Manual para adultos mayores como agentes de salud orientados a la prevención

Guía para la participación de las personas mayores en la prevención de riesgos asociados a las adicciones y la soledad no deseada

RIAMP

EL PODER DE LOS MAYORES

Manual para adultos mayores como agentes de salud orientados a la prevención

Guía para la participación de las personas mayores en la prevención de riesgos asociados a las adicciones y la soledad no deseada

© RIAMP (Red Internacional de Adultos Mayores Preventores)

Autoría: Javier Martín Nieto, coordinación y redacción final

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad

Año 2025

Financiado por MINISTERIO DE SANIDAD · SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD · DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Red Internacional de Adultos Mayores Preventores

RIAMP
EL PODER DE LOS MAYORES

Índice

Prólogo **06**

Presentación **08**

ONU: Década del envejecimiento activo y saludable **10**

El adulto mayor como agente de salud orientado a la prevención **22**

Empoderamiento: El paso de objeto preventivo a sujeto activo de la prevención **30**

Adicciones y Soledad No Deseada, dos campos adecuados para la intervención **36**

Metodología: Consejo breve a través del modelo Bola de Nieve: capacitación entre iguales **54**

Recursos **70**

Prólogo

El eslogan de la Red Internacional de Adultos Mayores Preventores (RIAMP) es "el poder de los mayores", una frase que cada día nos parece más adecuada y que se ha convertido en nuestro propósito.

En las sociedades antiguas las personas mayores gozaban de un gran prestigio, se reconocía su sabiduría y experiencia, y eran referencia obligada para la toma de determinadas decisiones. La llegada de la modernidad, modificó esta situación. La "religión de la productividad" condujo a una cierta marginación de las personas mayores, consideradas menos productivas, y por tanto menos importantes. Aun hoy se utiliza en algunos ámbitos la expresión "clases pasivas" para referirse a quienes han dejado de trabajar por cuenta ajena como si dejar de cobrar un salario significara dejar de aportar a la sociedad.

Desde hace algunos años, sin embargo, las cosas están cambiando. Los adultos mayores están recuperando parte del prestigio que nunca debieron perder. La Declaración de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) por parte de la ONU ha contribuido significativamente a este nuevo enfoque.

Las personas mayores son parte fundamental de la sociedad -en número y en valor- y ningún país puede permitirse el lujo de prescindir de su experiencia, talento y entusiasmo.

Desde la RIAMP creemos firmemente que los adultos mayores tienen un enorme potencial como agentes de salud, es decir, como personas que contribuyen activamente al bienestar físico y mental del conjunto social.

Por ello, hemos diseñado una serie de estrategias, programas y actuaciones para canalizar ese potencial en el campo de la prevención.

Este manual que tienes en tus manos es una muestra de ese trabajo. Recoge de manera sintética el papel que pueden desempeñar los adultos mayores en la prevención de problemas asociados a conductas adictivas —tanto relacionadas con sustancias como de tipo comportamental— y a la soledad no deseada.

Se trata de una guía introductoria, vinculada a un programa más amplio que incluye formaciones básicas en consejo breve, dirigidas a las propias personas mayores. Este programa ha sido posible gracias al apoyo del Plan Nacional sobre Drogas.

En la reflexión colectiva que ha dado forma a este trabajo han colaborado también la Municipalidad de Córdoba (Argentina) y la Universidad Nacional de Córdoba, instituciones a las que agradecemos profundamente su compromiso.

Mi agradecimiento más sincero a todas las personas y organizaciones que han hecho posible este proyecto: a los y las profesionales que han colaborado con RIAMP, y, muy especialmente, a las personas mayores con las que hemos trabajado y de quienes tanto hemos aprendido.

Un proyecto que comenzó siendo una idea y que hoy, gracias a todas y todos, es una realidad.

Juan I. Vela Caudevilla
Presidente de RIAMP

Presentación

La publicación que tiene en sus manos es sólo una de las herramientas generadas por la Red Internacional de Adultos Mayores Preventores (RIAMP) para empoderar a las personas de más edad como agentes de salud orientadas a la prevención, es decir, que contribuyan, de manera activa, en el bienestar de toda la sociedad.

Durante décadas, hablar de salud y de personas mayores implicaba centrarse en los problemas de salud de este colectivo, es decir, significaba reflexionar, o intervenir, para frenar los supuestos deterioros de salud que se padecen al acumular años de vida.

Este manual es fruto de un pensamiento alternativo, es decir, que no siguió ese planteamiento.

En diciembre de 2020 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), una iniciativa que buscaba mejorar la vida de las personas mayores y sus familiares. Numerosas personas e instituciones vieron en esta declaración una inspiración para innovar en el ámbito de las personas mayores.

Es evidente que sigue siendo necesario prevenir los problemas de salud originados por la acumulación de años y el envejecimiento, pero es igual de evidente que no es suficiente.

Hoy existe una nueva mirada, de la que RIAMP es referencia, según la cual las personas mayores también pueden jugar un importante papel como agentes de salud orientados a la prevención, es decir, contribuir a mejorar la calidad de vida de toda la población, adultos mayores, jóvenes, adultos, adolescentes o niños y niñas.

Teniendo en cuenta que las adicciones siguen siendo uno de los principales problemas de salud pública en la inmensa mayoría de los países, y que en las últimas décadas la soledad no deseada se ha destacado como fuente de numerosos problemas, en RIAMP nos pareció adecuado centrar nuestro proyecto en estos dos factores de salud, lo que no significa que no estemos ya desarrollando herramientas preventivas orientadas a otros asuntos como la violencia, la nutrición, o algunos deterioros cognitivos.

Es necesario agradecer al Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional Sobre Drogas por aceptar la novedosa propuesta de RIAMP y apoyar la propuesta. El posterior apoyo de la Municipalidad de Córdoba, Argentina, a través del Instituto para las Políticas Públicas (IPLAMU) y de la Universidad Nacional de Córdoba, nos permitieron desarrollar un exitoso Congreso Internacional al que asistieron más de 1.600 personas y en el que se debatieron diferentes propuestas sobre el empoderamiento de los adultos mayores como agentes de salud orientados a la prevención.

Los fundamentos del programa son sencillos: aprovechar la especial relación que tienen los adultos mayores con el resto de colectivos de la sociedad para difundir una estrategia basada en la educación para la salud y una actitud preventiva.

Pero para ello es imprescindible tener una visión de las personas mayores como ciudadanos y ciudadanas perfectamente activas e integradas en nuestra sociedad. Frente a esa imagen de colectivo que frecuentemente reflejan los medios de comunicación, una imagen ligada a vulnerabilidad, problemas, inactividad, vida sedentaria, gasto y marginalidad, en RIAMP, como en la ONU, tenemos una imagen fundamentada en su participación social, su actividad, su aporte a la sociedad, y su ciudadanía activa.

Dicho de otra manera, las personas mayores atesoran un talento del que la sociedad en general no puede prescindir.

ONU: Década del envejecimiento activo y saludable

ONU: Década del envejecimiento activo y saludable

Es un hecho, en todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, y en bastantes países supera los 75. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.

Según las proyecciones de la ONU, en el año 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1.000 millones en 2020 a 1.400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2.100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.

Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas —lo que se conoce como envejecimiento de la población— empezó en los países de ingresos altos (en el Japón, por ejemplo, el 30% de la población ya tiene más de 60 años), pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos. En 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

El caso de España

La población de España también está envejeciendo, con un índice de envejecimiento que alcanza máximos históricos, aunque la pandemia del Covid-19 ha supuesto un freno en esta tendencia. Esto se debe a la disminución de la natalidad, al aumento de la esperanza de vida y a los cambios migratorios.

En 2024, el 20,4% de la población residente en España tenía 65 años o más. En 2025, el índice de envejecimiento alcanzó un récord de 142%, lo que significa que hay 142 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16. En 2055, según la mayoría de las predicciones, el porcentaje de personas de 65 años y más podría alcanzar el 30,5%.

Si se mantienen las tendencias demográficas actuales, España ganaría más de cinco millones de habitantes en los 15 próximos años.

América Latina

También el envejecimiento de la población en América Latina es un proceso acelerado que se caracteriza por un incremento de la proporción de personas mayores.

En la región, la proporción de personas de 60 años y más aumentará del 15% en 2020 al 21% en 2030. Para ese año se espera que haya más personas mayores de 60 años que menores de 15 años.

En comparación con otras regiones, en América Latina se ha evidenciado un proceso de envejecimiento más acelerado; un proceso definido por la transición demográfica. Las estimaciones actuales indican que en 2060 la población de 60 años y más será de 220 millones de personas en la región y se aproximará a los 248 millones en Europa; para 2100, América Latina será una región más envejecida que Europa.

Sin ir tan lejos en el tiempo, se espera que, en la próxima década, este grupo poblacional aumente a 114,9 millones de habitantes, que representarán el 16,5% de la población total. Además, cabe mencionar que la región pasó de considerarse como una sociedad joven a una sociedad adulta, transición que sucederá hasta 2025.

El documento Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores confirma que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina y el Caribe y precisa que en 2022 viven 88,6 millones de personas mayores de 60 años en la región, quienes representan el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030. El rápido proceso de envejecimiento que experimenta la región llevará a que, en 2050, las personas mayores alcancen el 25,1% (193 millones) de la población total, es decir, habrá 2,1 veces más personas mayores que en 2022.

