adecuadamente e informar y recibir psicoterapia si la precisa.	1,00
10	Tener apoyo para la formación y el acceso a la cultura.	1,00

¹Necesidades identificadas como más prioritarias

* Siguiendo la fórmula de Hanlon una puntuación por encima o igual a 1 es factible de ser puesta en marcha
Fuente: Elaboración propia.

Como se puede ver en las dos tablas anteriores, seis de las necesidades detectadas como prioritarias, también se detectan como factibles a trabajar desde los centros de rehabilitación psicosocial antes de que la persona salga definitivamente del recurso.

En las Tablas 6 y 7 se presentan los resultados para aquellas necesidades menos prioritarias antes de que la persona salga de recurso (Tabla 6) y las menos factibles de cubrir desde los recursos (Tabla 7).

Tabla 6. Menor priorización de necesidades.

	Necesidad	Puntuación de prioridad obtenida
1	Tener o recuperar un trabajo adecuado para él/ella.	3,6
2	Tener apoyo de la comunidad religiosa.	4,16
3	Disponer de un sistema especializado de ingresos involuntarios para crisis psiquiátricas.	5,1
4	Poder disfrutar de una sexualidad satisfactoria.	6,47
5	Recibir ayuda en el caso de que esté en prisión.	6,58
6	Tener ayudas económicas para el transporte.	7,24
7	Tener vivienda propia adecuada.	7,68
8	Tener una asistencia sanitaria en atención primaria próxima, adecuada y accesible.	8,54
9	Disponer de buenas políticas de apoyo a la discapacidad y colaboración con la familia.	8,85
10	Tener independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.	9,56

Tabla 7. Menor factibilidad de solución desde los recursos de rehabilitación.

	Necesidad	Puntuación en factibilidad
1	Poder disfrutar de una sexualidad satisfactoria.	0,74
2	Tener o recuperar un trabajo adecuado para él/ella.	0,75
3	Tener vivienda propia adecuada.	0,75
4	Disponer de buenas políticas de apoyo a la discapacidad y colaboración con la familia.	0,76
5	Disponer de un sistema especializado de ingresos involuntarios para crisis psiquiátricas.	0,8
6	Tener independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.	0,84
7	Tener hábitos de vida saludables y hacer deporte regularmente.	0,84
8	Disponer de un sistema sanitario de calidad en la dotación, formación y dedicación de los profesionales de salud mental.	0,84
9	Disponer de recursos o ayudas en el caso de que se quede sin hogar o domicilio.	0,85
10	Tener apoyo profesional de servicios sociales adecuado, accesible, individualizado y continuado.	0,87

Riesgos Sociales

En cuanto a los resultados en relación con los riesgos sociales detectados por los y las profesionales de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, se aprecia que, entre las personas con perfil de TMG y edad avanzada, el 28% de ellas tiene riesgo en la situación familiar, viviendo sola, sin hijos/as o que viven alejados; otro resultado significativo es que el 11% de ellas tiene riesgos en el área de las relaciones sociales, no saliendo del domicilio o teniendo escasas relaciones. El 1% de las personas analizadas tienen riesgos en la vivienda (ver Tabla 8). De estos resultados se desprende que el 50% de las personas no tiene ningún riesgo en estas variables.

Tabla 8. Resultados de la evaluación de los Riesgos Sociales evaluados por profesionales.

Definición	N	%
Situación familiar: Vive solo y carece de hijos o viven alejados	59	28
Situación económica: Sin ingresos o inferiores a PNC	8	4
Vivienda: Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruinas, ausencia de equipamientos mínimos).	2	1
Relaciones sociales: No sale del domicilio, no recibe visitas o son muy escasas, aislado socialmente.	23	11
Apoyo de la red social: Necesidad de cuidados físicos permanentes	13	6

Porcentajes calculados sobre la muestra que incluye criterios de TMG>58 años, N=210 (ver tabla 2)

DISCUSIÓN

La población en el territorio nacional va cambiando en cuanto al perfil y sus necesidades. Como se ha visto, hay una tendencia al envejecimiento de la población general. Esto supondrá la aparición de nuevas necesidades tanto en la población como en los sistemas sociales y sanitarios del país. Por otro lado, los centros y servicios de rehabilitación desarrollan procesos largos de intervención, y cuando llega el momento de la salida del recurso, un porcentaje importante de las personas atendidas tiene una edad avanzada, por lo que se juntan las necesidades propias del envejecimiento, con las necesidades propias del trastorno. Ello hace que algunas personas pueden seguir necesitando sistemas de soporte y seguimiento continuado para evitar que aparezcan factores de riesgo.