Asimismo, la esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019. Pese al retroceso de 2,9 años en 2021 respecto de 2019 por el impacto de la pandemia de COVID-19, se espera que la esperanza de vida continúe aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030.

El reporte agrega que América Latina y el Caribe pasó de ser una sociedad joven a ser una sociedad adulta joven en 2021 y se espera que en 2053 pasará a ser una sociedad envejecida: el grupo de personas de 60 años y más superará en volumen a todos los demás grupos etarios.

En el informe sobre el envejecimiento en la región, la CEPAL presenta algunos de los cambios demográficos más relevantes, entre los que se encuentran:

- Aumento de la base de la pirámide poblacional, derivado del aumento de la supervivencia en menores de 1 año.
- Disminución de la fecundidad en la región -suceso documentado desde la década de los 60-. Desde la década de 2000 se observa que los grupos más jóvenes pierden peso relativo con respecto a la población total.
- Se prevé que en 2060 la parte superior de la pirámide —que en 1960 era angosta, con menos del 6% de personas de 60 años y más— representará casi la tercera parte de la población (29,4%). También se observa un grupo poblacional con una mayor proporción de mujeres, resultado del crecimiento en la esperanza de vida de la población femenina.
- En relación con la sobrevivencia después de los 60 años y más de edad, en América Latina y el Caribe, a una persona de 60 años le quedan por vivir, en promedio, 18,5 años en 2022.

Consecuencias del envejecimiento

Este fenómeno del envejecimiento progresivo traerá consigo, ya lo está haciendo, enormes repercusiones en las políticas públicas, por lo que se requiere planificación a mediano y largo plazo respecto a las políticas de salud, trabajo, protección social y cuidados.

Los países con una velocidad de envejecimiento poblacional más lenta pueden preparar mejor a las generaciones más jóvenes. Los países que envejecen más rápido deben tomar en consideración esta variable al momento de diseñar e implementar políticas.

El envejecimiento de la población es un reto social y empresarial. Afecta a la actividad laboral, ya que hay menos jóvenes entrando al mercado laboral y la población activa envejece. También afecta al sistema de bienestar, ya que el 90% de las personas mayores de 65 años tiene alguna enfermedad crónica.

Proceso de envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado 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 mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no

es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas.

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que se conocen habitualmente por el nombre de síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión.

Factores que influyen en un envejecimiento saludable

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Por otro lado, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. No obstante, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud.

La evidencia indica que la proporción de la vida que se disfruta en buena salud se ha mantenido prácticamente constante, lo que implica que los años adicionales están marcados por la mala salud. Cuando las personas pueden vivir esos años adicionales de vida con buena salud y en un entorno propicio, su capacidad para hacer lo que más valoran apenas se distingue de la que tiene una persona más joven.

En cambio, si estos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad se vuelven más negativas.

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores se deben a la genética, los factores que más influyen tienen que ver con el entorno físico y social, en particular la vivienda, el vecindario y la comunidad, así como características personales como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. El entorno en el que se vive durante la niñez —o incluso en la fase embrionaria—, en combinación con las características personales, tiene efectos a largo plazo sobre el envejecimiento.

Los entornos físicos y sociales pueden afectar a la salud de forma directa o a través de la creación de barreras o incentivos que inciden en las oportunidades, las decisiones y los hábitos relacionados con la salud. Mantener hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular seguir una dieta equilibrada, realizar actividad física con regularidad y abstenerse de consumir tabaco, contribuye a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, mejorar la capacidad física y mental y retrasar la dependencia de los cuidados.

Los entornos propicios, tanto físicos como sociales, también facilitan que las personas puedan llevar a cabo las actividades que son importantes para ellas, a pesar de la pérdida de facultades. La disponibilidad de edificios y transportes públicos seguros y accesibles, así como de lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos individuales y ambientales que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

Dificultades en la respuesta al envejecimiento de la población

No hay tal cosa como la persona mayor «típica». Algunos octogenarios tienen unas facultades físicas y psíquicas similares a las de muchos treintañeros. Otras personas, en cambio, sufren un deterioro considerable a edades mucho más tempranas. Una respuesta integral de salud pública debe atender las enormes diferencias que existen en las experiencias y necesidades de las personas mayores.

La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. En gran medida se debe a los entornos físicos y sociales en que se encuentran las personas, puesto que ese entorno influye en sus oportunidades y sus hábitos relacionados con la salud. La relación que mantenemos con nuestro entorno viene determinada por características personales como la familia en la que nacimos, nuestro sexo y etnia, y eso da lugar a desigualdades en nuestra relación con la salud.

A menudo se da por supuesto que las personas mayores son frágiles o dependientes y que constituyen una carga para la sociedad. Los profesionales de la salud pública, así como la sociedad en general, deben hacer frente a estas y otras actitudes edadistas, ya que pueden dar lugar a situaciones de discriminación y afectar a la formulación de políticas y la creación de oportunidades para que las personas mayores disfruten de un envejecimiento saludable.

La globalización, los avances tecnológicos (por ejemplo, en el transporte y las comunicaciones), la urbanización, la migración y los cambios en las normas de género influyen en la vida de las personas mayores de formas tanto directas como indirectas. Una respuesta de salud pública debe hacer balance de las tendencias actuales y futuras y encuadrar sus políticas en consecuencia.

Respuesta de la ONU y de la OMS

No Parece extraño que, ante este enorme reto, la Asamblea General de las Naciones Unidas declarara el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que se encargara de liderar su puesta en práctica.

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) ofrece la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

La población envejece en todo el mundo con más rapidez que en el pasado, y esta transición demográfica afectará a casi todos los aspectos de la sociedad. El mundo se ha unido en torno a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: todos los países y partes interesadas se han comprometido a no dejar a nadie desatendido y se han propuesto garantizar que todas las personas puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable.

En opinión de la ONU, se necesita urgentemente un decenio de acción mundial concertada sobre el Envejecimiento Saludable. En el mundo hay ya más de mil millones de personas que tienen 60 años o más, la mayoría de ellas en países de ingresos bajos y medianos. Muchas de esas personas no tienen siquiera acceso a los recursos básicos necesarios para una vida plena y digna. Muchas otras se enfrentan a numerosos obstáculos que les impiden participar plenamente en la sociedad.

La Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables.

La Década tiene en su base la Estrategia y Plan de Acción Mundiales de la OMS sobre el Envejecimiento y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y es un apoyo para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) de las Naciones Unidas tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores; prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores; y proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten.

El adulto mayor como agente de salud orientado a la prevención

El adulto mayor como agente de salud orientado a la prevención

La iniciativa de la ONU, desarrollada por la OMS, permitió que muchas personas e instituciones iniciaran un proceso de cambio de paradigma. Frente a la tradicional imagen del adulto mayor como objeto de salud y de prevención a consecuencia de sus supuestas vulnerabilidades, ha ido surgiendo otra imagen del adulto mayor como parte de esa ciudadanía activa que puede colaborar para mejorar el bienestar de la sociedad en general.

Es evidente que, aunque existen eficaces programas formativos, no sería viable incrementar significativamente el porcentaje de personas mayores con titulación profesional en materia de salud. En ese momento surgió la posibilidad de utilizar una figura nacida algunos años antes: la de agente de salud comunitaria.

El o la agente de salud comunitaria es un/a profesional, miembro de la comunidad con la que trabaja, integrado, más o menos, dentro de un equipo de personal sanitario. Tiene como objetivo convertirse en un puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de mejorar la circulación de la información, las iniciativas y los recursos entre ambas partes. Asimismo, se encarga de dinamizar acciones de promoción de la salud llevadas a cabo desde cada una de ellas, o de forma conjunta.

La formación necesaria para ejercer este papel es muy básica, y por ello fácil de impartir y de costes perfectamente asumibles. Si la orientación de estos agentes de salud comunitaria es hacia la prevención, la formación resulta aún más sencilla y económica.

Las funciones del/de la agente de salud comunitaria se desarrollan en tres grandes ejes: sanitario, sociocultural y comunitario.

1) Eje sanitario:

Desarrolla acciones, tanto grupales como individuales, destinadas a aumentar el nivel de información sanitaria y reducir la vulnerabilidad del individuo y de la comunidad frente a los problemas de salud.

Ayuda a la explicación de los resultados, el tratamiento o las prescripciones realizadas por el equipo médico para intentar mejorar la respuesta del o la paciente.

Pone a disposición del o de la paciente los recursos de apoyo con que cuentan los servicios locales, así como la propia comunidad (asociaciones, recursos administrativos, de asistencia social, etc.).

Explica el proceso diagnóstico y administrativo de los servicios de salud, a fin de reducir el posible efecto negativo que las prácticas médicas o los procesos administrativos pueden provocar en el/la paciente por falta de experiencia previa.

Promueve y lleva a cabo acciones de información sanitaria y de desarrollo de habilidades con grupos o individuos, utilizando tanto los espacios del servicio de salud como los de la comunidad (asociaciones, casas, etc.).