Este estudio pretendía recoger las necesidades de las personas que sufren un TMG y están en un rango de edad avanzado por encima de los 58 años. Las necesidades principales detectadas han sido: el tener apoyos para la gestión de su vida en la comunidad, disponer de tratamientos médicos de calidad supervisados adecuadamente, tener apoyo en su domicilio para mantenerse en buenas condiciones de vida, tener una red de apoyo social disponible en su entorno y desarrollar rutinas ocupacionales significativas que aporten sentido y disfrute de la vida. Estos resultados van en la línea de estudios previos [16,17], evidenciando que las personas con TMG al hacerse mayores suman la depresión, bajos ingresos econó-

micos, escasas relaciones sociales y experimentan mayor número de necesidades no satisfechas por el sistema. Se podría afirmar que estas necesidades son comunes con la población general, sin embargo, las personas con un TMG suman los condicionantes del trastorno, así como determinantes sociales que conllevan un aumento de problemas respecto a personas que no padecen el trastorno.

Todas estas necesidades deben ser atendidas por las redes de atención, pues la previsión es que vayan en aumento en las próximas décadas. Además, la mayoría de estas necesidades están moduladas por los llamados síntomas negativos y el deterioro cognitivo, a pesar de los avances de los tratamientos psicosociales y farmacológicos. Esta realidad, junto con las dificultades percibidas por los profesionales de “no factibilidad” en abordar necesidades en cuestiones básicas del bienestar social (Tabla 7), pueden poner a la población en una situación de grave riesgo. De hecho, si las previsiones epidemiológicas para nuestro país fueran acertadas [3], la N de cada ítem de la Tabla 8 de riesgos sociales se vería aumentada en un 20% en los próximos 25 años. Eso indicaría que, comparado con el estudio en el que se han detectado un 14.78 % de personas con este perfil, aumentarían al 34.78 % las personas con TMG y edad avanzada atendidas en los servicios podrían estar en riesgo de soledad y aislamiento, permaneciendo en sus hogares sin los apoyos necesarios para garantizar una vida digna y saludable. Aunque esta estimación porcentual está hecha sin tener cuenta la proyección de aumento de la N poblacional de los próximos 20 años, pensamos que refleja un incremento progresivo que coincide con todas las estimaciones de las que disponemos. Por lo tanto, es razonable considerar un refuerzo en las necesidades de apoyo sanitario y social en el hogar. Las necesidades en alternativas residenciales sufrirán un aumento exponencial en las próximas dos décadas.

Debemos tener en cuenta también identificar las necesidades específicas de las mujeres mayores con TMG, algunas ya señaladas en la introducción, ya que, según este estudio el número de mujeres mayores de 58 años con TMG es del 51%.

Dados estos resultados, se necesitan nuevos métodos, programas y estrategias para garantizar servicios adecuados y suficientes para esta población. En última estancia, se puede reflexionar sobre la necesidad de cambios en el diseño actual de los servicios, o incluso la creación de nuevos servicios. Existen programas que han demostrado su eficacia para esta población, como el programa FAST [20]. Consiste en una intervención multicomponentes enfocada a mejorar las habilidades sociales, aumentar los autocuidados de salud, reducir los síntomas psiquiátricos y aumentar el uso efectivo del tiempo. El programa FAST ha sido adaptado para latinos y población de habla hispana con la denominación PEDAL [11,21]. También se cuenta con el programa HOPES [20]. Por último, se puede mencionar el programa I-IMR [22], adaptado para personas con diagnóstico de TMG, en especial esquizofrenia, que presenta problemas físicos asociados al aumento de la edad. Este ha alcanzado resultados positivos en el automanejo de los síntomas psiquiátricos, los problemas de salud (como la diabetes) y en la utilización de los servicios hospitalarios [23]. Estos programas provienen de la metodología y enfoque propios de la rehabilitación psicosocial y por tanto deberían estar disponibles e implantarse en los centros y servicios de rehabilitación.

Por último, los profesionales que trabajan con esta población deberían seguir las recomendaciones propuestas por SAMHSA [11]. Entre ellas encontramos: formación continua de todas las profesiones en la detección y atención de necesidades, conocer buenas prácticas en cuidado de la salud, desarrollar estándares de calidad en la atención e integrarlas en las diferentes disciplinas, favorecer las figuras de apoyo mutuo y formación con los familiares y cuidadores para dar a conocer recursos y necesidades específicas.

Las limitaciones principales del estudio son, por un lado, que solo se cuenta con la percepción de los profesionales de los centros o servicios. Por otro lado, el tipo de muestra incidental no permite una generalización a la muestra global de personas con TMG y de avanzada edad. Pensamos que se deben ampliar los estudios que tengan en cuenta la valoración directa de las personas usuarias y sus familias. Asimismo, se debe incidir en las diferencias en las necesidades teniendo en cuenta el género y el contexto geográfico de referencia. Pese a ello, las implicaciones que se derivan para los profesionales y los responsables de gestión de servicios son importantes. Los profesionales deben hacer esfuerzos por detectar las necesidades de las personas con TMG que superan los 55 años y trabajar para que dichas necesidades tengan el menor impacto posible o se cubran por completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE (Instituto Nacional de Estadística). Población de España según datos de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/ecp/ecp0323.pdf>. accedido el 20 de abril de 2024.
2. Expansión. España pirámide de población. Accedido el 20 de abril de 2024. URL: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana>
3. Fernández Palacios MJ, Ortega Cachón C (Dir.). Ranking de territorios por la economía sénior 2022. Madrid: Fundación MAPFRE; 2023.
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126(12): 442-451. doi:10.1016/S0026-9557(06)60665-X.
5. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Madrid: 2021.
6. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014;10: 425-438. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
7. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):453-8. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085100. Epub 2011 May 18.
8. García Herrera JM, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Tratamiento de la Psicosis en Personas Adultas. Sevilla: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud; 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-manejo-en-atencion>. Accedido el 20 de abril de 2024.
9. Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;17;3(4): e002808. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002808. PMID: 23599376; PMCID: PMC3641427.
10. Dickerson, F. B. Women, aging, and schizophrenia. *Journal of women & aging*. 2007; 19(1-2): 49-61.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Psychosocial Interventions for Older Adults With Serious Mental Illness. SAMHSA Publication No. PEP21-06-05-001. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2021. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/>.
12. Cummings SM, Kropf NP. Formal and informal support for older adults with severe mental illness. *Aging and Mental Health*. 2009;13(4):619-27. DOI: 10.1080/13607860902774451.
13. Smart EL, Brown L, Palmier-Claus J, Raphael J, Berry K. A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 May; 35 (5): 449-462. doi: 10.1002/gps.5264. Epub 2020 Feb 13. PMID: 31919890.
14. Navarro Bayón D, Contreras Nieves JA. Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para personas con trastorno mental grave localizadas en contextos con dificultad de acceso. Descripción de muestra y análisis de necesidades. *Informaciones Psiquiátricas*.2008;191: 29-42.
15. Navarro Bayón D, Ballesteros Pérez F, Romero Carmona MÁ, Simón Expósito M. Evaluación de necesidades provocadas por la COVID-19 en personas con trastorno mental grave. *Rev Esp Salud Ment*. 2021;42(6):403-410. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200002>.
16. Cummings SM, Cassie K. Perceptions of Biopsychosocial Services Needs among Older Adults with Severe Mental Illness: Met and Unmet Needs. *Health and Social Work*. 2008; 33(2):133-43. DOI: 10.1093/hsw/33.2.133.
17. Vargas Aragón ML, Quintanilla P, Vega B, Lozano A. Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala. *Norte Salud Ment*. 2010;8(38):26-35.
18. Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-440.
19. Hanlon John J. Principios de Administración Sanitaria. 3ª. Edición. México: La Prensa Medica Mexicana; 1973.
20. Patterson TL, Mautsach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2006;86(1-3):291-299. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.017>.
21. Patterson, T. L., Bucardo, J., McKibbin, C. L., Mautsach, B. T., Moore, D., Barrio, C., et al. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older Latinos with chronic psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 2005;31(4): 922-930. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16037481>.
22. Mueser KT, Bartels SJ, Santos M, Pratt SJ, Riera EG. Integrated illness management and recovery: A program for integrating physical and psychiatric illness self-management in older persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2012;15(2):131-156. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.679558>.
23. Bartels SJ, Pratt SJ, Mueser KT, Naslund JA, Wolfe RS, Santos M, et al. Integrated IMR for psychiatric and general medical illness for adults aged 50 or older with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2014;65(3):330-337. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300023>