Difunde dentro de la comunidad los recursos sociosanitarios disponibles, así como sus modos de funcionamiento (obtención de la tarjeta sanitaria, etc.); detecta particularidades de cada comunidad en relación con los aspectos de salud para fomentar intervenciones específicas, promover nuevas acciones y facilitar el acceso de las comunidades a los recursos y a las medidas de prevención.

2) Eje sociocultural:

Desarrolla tareas dirigidas a resolver las dificultades generadas por las diferencias culturales entre el paciente y el personal sanitario. Estas actividades deben tener como objetivo mejorar el entendimiento entre el centro de salud y la comunidad.

Traduce e interpreta y desarrolla la mediación cultural, en términos sociosanitarios, tanto en el ámbito individual como en el colectivo; se encarga de la formación del personal sanitario en aspectos relativos a la migración o la propia cultura; analiza la estructura y los procesos internos del servicio, así como de los programas y los materiales de promoción de la salud, para detectar aspectos que puedan suscitar dificultades para la comunidad.

Asesora, informa y orienta a la población migrante en materia de salud.

Proporciona conocimiento del entorno y el funcionamiento del sistema sanitario.

Facilita el acceso y el uso de los recursos sociosanitarios existentes: realiza el inventario e identifica los recursos, mantiene la información actualizada, y adapta la cartera de servicios a las necesidades y demandas, favoreciendo la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos ordinarios, y ayudando a la gestión y la obtención de la documentación sanitaria correspondiente.

Propone soluciones conjuntas con el equipo y acciones informativas sobre aspectos de carácter social, laboral y legal-administrativo, así como sobre recursos que puedan ofrecer asistencia en estos temas.

3) Eje comunitario:

Realiza acciones destinadas a fomentar el tejido social de las comunidades para reducir los factores de contexto que aumentan la vulnerabilidad de las personas o de las comunidades mismas. En este sentido, las tareas a desarrollar consistirían en aumentar los canales de información con las comunidades a fin de facilitar el contacto entre los servicios y las personas (presentar programas, hacer difusión, crear espacios de encuentro, etc.).

Proporciona apoyo y dinamiza iniciativas comunitarias para potenciar el tejido social de las comunidades, y crear así redes de acogida más estables y con mejores conexiones con los servicios de salud.

Favorece el contacto entre las diferentes redes que ofrecen apoyo a la población (servicios sociales, sanitarios, educativos, ...) para mejorar la detección y la derivación de posibles problemas de salud.

Detecta, moviliza y coordina recursos de los servicios públicos y de las comunidades para dar respuesta a las necesidades.

En el caso de las personas migradas, facilita información práctica sobre la red de recursos que pueden cubrir las necesidades más inmediatas, en el momento de llegada a la sociedad de acogida. Trabaja en colaboración activa con otras asociaciones y entidades.

Incluye la salud en las agendas de las organizaciones de la comunidad, para fomentar acciones de promoción de la salud llevadas a cabo desde estos colectivos, y facilita la participación de las comunidades en el debate sobre las necesidades sanitarias, así como en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a cubrir estas necesidades.

En definitiva, los agentes de salud son personas que ayudan a otras a través de la promoción, orientación y asistencia en salud. Pueden trabajar en el sistema de salud público o en la comunidad.

De los diferentes tipos de agentes de salud existentes (Agente sanitario, Agente comunitario de salud, Agente de salud de base comunitaria, Agente educativo de la salud, Agente sanitario, Agente comunitario de salud, Agente de salud de base comunitaria, Agente educativo de la salud), RIAMP considera que lo más adecuado para nuestro proyecto es la figura de Agente educativa de salud, persona que educa en salud, en especial en la prevención de enfermedades y la recuperación.

Las funciones de los agentes de salud son: Promover la salud y prevenir enfermedades; Desarrollar habilidades con grupos o individuos; Realizar acciones de información sanitaria; Brindar cuidados de salud; Participar en la respuesta sanitaria de emergencia.

El Programa Agentes de Salud orientados a la Prevención de la RIAMP promueve la educación para la salud y hábitos de vida saludables entre los jóvenes.

El objetivo es potenciar la participación comunitaria en salud de la ciudadanía, en nuestro caso de adultos mayores, a través de agentes de salud, impulsando acciones que den respuesta a necesidades de la comunidad, en concreto las adicciones y la soledad no deseada.

El resultado esperado es obtener la participación de las personas mayores en actividades de difusión, sensibilización, detección de necesidades, integración en espacios comunitarios intersectoriales, e impartición de talleres.

A través de una metodología "bola de nieve" se pretende multiplicar el alcance del proyecto: se forma a personas mayores para que trabajen los contenidos con otras personas de su familia y/o su entorno y luego estas mismas actúen como agentes de salud informando y sensibilizando a otras personas (grupo de iguales) sobre hábitos de vida saludables.

Empoderamiento: El paso de objeto preventivo a sujeto activo de la prevención

Empoderamiento: El paso de objeto preventivo a sujeto activo de la prevención

Durante buena parte del siglo XIX y todo el siglo XX, la relación de las personas mayores y la salud era monolítica, se reducía a las supuestas vulnerabilidades que este colectivo de personas adquirían por la mera acumulación de años.

En este sentido se consideraba a la persona mayor como objeto de la relación, enfocándose toda la intervención a prevenir las negativas consecuencias por venir. Es decir, el papel del adulto mayor era totalmente pasivo, eran otros quienes hacían la prevención, las intervenciones, quienes proponían o quienes decidían, y por otros nos referimos a políticos, funcionarios, profesionales de la salud, psicólogos, o cuidadoras.

En el marco de la Declaración de la Década del Envejecimiento Activo y Saludable promovida por la ONU y por la OMS, se ha ido produciendo un cambio de paradigma en este ámbito. Las personas mayores han ido ganando protagonismo. Ya no se conforman con ser agentes pasivos. Y este empoderamiento se ha desarrollado en dos direcciones: por una parte, quieren participar en aquellas decisiones relacionadas con su estado de salud. Quieren ser preguntadas, consultadas, quieren conocer alternativas para poder optar, es decir, quieren participar en todo el proceso relacionado con su bienestar. Por otro lado, quieren participar, a través del voluntariado, en generar y difundir una cultura preventiva en temas relacionados con la salud.

El Programa desarrollado por RIAMP se ha centrado, por el momento en dos aspectos: las adicciones y la soledad no deseada. En ambos casos la idea es convertirse en actor protagonista, en ser uno de los sujetos activos preventivos. Es decir, quieren participar en actividades orientadas a desarrollar un ambiente preventivo que reduzca y/o elimine los problemas asociados a las conductas adictivas y a las consecuencias de sufrir una soledad no deseada. Y sus actuaciones no se reducen a desarrollar esa cultura preventiva entre las personas mayores, sino que se dirigen a la sociedad en su conjunto, incluyendo, menores, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

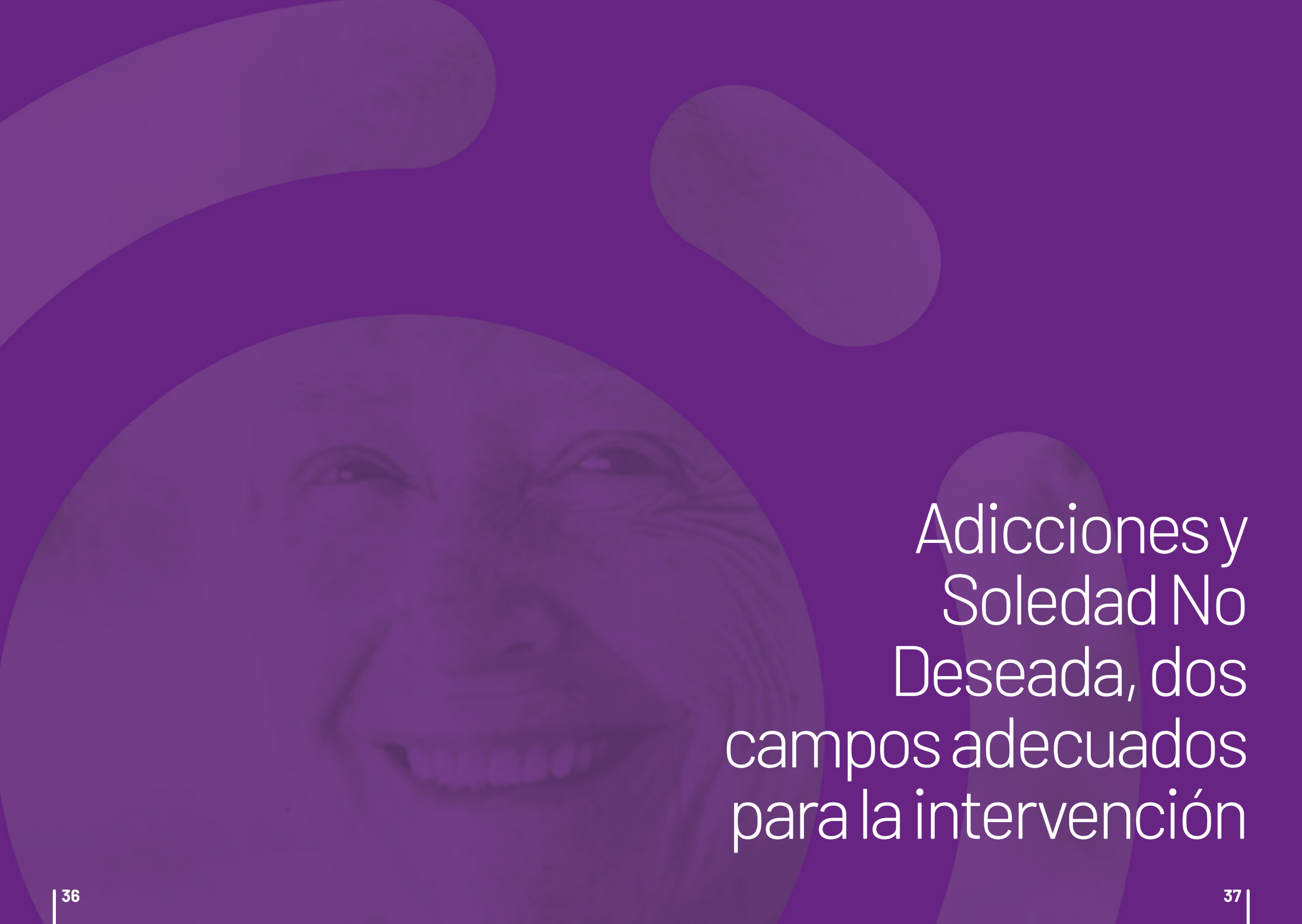
Es evidente que el objetivo del programa no es capacitar profesionalmente a las personas mayores que quieran participar en este programa, se trata de ofrecer una formación básica y difundir herramientas y actitudes que contribuyan a desarrollar hábitos de vida saludables.

Se trata, por tanto, de un ejemplo de empoderamiento de las personas mayores de nuestras sociedades. Frente a esa actitud pasiva y paciente que normalmente reflejan los medios de comunicación, la realidad es la de personas mayores que quieren participar activamente en la sociedad, contribuyendo a mejorar el bienestar general, ejerciendo una ciudadanía activa.

El deseo de esta participación activa como agentes de salud orientados a la prevención ya estaba ahí, RIAMP se ha limitado a canalizar ese deseo y a generar la capacitación y los materiales que lo han convertido en realidad.

En RIAMP estamos convencidos de que la ciudadanía no tiene fecha de caducidad. Las personas mayores tienen el derecho a participar activamente en la sociedad, ya sea en el ámbito cultural, político, económico, social, educativo o de salud.

Junto al empoderamiento como agentes de salud orientados a la prevención, el programa incluye orientaciones para desarrollar diferentes maneras de participar en las políticas públicas, que es otra manera de participar activamente en esa cultura preventiva orientada a mejorar el bienestar de todos y cada uno de los miembros de la sociedad.



Adicciones y Soledad No Deseada, dos campos adecuados para la intervención

Adicciones y Soledad No Deseada, dos campos adecuados para la intervención

La decisión de centrarnos en los años 2024 y 2025 en los problemas asociados a las conductas adictivas y en los asociados a la soledad no deseada se justifican por los propios datos.

Conductas adictivas, un problema de salud pública.

España: El 27 de enero de 2025 el Plan Nacional Sobre Drogas publicó el informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos. Se trata de un informe descriptivo realizado a partir de las respuestas a preguntas específicas incorporadas a las últimas ediciones de las encuestas EDADES 2024 y ESTUDES 2023, cuyos resultados tienen representatividad a nivel nacional. Además, se incorporan los últimos datos del nuevo indicador de personas admitidas a tratamiento por adicciones comportamentales en España, notificados por las comunidades autónomas. El informe fue presentado por el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla; el delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Joan Villalbí; y la directora del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Begoña Brime, han presentado el informe. Padilla ha puesto en valor los datos, que "son una gran oportunidad para hacer política pública" en función de los mejores datos, ha dicho. En su opinión, es importante "salir de un ámbito que muchas veces se deja llevar por el sensacionalismo y seguir dando pasos, como contra la adicción al juego, con datos que están mejorando, porque "no hay generación espontánea", ha dicho. En concreto, ha hablado del uso internet, porque hay "un discurso en auge catastrofista", por lo que se debe poner el foco en los puntos negativos, pero no generalizar. Y se debe proteger especialmente en los jóvenes, ha dicho, en distinciones en función del sexo y trabajar sobre ámbitos nuevos como criptomonedas y el trading. El objetivo de este informe es conocer la situación actual sobre las adicciones comportamentales y, en concreto, sobre el juego de azar, el uso problemático de internet, el posible trastorno por uso de videojuegos y el uso de pornografía en España, en aras a conocer su impacto en los hábitos y la salud mental de la población, y cómo evoluciona. En los últimos años, ha emergido un debate social sobre el juego y sus efectos en la sociedad y se han adoptado diversas normativas, entre otras las orientadas a disminuir la presión publicitaria del negocio del juego y a regular diversos aspectos de los juegos de azar on-line. Para la realización de las encuestas se considera que se practica juego de azar cuando se cumplen estas tres condiciones: - la persona que juega al participar apuesta dinero (participación con dinero) - hay un resultado incierto sobre los hechos sobre los que se apuesta (azar) - hay premios evaluables económicamente (premios) Estos son algunos de los resultados más importantes, el informe completo está publicado en la web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_OEDA_AdiccionesComportamentales_NotaPrensa.pdf

Población de 15-64 años (Encuesta EDADES)

- Desciende la prevalencia de juego de azar presencial en los últimos 12 meses en un 17% respecto a 2020, situándose en el 52,9% en 2024. La prevalencia de juego de azar online se mantiene estable y muy por debajo de la del juego presencial (5,5%)

- La prevalencia de posible juego problemático (1,4%) disminuye respecto a años anteriores, experimentando un descenso del 46% respecto a los datos de 2018. Este valor es superior en los hombres (2,2%) que en las mujeres (0,7%)

- Se mantienen estables las cifras de uso problemático de internet desde 2020, siendo similares entre hombres (3,6%) y mujeres (3,7%) y alcanzando su máximo en los más jóvenes (11,7% entre los de 15 a 24 años).

- Para analizar la prevalencia de juego problemático entre aquellos que han jugado a juegos de azar de forma online y/o presencial en los últimos 12 meses, en función de la categoría de juego practicada, se han agrupado en tres categorías en función del intervalo de juego, la continuidad, la disponibilidad, y otras características.

  » TIPO I: loterías, quinielas de fútbol y/o quinigol, concursos (televisión, radio, prensa...) con apuesta económica.

  » TIPO II: loterías instantáneas, bingo

  » TIPO III: apuestas deportivas, apuestas de caballos, máquinas de azar (slots, tragaperras), juegos de cartas (póquer, blackjack, punto y banca...).

  El análisis muestra que aquellas personas que han jugado a juegos de TIPO III presentan una probabilidad de desarrollar juego problemático más de cinco veces superior que los que han participado en juegos de TIPO I.

- El 63,8% de la población reconoce haber consumido pornografía alguna vez en la vida, un 29,0% en el último año y un 18,2% en el último mes. El consumo es mayor en los hombres con independencia del tramo temporal analizado.

Población de 14-18 años (Encuesta ESTUDES)

- En 2023 el 17,7% de los estudiantes de secundaria ha jugado a juegos de azar presencialmente, frente a un 22,7% en 2019. En 2023 un 10,7% jugó de forma online, frente a un10,3% en 2019.

- Se estima que el 4% de los estudiantes de 14 a 18 años podría presentar un posible juego problemático. Esta cifra, que es superior entre los chicos que, en las chicas, está cerca de la de 2021, y es algo inferior a la de 2019.

- Se reduce en 3 puntos porcentuales la prevalencia del uso problemático de internet en estudiantes, respecto a 2021, situándose en un 20,5% y resultando mayor en las mujeres (25,9%) que en los hombres (15,3%)

- El 83,1% de los estudiantes declara haber jugado a videojuegos en el último año (96,2% de los hombres y 69,7% de las mujeres). Se estima que un 5,1% podría presentar un trastorno por uso de videojuegos. Este porcentaje es el menor de los registrados desde 2019.

- El 66,8% de los estudiantes admiten haber usado pornografía al menos una vez en su vida, el 58,6% en los últimos 12 meses y el 44,5% en los últimos 30 días. El uso es mucho mayor entre los hombres en todos los tramos temporales, hallándose las mayores diferencias en el consumo en el último mes (68,4% de los alumnos vs 19,3% de las alumnas).

Indicador de Admisiones a Comportamentales / Sin sustancias Tratamiento por Adicciones

- Este nuevo indicador empezó a recogerse en 2021. Para el año 2022 las admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales ascienden a 4.670, cifra algo superior a la obtenida en 2021. Esto se atribuye a una mejora de la exhaustividad en la notificación de este nuevo indicador.

- El 86,3% de las personas que inician tratamiento fueron hombres y el 13,7% mujeres. El peso de las mujeres resulta bastante menor que en las admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales.

- El 82,0% de las admisiones a tratamiento en 2022, han sido por adicción al juego, el 9,3% por trastornos por uso compulsivo de internet, móviles o dispositivos electrónicos, redes sociales o videojuegos, el 3,4% por una adicción a las compras, y el 2,9% por adicciones relacionadas con el sexo.