Anexo 1. Escala de Riesgo Psicosocial (ERP) para personas con TMG con edad avanzada, basado en Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano (2010).

PIENSA EN LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS QUE EXISTEN EN PERSONAS CON TMG > 58 AÑOS Y PRÓXIMAS A SALIR DEL CENTRO. PARA ELLO PIENSA EN SI LAS PERSONAS TIENEN LA NECESIDAD	Magnitud del problema 0 a 10	Severidad del problema 0 a 10	Eficacia de la solución 0,5 a 1,5	Factibilidad 0,5 a 1,5	Resultado priorizado
1 Tener independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.	5,18	6,05	1,01	0,84	9,57
2 Tener un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y para prevenir recaídas	5,59	5,90	1,22	1,05	14,75
3 Tener vivienda propia adecuada.	5,09	5,64	0,95	0,75	7,69
4 Tener atención profesional en salud mental adecuada, integral, afectuosa, coordinada, accesible, continuada y si es preciso domiciliaria.	6,36	7,23	0,94	0,94	12,00
5 Contar con alternativas residenciales adecuadas para personas mayores con enfermedad mental	5,77	6,41	1,10	0,91	12,24
6 Tener el afecto, compañía y apoyo de la familia.	6,50	6,64	1,01	0,90	11,96
7 Tener con una asistencia sanitaria en atención primaria próxima, adecuada y accesible.	5,00	5,09	0,95	0,89	8,54
8 Tiene apoyos para lograr su autonomía personal, tomar sus propias decisiones, ocuparse adecuadamente de sus autocuidados y del manejo de su dinero y su hogar.	6,64	7,23	0,99	0,96	13,11
9 Disponer de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa.	6,23	6,50	1,09	1,03	14,26
10 Tener hábitos de vida saludables y hacer deporte regularmente.	7,05	6,95	0,86	0,84	10,17
11 Realizar actividades ocupacionales adecuados a su capacidad.	5,64	5,77	1,11	1,08	13,77
12 Tener buen apoyo y aceptación social en un entorno no estigmatizante y comprensivo.	6,27	6,50	0,98	0,89	11,14
13 Disponer de buenas políticas de apoyo a la discapacidad y colaboración con la familia.	6,68	6,82	0,86	0,76	8,86
14 Contar con el afecto, aceptación y compañía de amigos.	7,73	7,00	0,95	0,91	12,66
15 Disponer de un sistema especializado de ingresos involuntarios para crisis psiquiátricas.	3,50	3,82	0,86	0,80	5,08
16 Tener adecuado tratamiento psicológico.	6,23	6,59	0,99	0,95	12,01
17 Tener o recuperar un trabajo adecuado para él/ella	2,95	3,05	0,82	0,75	3,67
18 Disponer de recursos o ayudas en el caso de que se quede sin hogar o domicilio.	5,45	7,18	0,93	0,86	10,09
19 Tener apoyo profesional de servicios sociales adecuado, accesible, individualizado y continuado.	5,86	6,86	0,98	0,88	10,99
20 Disfrutar del ocio de manera creativa, socializadora y saludable.	6,00	6,09	1,03	1,06	13,24
21 Disponer de adecuados recursos asistenciales de rehabilitación o soporte psicosocial, como de clubs de ocio o similares	5,82	6,50	1,01	0,97	12,06
22 Recibir ayuda en el caso de que esté en prisión.	2,45	4,25	1,01	0,98	6,58
23 Disponer de adecuados medios de transporte y buena accesibilidad a nuevas tecnologías y servicios	5,14	6,05	1,08	1,00	12,02
24 Tener apoyo y ayudas económicas y sociales que fomentan su autonomía y desarrollo personal.	5,59	6,77	1,00	0,90	11,05
25 Apoyar a su familia adecuadamente e informar y recibir psicoterapia si la precisa.	5,59	6,27	1,01	1,00	12,08
26 Disponer de una atención sanitaria especializada no psiquiátrica accesible.	5,05	6,27	1,02	0,93	10,81
27 Estar bien informado/a y comprender su enfermedad.	4,55	5,50	1,05	1,12	11,72