Alrededor de 284 millones de personas de entre 15 a 64 años —la mayoría de los cuales eran hombres— consumieron algún tipo de droga en 2020 en todo el mundo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés).

Esto quiere decir que aproximadamente 1 de cada 18 personas en ese grupo de edad consumieron algún tipo de droga en 2020, un aumento del 26% respecto a 2010, que se debe en parte, al crecimiento de la población mundial.

Ghada Waly, directora ejecutiva de la UNODC, escribió en el reporte publicado a finales de junio que los desafíos que presentan las drogas al mundo pospandémico complican aún más el panorama actual. "La producción de cocaína está en un nivel récord y las incautaciones de anfetamina y metanfetamina se han disparado. Los mercados de estas drogas se están expandiendo a regiones nuevas y más vulnerables", dijo Waly.

Según el informe, que pretende servir como base para tomar respuestas efectivas en el futuro, en 2020:

- 209 millones de personas consumieron cannabis, lo que representa el 4% de la población mundial.

- 61 millones de personas usaron opioides, lo que representa el 1,2% de la población mundial.

- 21,5 millones de personas consumieron cocaína, lo que representa el 0,4% de la población mundial

La UNODC establece que la legislación del cannabis en algunas partes del mundo es un factor que propició la aceleración de su consumo diario, así como las consecuencias de salud relacionadas al consumo de cannabis, como aumentos de trastornos psiquiátricos, suicidios y hospitalizaciones.

De hecho, la mayoría de las personas que reciben tratamientos por trastornos relacionados con el consumo de drogas en Latinoamérica tienen menos de 35 años, y en "muchos países" de Centroamérica y Sudamérica el consumo del cannabis es la principal razón del tratamiento, seguido del consumo de cocaína.

Sin embargo, a nivel mundial, el uso de opioides sigue siendo la mayor preocupación debido a las consecuencias potencialmente graves para la salud. En 2019, el consumo de opioides representó el 69% de las muertes por trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Tan solo en Canadá, EE.UU. y México, las muertes por sobredosis por el uso de fentanilo, alcanzaron niveles sin precedentes durante la pandemia de covid-19. De acuerdo con datos provisionales publicados por el Centro de Estadísticas Sanitarias de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. (CDC, por sus siglas en inglés), las muertes anuales por sobredosis de drogas alcanzaron un nuevo récord en el país, con un estimado de 105.752 fallecimientos en el período de 12 meses que finalizó en octubre de 2021.

Estas son 10 tendencias de consumo en Latinoamérica, según el informe de la UNODC:

- El uso no médico de estimulantes farmacéuticos —medicamentos generalmente utilizados para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia— es comparativamente alto en las Américas en comparación con otras regiones del mundo.

- En los últimos cinco años, solo tres países (Afganistán, seguido de Myanmar y México) representaron más del 95% del cultivo mundial de adormidera o amapola real

- Tres países (Colombia, seguido del Perú y Bolivia) representaron prácticamente todo el cultivo mundial de arbusto de coca.

- En 2020, Colombia siguió siendo el país con la mayor parte del cultivo mundial de arbusto de coca, representando aproximadamente el 61% del total mundial.

- El cultivo ilícito de arbusto de coca en Bolivia, Colombia y Perú se ha asociado con la deforestación, la erosión y el agotamiento del suelo, la contaminación del agua, la pérdida de biodiversidad y otros daños ambientales.

- México reportó que las anfetaminas se habían convertido recientemente en la droga detectada con mayor frecuencia en los fallecidos.

- Las admisiones a tratamiento por metanfetamina en México han superado en número a las de alcohol. Las personas que ingresan a tratamiento por trastornos por consumo de metanfetamina aumentaron en un 218% entre 2013 y 2020.

- El opio producido en Latinoamérica, principalmente en México y en menor medida en Colombia y Guatemala, representa la mayor parte de la heroína suministrada a EE.UU. y los mercados de heroína relativamente limitados de América del Sur.

- Los opioides actualmente no juegan un papel importante en el consumo de drogas en México. Sin embargo, se ha documentado una prevalencia relativamente alta del consumo de heroína cerca de la frontera norte de México.

- Una tendencia reciente en América Latina y el Caribe es la aparición de papeles secantes que contienen diversas sustancias psicoactivas con efectos alucinógenos.

Según Naciones Unidas, los datos más relevantes sobre drogas de América Latina son los siguientes:

- El tráfico de drogas está obstaculizando el desarrollo en América Central y el Caribe, mientras que la crisis de los opiáceos sigue siendo un grave problema para los países de América del Norte. Además, la violencia urbana relacionada con las drogas sigue afectando a América del Sur.

- Mientras que en Perú se registró el primer descenso del cultivo ilícito de arbusto de coca en ocho años, el de Colombia alcanzó un nuevo récord histórico. La producción potencial de cocaína en el país aumentó un 53 % entre 2022 y 2023.

- Las incautaciones de drogas en los estados amazónicos del Brasil aumentaron entre 2022 y 2023, de manera paralela a la disminución de la tasa de deforestación. Se cree que ello es el resultado de una mayor presencia de las instancias gubernamentales.

- Las actividades ilícitas relacionadas con las drogas y los delitos conexos contra el medio ambiente siguen generando violencia y amenazando a las poblaciones vulnerables y a la biodiversidad en toda América del Sur, especialmente en la región del Amazonas.

A la vista de estos datos parece evidente que los problemas relacionados con las adicciones, sean a sustancias psicoactivas o a otro tipo de comportamientos (ludopatía, compras, trabajo, etc.), son uno de los principales problemas de salud pública en los países de interés para la RIAMP.

Soledad No Deseada, un problema de salud pública.

La soledad es ya un problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera, desde 2023, que la sensación de sentirse solo es cada vez más persistente en muchas personas en la sociedad y advierte de las serias consecuencias que eso podría acarrear en el futuro.

Es un tema bastante serio que, desde el organismo sanitario internacional, están tratando de abordar de forma urgente. Para ello han creado una comisión especial formado por varios líderes mundiales en materia médica, entre ellos el cirujano general de Estados Unidos, Vivek Murthy. De hecho, este médico lleva varios meses advirtiendo sobre esta situación en Estados Unidos y ha dicho que los efectos de la soledad en la mortalidad equivalen a fumar 15 cigarrillos al día.

"Ahora sabemos que la soledad es un sentimiento común que experimentan muchas personas. Es como el hambre o la sed. Es una sensación que nos envía el cuerpo cuando nos falta algo que necesitamos para sobrevivir", dijo Murthy en mayo en entrevista con la agencia Associated Press. "Millones de personas en Estados Unidos están luchando en las sombras y eso no está bien. Es por eso que emití este aviso para abrir el telón a una lucha que están experimentando demasiadas personas".

La experta en psicología clínica, Christina Ballinoti, defiende que la soledad puede generar "problemas mentales y físicos" por lo que se pueden pasar por alto estas consecuencias. "El cerebro humano nació como cerebro social, se llama así, porque se entiende que tenemos que estar conectados con la gente, que siempre estamos dispuestos a tener amigos, charlas y, generalmente, mejor en persona", decía.

Un informe de la Universidad de Harvard recomienda "campañas de educación pública nacionales, estatales y locales" para visibilizar la "epidemia de la soledad". En ese sentido, los autores abogan que el gobierno diseñe planes de divulgación mucho más efectivos sobre la soledad en escuelas, universidades y centros de trabajo.

El Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada señala que la soledad no deseada es un problema silencioso que afecta cada vez a más personas en España, en Europa y en el mundo. Supone una fuente de sufrimiento para las personas y limita su derecho de participación en la sociedad; tiene consecuencias negativas para la salud y el bienestar y en consecuencia conlleva unos costes sociales y económicos muy importantes. por ello, la lucha contra la soledad se ha convertido en un reto para las administraciones y la sociedad en general.

Y añade que es importante **diferenciar entre la soledad y el aislamiento social:**

- El aislamiento social es la falta sustancial de contactos sociales y puede medirse de manera objetiva
- La soledad no deseada es un sentimiento subjetivo, de no tener la cantidad y/o calidad deseada de relaciones sociales.
- La soledad no deseada se puede definir por lo tanto como: "la experiencia personal negativa en la que un individuo tiene la necesidad de comunicarse con otros y percibe carencias en sus relaciones sociales, bien sea porque tiene menos relación de la que le gustaría o porque las relaciones que tiene no le ofrecen el apoyo emocional que desea".

España: Según el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada la soledad es un fenómeno de importancia creciente. En España se estima que el 20% de las personas sufren soledad no deseada (datos del 2024). Estamos hablando de más de 8 millones de personas.

Los datos señalan que, en España, afecta más a mujeres (21,8%) que a hombres (18%). Y aunque en ocasiones se considera que es una cuestión que afecta más personas mayores, los informes reflejan que los jóvenes son los que más soledad no deseada sienten. En los siguientes tramos de edad, la soledad no deseada va descendiendo progresivamente, y vuelve a subir en las personas de 75 años y más.

Los datos recogidos en el último Informe del Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, ésta afecta a una de cada cuatro personas (25,5%) de entre 16 y 29 años jóvenes en España. Es más frecuente entre las mujeres jóvenes que entre los hombres de la misma edad. Si sumamos las personas jóvenes que se han sentido solas en algún momento este porcentaje sube al 69%. Además, la soledad no deseada es mucho mayor en jóvenes con discapacidad, LGTBI o el origen extranjero.

Algunas cuestiones relevantes para entender la soledad en la juventud:

1. Las relaciones de amistad juegan un papel fundamental, en mayor medida que las relaciones en el ámbito laboral o en el entorno de trabajo o estudio

2. La presencialidad de las relaciones es relevante en el ámbito de la amistad

3. La salud mental es clave

4. Asistir a terapia psicológica protege de la soledad

5. La mala salud física también juega un papel importante

6. El acoso escolar o laboral es significativo para explicar la soledad

7. En los municipios de tamaño medio es donde más soledad no deseada existe, más que en zonas rurales o grandes urbes.

8. La pobreza incrementa el riesgo de soledad

9. La discriminación sexual genera soledad

10. El origen extranjero es clave para explicar la soledad

La soledad no deseada no es un fenómeno puntual o pasajero, pues los datos de 2024 muestran que existe una soledad crónica o de larga duración. Dos de cada tres personas (67,7%) que sufren soledad llevan en esta situación desde hace más de 2 años y un 59% desde hace más de tres.

La soledad no deseada es mayor en las personas con discapacidad (50,6%), en las personas con origen migratorio (32,5%) o en las personas LGTBI+ (34,4%). Además, la mitad de las personas con problemas de salud mental sufren soledad no deseada (49,8%).

Existe un consenso acerca de la necesidad de reforzar las acciones para reducir la soledad no deseada. La gran mayoría de la sociedad considera que la lucha contra la soledad debe ser una cuestión prioritaria para las administraciones públicas, así como una responsabilidad compartida por el conjunto de la sociedad.

En relación la tecnología, el 50,1% de la población española piensa que la tecnología ayuda a que las personas se sientan más y mejor acompañadas y el 82,15% que es una herramienta de conexión social cuando estimula el establecimiento de relaciones fuera de internet. La tecnología puede ser -y es- una herramienta de conexión social efectiva en el marco de los esfuerzos para prevenir y disminuir la experiencia de soledad, pero no debe concebirse como una solución por sí sola.

En España, los principales factores que influyen para sentir soledad no deseada, siempre según el Observatorio Estatal, son:

- Vivir solo/a. Las personas que viven solas tienen mayor riesgo de sentirse solas que las personas que conviven con otras.

- Eventos vitales, como la pérdida de un ser querido o una separación pueden alterar las relaciones cotidianas de una persona, sometiéndola a una etapa de aislamiento o de soledad, que posteriormente puede superarse o de lo contrario cronificarse.

- La edad es un factor de riesgo relevante para la soledad. Las personas mayores tienen una incidencia de la soledad no deseada mayor.
- La discapacidad. La incidencia de la soledad no deseada es superior a la de la población en general.
- La salud. Las personas con mala salud tienen más probabilidad de sentirse solas o socialmente aisladas.
- La renta. Las personas con menores niveles de renta tienen una menor seguridad económica, bienestar y peores condiciones de vida, lo que afecta a su capacidad para optimizar y diversificar sus relaciones sociales, influyendo en la soledad.

La soledad no deseada tiene una serie de consecuencias a nivel individual, que a su vez pueden generar costes a nivel social.

Costes a nivel individual

La soledad tiene múltiples consecuencias a nivel individual, entre otras repercute de forma negativa en el estado anímico, la satisfacción de las necesidades vitales, en la relación con el entorno, en el acceso a los bienes y servicios, en la seguridad y en su calidad de vida en general.

La soledad no deseada constituye un factor de riesgo para la salud mental, para la depresión y para otras patologías. La soledad entraña también riesgos para la salud física, favoreciendo, por ejemplo, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares.

La soledad no deseada causa la pérdida anual de más de 1 millón de AVAC (Años de Vida Ajustados a Calidad) en el conjunto de la población, lo que representa el 2,8% sobre el total de AVAC del conjunto de la población en nuestro país.

Un AVAC es un año de vida en buena salud.

Costes a nivel social

La soledad no deseada supone costes a nivel social, especialmente en los sistemas de salud y en el consumo de medicamentos.

Se, estima que la soledad no deseada supone unos gastos anuales por frecuentación de los servicios sanitarios de 5.605 millones de euros y por consumo de medicamentos de 495 millones de euros. En total los costes sanitarios de la soledad no deseada representan 6.101 millones de euros anuales, el 0,51% del PIB en España.

Estos costes se ven agravados por el hecho de que la soledad favorece un mayor uso de los servicios de salud y sociosanitarios, especialmente cuando deriva en depresiones, agrava enfermedades o requiere cuidados sociales.

Asimismo, la soledad no deseada supone costes para la economía, reduce la productividad por disminución del tiempo de trabajo y muertes prematuras. En nuestro país se estima que la soledad no deseada ocasiona una las pérdidas de productividad anuales de más de 8.000 millones de euros.

Así, la soledad no deseada representa un coste total de 14.141 millones de euros anuales en nuestro país, que representa el 1,17% del PIB para el año 2021

América Latina: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) estiman que entre el 20% y el 34% de las personas mayores de América Latina se sienten solas.

En Europa, Estados Unidos, China e India, entre las personas mayores de 65 años, la prevalencia de la soledad es similar a la de Latinoamérica.

Un dato relevante, aunque muy puntual, es que, en la población mayor de Buenos Aires, Argentina, el 15% de las personas se sienten solas tras la pandemia.

Un estudio de 2023 realizado por Gallup y Meta revela que un alarmante porcentaje de jóvenes en todo el mundo experimenta altos niveles de soledad, lo que puede tener implicaciones en la salud: quienes se sienten solos son más propensos a tener más problemas de salud mental, según un estudio de 40dB. para el periódico El País. Además, de acuerdo con Gallup, "las conexiones sociales son vitales para la salud, la felicidad y la longevidad de las personas".

De acuerdo con el estudio, en Latinoamérica en particular, Bolivia (31%) encabeza la lista (de los países seleccionados para el gráfico) con la mayor proporción de personas que se sienten muy o bastante solas. Chile (30%) sigue de cerca a Bolivia y Argentina (28%) también tiene un alto porcentaje de personas que se sienten muy o bastante solas.

El estudio aclara que los datos "contribuyen a explicar cómo se sienten las personas, pero es necesario seguir investigando para averiguar por qué". Una explicación posible, de acuerdo con el estudio publicado, podría tener que ver con la falta de un círculo familiar o de amistad, o con la ausencia de recursos económicos.

Además, debemos añadir que, la ciencia actual considera que el riesgo de muerte aumenta hasta un 30% en aquellos individuos que viven sin compañía, y alcanza el 50% en quienes se auto perciben y sienten solos.

A la vista de estos datos parece evidente que los problemas relacionados con la soledad no deseada, son ya uno de los principales problemas de salud pública en los países de interés para la RIAMP.

Metodología: Consejo breve a través del modelo Bola de Nieve: capacitación entre iguales

Metodología: Consejo breve a través del modelo Bola de Nieve: capacitación entre iguales

Los comportamientos adictivos y la soledad no deseada son, a la vista de los datos aportados, dos de los principales problemas de salud pública de nuestro país.

En ambos casos existen estrategias, programas y actuaciones, por parte de instituciones públicas, y por organizaciones sociales, destinadas a paliar las peores consecuencias. Pero es evidente que la prevención es la mejor herramienta para afrontar estas situaciones. En las últimas décadas se han desarrollado diferentes estrategias preventivas basadas en el ámbito comunitario, la familia, los aspectos lúdicos, o campañas de sensibilización. Todas ellas han sido positivas, pero los porcentajes de personas afectadas por el consumo apenas han variado.

En RIAMP creemos que hay que seguir desarrollando esas estrategias, y mejorar su eficacia, pero al mismo tiempo consideramos que existen otras alternativas complementarias.

Nuestra propuesta se fundamenta en la especial relación existente entre las personas mayores y otros grupos etarios, y en los beneficios sociales que han demostrado los programas intergeneracionales.

Frente a la estrategia basada en la información como base preventiva, este programa considera que tan importante como la información es la relación emocional entre las personas será la que permitirá transmitir valores de vida saludable.

A través de una metodología fundamentada en el consejo breve, a través del modelo "bola de nieve" se pretende multiplicar el alcance del proyecto: se forma a personas mayores para que trabajen los contenidos con otras personas de su familia y/o su entorno y luego estas mismas actúen como agentes de salud informando y sensibilizando a otras personas (grupo de iguales) sobre hábitos de vida saludables.

Existe un consenso sobre la importancia de la prevención. Y también hay coincidencia en que cuanto antes empecemos, mejores serán los resultados.

Comportamientos adictivos

La familia constituye la primera instancia de socialización y la institución que tiene más influencia en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, pero también entre adultos y adultos mayores, especialmente si son abuelos y abuelas. La familia es un agente preventivo de primer orden.

Padres y madres, pero también abuelos y abuelas, deben escuchar y razonar con los niños y niñas, construir un ambiente en el que todos se sientan cómodos, facilitar la comunicación sobre aspectos relacionados con los comportamientos adictivos y con la sensación soledad no deseada. Ese ambiente favorece la autoestima.