28 Tener apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfrutar de una adecuada supervisión por su tutor si lo necesita	5,57	6,73	1,12	1,10	15,06
29 Tener adecuada atención a aspectos específicos de la salud: problemas asociados a la edad, higiene bucal o efectos adversos del tratamiento psiquiátrico.	5,36	6,82	0,96	0,97	11,31
30 Recibir apoyo para cuidar y mantener su red familiar y social.	5,19	6,24	1,08	1,05	12,94
31 Participar activamente en relaciones sociales, asociativas, de ayuda mutua o de otro tipo.	6,27	6,59	1,07	0,97	13,24
32 Tener buena educación sanitaria general.	5,64	6,18	1,07	0,97	12,33
33 Disponer de un sistema sanitario de calidad en la dotación, formación y dedicación de los profesionales de salud mental.	6,14	6,95	0,98	0,85	10,85
34 Tener buena autoestima.	6,45	6,64	0,94	0,92	11,28
35 Tener apoyo para la formación y el acceso a la cultura.	5,00	5,32	0,98	1,00	10,20
36 Tener un entorno tranquilo y no estresante.	6,05	6,18	1,01	0,98	12,06
37 Tener ayudas económicas para el transporte.	3,91	3,59	0,93	1,04	7,24
38 Tener apoyo de la comunidad religiosa.	2,36	2,95	0,87	0,90	4,17
39 Tener apoyo afectivo para atender a las necesidades específicas del momento de su ciclo vital como el fallecimiento de los padres o la atención a los hijos.	5,82	6,41	0,94	0,93	10,75
40 Poder disfrutar de una sexualidad satisfactoria.	5,41	5,32	0,81	0,75	6,47

La fórmula para establecer la priorización de problemas identificados por los profesionales en el método de Hanlon permite extraer un Índice de prioridad = $[(A+B) \times C] \times D$, donde:

- A. Magnitud del problema. Piensa a cuántas personas afecta el problema en el centro. Se valora de 0 a 10, siendo valores más altos, más cantidad de personas afectadas.
- B. Severidad del problema. Se refiere a la gravedad del problema por las consecuencias en la calidad de vida (salud, relaciones, pobreza, dependencia, etc.). Se valora de 0 a 10. Siendo valores más altos, mayor severidad en la afectación en la calidad de vida.
- C. Eficacia de la solución. Piensa en la posibilidad de que se pudiera mejorar o resolver el problema o necesidad. Sería el impacto esperado de dar cobertura a esa necesidad. Se valora de 0,5 a 1,5 puntos. Este componente multiplica la suma de los componentes A y B, y reduce o aumenta el producto obtenido según la acción sea eficaz o no.
- D. Factibilidad. Se valora de 0,5 a 1,5 la viabilidad de cubrir la necesidad con los recursos disponibles. Este elemento multiplica todos los anteriores descartando o aceptando su introducción en el cribado. Esto significa que, si el resultado de valorar la viabilidad es menor a 1, la acción no será factible y el elemento no se podrá considerar dentro de las posibilidades de desarrollo.

Anexo 2. Escala de riesgo social, basada en Cabrera et al. (1999).

Situación familiar: Vive solo y carece de hijos o viven alejados	SI/NO (N)
Situación económica: Sin ingresos o inferiores a PNC	SI/NO (N)
Vivienda: Vivienda inadecuada (chabola, vivienda declarada en ruinas, ausencia de equipamientos mínimos)	SI/NO (N)
Relaciones sociales: No sale del domicilio, no recibe visitas o son muy escasas, aislado socialmente.	SI/NO (N)
Apoyo de la red social: Necesidad de cuidados físicos permanentes	SI/NO (N)