Es fundamental que exista un ambiente abierto que permita, en el seno de la familia, un diálogo sobre todos los temas, y en especial sobre drogas. Nuestra labor como padres y madres, o como abuelos y abuelas, o cualquier otra familia, es transmitir una información veraz y argumentada.

A veces, centrarse demasiado en las drogas, en sus potenciales peligros, y darles una importancia desmesurada, puede convertir a esas sustancias en algo interesante para los adolescentes.

El dialogo sobre las motivaciones para el consumo de drogas puede ser un buen ejercicio para hacer en familia, para ello debemos estar dispuesto a aceptar sus emociones, opiniones, informaciones y argumentos, y combatirlos solo con el apoyo de argumentos, no con el poder de la autoridad. También ayuda mostrar las propias incertidumbres y las dudas.

Ser padres y madres, abuelos y abuelas, es un papel diferente al de ser colegas o amigos.

En el seno familiar debe existir una relación de amor, comprensión, cordialidad y sinceridad con los menores. Pero los adolescentes necesitan figuras que les inspiren confianza, que les señalen los límites, que les puedan aconsejar. No buscan lo mismo que ya les ofrecen su grupo de iguales.

La autoridad no se gana gritando, prohibiendo. Se gana con el ejemplo, la coherencia, la argumentación, la sinceridad, la verdad y la comprensión.

No hay que olvidar que la adolescencia es sinónimo de experimentación, curiosidad y riesgo. Por eso mismo es tan difícil que a esas edades acepten los límites y las normas. Pero que cuestionen los límites y las normas no significan que no las acepten, lo que hacen es cuestionar sus motivaciones, y ese es el papel de los adultos. Poner límites y normas razonables, racionales y bien argumentadas.

Padres y abuelos no deben tener comportamientos autoritarios, pero tampoco pueden limitarse a ser espectadores en el crecimiento de los menores.

Es importante recordar que las normas y los límites son para toda la familia, no solo para los hijos e hijas, para los nietos y nietas.

La actitud de los adultos ante las drogas no debe limitarse a un discurso más o menos bien argumentado, debe basarse en el ejemplo

constante y permanente. Los adolescentes detectan con bastante facilidad la hipocresía y doble moral de los adultos.

Lograr ese clima de confianza, tan importante cuando llega la adolescencia, es fruto de un trabajo de años. Los adolescentes no van a confiar en nosotros porque un día les digamos “confía en mí”.

Un dialogo nunca debe comenzar con una acusación, con una amenaza o con reproches. Eso genera una actitud defensiva y de rechazo en el otro que impide el dialogo. Podemos reprobar una acción de nuestros hijos, pero no a la persona.

Los adultos podemos hacer halagos y reconocimientos de los adolescentes, no está prohibido. Hay padres que solo se refieren a sus hijos para criticar. Lo importante es fortalecer y desarrollar la autoestima.

A menudo se plantea cuál es la mejor edad para abordar el tema de las adicciones y las drogas con los menores. No existe una edad adecuada para abordar con los niños y niñas el tema de las drogas. Todo parece indicar que se trata de un tema que no se debe forzar, pero tampoco evitar. La visión de personas en estado de embriaguez, o de consumo activo de sustancias psicoactivas durante un paseo, o mientras se comparte una película, pueden ser momentos en los que iniciar una conversación sobre lo que se está viendo.

En general, los adultos nunca creemos estar suficientemente preparados para abordar el tema del consumo de drogas con los menores. Siempre pensamos que ahora no es el momento más adecuado. Pero la respuesta acertada es justo la contraria, cualquier momento es bueno para abordar ese asunto.

La edad de los menores solo influye en la manera con la hay que abordar el tema. Nuestros conocimientos siempre serán insuficientes, por lo que debemos ser sinceros y ante determinadas cuestiones plantear que desconocemos la respuesta pero que vamos a buscarla porque nos parece interesante y así podremos seguir hablando.

Los buenos y los malos hábitos del consumo de drogas saldrán frecuentemente en las conversaciones. Pero no debemos olvidar que el ejemplo influye más que los discursos.

A la pregunta de cuándo deben los adultos preocuparse o empezar a preocuparse, la respuesta es sencilla: desde el momento del nacimiento, e incluso desde antes. Pero una cosa es preocuparse y otra alarmarse.

Un porcentaje de jóvenes no va a consumir drogas, y la inmensa mayoría de los y las adolescentes que las consuman de manera experimental no tendrán ningún problema. Aunque los medios de comunicación transmiten una idea generalizada de una juventud insana y conflictiva, los datos reflejan una adolescencia y una juventud con hábitos saludables salvo una pequeña minoría.

Si el consumo esporádico se repite o se convierte en algo habitual podemos acudir a los especialistas.

En cualquier caso, para encauzar esa influencia las personas mayores deben disponer de algunas informaciones de utilidad. En primer lugar, conviene conocer que existen una serie de factores de protección y de riesgo que conviene potenciar o soslayar.

Factores de riesgo y de protección

- **Factores de riesgo:** Son las condiciones personales, ambientales sociales que pueden aumentar la vulnerabilidad o la probabilidad del uso y abuso de drogas. Los principales factores de riesgos son:
  - » Existencia y presencia de las drogas en la sociedad, en el entorno
  - » La actitud de la sociedad hacia las drogas.
  - » La búsqueda del placer inmediato como valor.
  - » El consumo de drogas por parte de la familia.
  - » Las situaciones de conflictividad familiar.
  - » La propia adolescencia.
  - » Otros factores de riesgo son: creencias erróneas y mitos sobre determinadas sustancias psicoactivas y sus efectos; ausencia de normas claras en el entorno más cercano; disponibilidad económica; la baja tolerancia a la frustración; o la amplia, y constantemente variada oferta de nuevas sustancias psicoactivas.
- **Factores de protección:** Son las condiciones personales, ambientales o sociales que pueden reducir la probabilidad del consumo y abuso de sustancias psicoactivas. Los adultos mayores debemos favorecer la aparición y el desarrollo de los factores de protección. Algunos de estos factores de protección son:
  - » Relación positiva en la familia.
  - » Familias fortalecedoras que favorecen la adaptación y la incorporación de los menores.
  - » Información veraz basada en la evidencia científica.
  - » La transmisión de valores y actitudes en la familia y en la escuela.
  - » Las políticas públicas de drogas.
  - » Las estrategias preventivas.

La mayor parte de las personas cree saber de drogas, pero esta sensación de sabiduría no está basada en datos reales.

En el ámbito de los consumos de drogas, legales e ilegales, la información realista y actualizada es una herramienta de prevención de riesgos y daños. Por eso es imprescindible tener unos conocimientos básicos, pero avalados por la evidencia.

Drogas son las sustancias que reúnen ciertas características: Llegan al cerebro a través de la sangre, y producen ciertas alteraciones (del sistema nervioso, del equilibrio neuroquímico). El consumo puede ser por vía oral, nasal, a través de la dermis o directamente sobre el sistema circulatorio de la sangre

Su uso regular puede generar:

- Tolerancia (necesitar mayores dosis para lograr iguales efectos)
- Dependencia (se necesita consumir para dejar de sentir malestar).

Su abuso puede provocar trastornos:

- Físicos.
- Psicológicos.
- Sociales.

Los efectos de las drogas vienen determinados por una serie de circunstancias:

- Su grado de pureza.
- Las dosis y las modalidades de empleo.
- Las condiciones de acceso y las pautas culturales de consumo.
- El estado físico, emocional, mental y espiritual del usuario/a.

Para hablar de drogas y de la percepción que sobre las mismas se tiene en la sociedad, es importante saber que existen diferencias culturales y religiosas, y que han tenido una evolución histórica irregular, es decir, muchas sustancias han sido legales o ilegales en determinados momentos de la historia.

Existen miles de drogas, y cada año aparecen nuevas sustancias. Con el fin de clarificar su estudio se han elaborado múltiples clasificaciones de las mismas, como la que se centra en su situación de legalidad y que las divide en dos grupos: legales e ilegales.

La más utilizada es la que divide las sustancias psicoactivas o drogas por sus efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC). **Según esta clasificación existen tres tipos de drogas:**

- Depresoras del SNC.- Ralentizan el funcionamiento del cerebro. Pertenecen a este tipo el alcohol, los opiáceos, los tranquilizantes y los hipnóticos.
- Activadoras del SNC.- Aceleran y excitan el funcionamiento habitual del cerebro. Pertenecen a este tipo los anfetamínicos, la cocaína, la nicotina y las xantinas presentes en el café, el cacao o el té.
- Perturbadoras del SNC.- Modifican el funcionamiento habitual del cerebro. Pertenecen a este tipo los alucinógenos (LSD o mescalina), cannabis (hachís, marihuana), drogas de síntesis (éxtasis).

En los tres tipos de drogas existen sustancias muy peligrosas y sustancias con una reducida capacidad de actuación sobre el ser humano.

Otro asunto que conviene aclarar es la **distinción entre algunos conceptos** que a veces, especialmente en los medios de comunicación, se confunden:

» Uso de drogas. Se refiere al consumo de sustancias psicoactivas.

» Uso problemático. Cuando la frecuencia y cantidades consumidas de las drogas es excesivo, poniendo en riesgo la salud física, mental y social del individuo.

» Abuso de drogas o drogodependencia: La adicción a las drogas es una enfermedad cerebral crónica. Hace que una persona tome drogas repetidamente, a pesar del daño que provoca. El uso ya no es buscando un efecto positivo o placentero, es para evitar sentirse mal por la abstinencia.

Soledad No Deseada

En el caso de los problemas asociados a la soledad no deseada, la prevención también es la principal herramienta de que disponemos para hacer frente a este problema.

Comencemos por señalar algunas evidencias: La soledad puede llegar en cualquier momento. La soledad no tiene edad, ni religión, ni nacionalidad, ni género, ni color, ni siquiera tiene que ver con vivir solo o sola. Se puede estar rodeado de personas, familia, o gente y, sin embargo, sentir soledad.

Ya hemos señalado que las causas de la soledad son muchas y complejas. El desencadenante puede ser la pérdida de un ser querido, una separación, o quizás, un despido laboral, un cambio de domicilio, o la jubilación. Puede ser un cambio de trabajo, de instituto, o la irrupción de una enfermedad... O quizá no haya una causa específica o concreta y responda únicamente a una consecuencia del paso del tiempo, aun así, la sensación de incomprensión o desconexión con nuestro entorno implique sentirnos en soledad.

Desde el punto de vista preventivo tiene especial importancia que entrenemos y desarrollemos nuestra capacidad para cultivar nuestras relaciones sociales a lo largo de la vida, no por el hecho de tener muchas amistades, sino especialmente por la influencia que tiene mantener unas adecuadas conexiones sociales para nuestra salud y bienestar, ya que durante todo el ciclo vital se producen cambios que afectan a las relaciones sociales, que son la red social, el apoyo social y la participación social.

Las redes sociales, y no nos referimos a las plataformas tecnológicas, son las estructuras de las relaciones sociales, donde además del tamaño y la frecuencia de los contactos que tenemos, resulta fundamental tener en cuenta la calidad de los mismos, es decir, no sólo es importante la cantidad de contactos, sino la profundidad de los mismos, y si esta relación es satisfactoria o no para nosotros.

El apoyo social es un proceso transaccional que implica dar y recibir, a través del cual nuestras relaciones nos proporcionan un "espacio" para el intercambio tanto de experiencias emocionales como de apoyo en cuestiones instrumentales cotidianas.

Es importante decir que las relaciones sociales funcionan como "amortiguadores del estrés" entre la persona y las dificultades a las que se enfrenta en su día a día. Nuestras relaciones sociales pueden ofrecernos apoyo y ayudarnos a reducir los efectos que un determinado problema o situación tienen en nuestra vida y, a su vez, cada uno de nosotros podemos ser fuente de apoyo y ayuda para otras personas.

Es por ello que se hace más importante trabajar cada día para fortalecer nuestras relaciones sociales, ya que nos ayudan a prevenir la soledad no deseada.

Prevenir la soledad no deseada requiere que pongamos de nuestra parte casi cada día para mantener nuestras relaciones sociales y dedicar tiempo a generar nuevas conexiones, así como que la sociedad y el entorno también actúen y participen de la solución, por ejemplo, promoviendo la creación de espacios y redes comunitarias para reducir el aislamiento social y generar comunidades cada vez más inclusivas y resilientes.

Dice un axioma anónimo que "la soledad es un buen lugar para encontrarse, pero no para quedarse." Y es cierto que la soledad puede suponer también una oportunidad para buscar nuevos horizontes, conocer otras realidades y encontrar nuevas conexiones con otras personas, porque los seres humanos necesitamos conexiones sociales para vivir.

No se trata de estar permanentemente conectados, los momentos de soledad pueden ser muy beneficiosos, pero sí debemos cuidar nuestra relación con las personas de nuestra red social e interactuar con ellas de forma efectiva y saludable. Queremos decir con esto que

la soledad no deseada se puede prevenir a través de acciones como mejorar y entrenar las habilidades para establecer relaciones con otras personas.

Si queremos recuperar o incrementar nuestras conexiones sociales, tendremos que perder el miedo o la vergüenza a la hora de relacionarnos con personas nuevas o con amistades previas, buscar puntos en común y cultivar nuestras relaciones sociales a lo largo de la vida. También resulta útil aprender a manejar las situaciones que nos provocan problemas emocionales, y saber pedir y buscar ayuda cuando lo necesitamos. También es importante perder el miedo a distanciarse de las relaciones tóxicas.

Señalamos a continuación algunos consejos para prevenir la soledad:

- Cuida la relación con tus redes sociales (y no nos referimos a las plataformas digitales), interésate por cómo se encuentran tus familiares o amistades. Responde a las llamadas y mensajes

- Ofrece apoyo cuando sea necesario y procura llamar o enviar mensajes en fechas importantes.

- Cultiva las relaciones personales en tu entorno. Las personas cercanas pueden aportar mucho y ser fuente de ayuda mutua. La cercanía y compartir espacios puede facilitar la conexión entre personas.

- Busca oportunidades para ampliar o mejorar tus conexiones sociales con otras personas. Lo más sencillo es preguntar en el entorno si se necesita ayuda y ofrecer colaboración. En todos los barrios existen asociaciones, colectivos, centros, y agrupaciones con diferentes objetivos.

- Apuntarse a alguna actividad grupal, compartir aficiones o intereses, de grupo, practicar algún deporte o hacer voluntariado puede ser también una manera de ampliar conexiones y conocer gente.

- Aprende a manejar las emociones y a resolver conflictos. A menudo se genera distancia o conflicto entre las personas por una situación que no se ha resuelto adecuadamente y que en realidad tiene poca importancia.

- No dejes de abordar la situación si detectas que existe un malestar para tener la oportunidad de resolverlo. Aquí es importante valorar la relación en su conjunto, hablar de cómo nos sentimos y evitar hacer reproches.

- No te olvides nunca de dar las gracias y, si es necesario, pedir disculpas. A menudo, perdemos de vista la importancia de agradecer a los demás lo que hacen o pedir disculpas. Son gestos sencillos pero importantes.

- La importancia de la empatía y la reciprocidad. Cuando hablamos de relaciones sociales es fundamental ser conscientes de nuestras necesidades, pero también debemos tener en cuenta las necesidades de los demás.

- A todos nos gusta que se pongan en nuestro lugar cuando tenemos un problema. Debemos hacer lo mismo con otras personas. Nunca menosprecies o minusvalores sus problemas o dificultades.

- Evita las llamadas relaciones tóxicas o que te produzcan malestar. Nuestras relaciones sociales tienen que ser beneficiosas y saludables y estar basadas en el respeto mutuo y si no es así, tenemos que tomar decisiones para poner límites o tomar distancia.

- Amplía tu círculo de amistades y de personas con las que puedes interactuar de forma regular.

- Aprovecha los espacios y comercios de proximidad para conectar con otras personas: los espacios en los que pasamos mucho tiempo forman parte de nuestro entorno habitual y pueden facilitar las relaciones sociales y la generación de conexiones entre personas a partir de intereses o gustos comunes.

- Promueve y usa espacios amigables en el entorno: cada vez es más importante crear y dinamizar espacios amigables que favorecen la interacción social en la comunidad y permiten prevenir la soledad.

- En la medida de tus posibilidades favorece políticas públicas para combatir la soledad no deseada. Apoya y promueve las iniciativas para prevenir y combatir la soledad no deseada.

- Apoya a las organizaciones sociales, las ONG, que ayudan y acompañan a las personas más vulnerables para prevenir y combatir la soledad no deseada. Siempre que puedas ejerce el voluntariado.

En RIAMP estamos convencidos que las personas mayores son un inmejorable recurso para prevenir la soledad no deseada. Tener una actitud activa en el establecimiento de relaciones sociales, ya sea con personas mayores, o con otros grupos etarios, contribuirá a mitigar y reducir la sensación de soledad de esas personas.

Recordemos que los principales factores que inciden en la soledad son:

- El aislamiento social, ya sea subjetivo u objetivo, aumenta el riesgo de muerte en los adultos mayores.

- La soledad está relacionada con malos hábitos de vida, como el consumo excesivo de alcohol o tabaco.

- La soledad se asocia con tasas más altas de depresión y suicidio, y a un mayor deterioro cognitivo.

Asimismo, las principales causas de la soledad no deseada son:

- Pérdida de identidad

- Pérdida de autonomía

- Pérdida de pertenencia

- Factores demográficos

- Factores culturales

- Factores económicos

En opinión de RIAMP, algunas de las acciones para combatir la soledad no deseada son:

- Conversación

- Actividades sociales

- Proyectos e iniciativas que promuevan actuaciones preventivas.

Recursos

Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada:
https://www.soledades.es/

Plan Nacional Sobra Drogas:
https://pnsd.sanidad.gob.es/

Organización Mundial de la Salud (OMS).
Década de envejecimiento saludable:
https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing

Comisión Interamericana para
el Control del Abuso de Drogas (CICAD):
https://www.oas.org/ext/es/principal/oea/nuestra-estructura/entidades-y-organismos/comision-cicad/

Organización Panamerica de la Salud: Década del Envejecimiento Saludable en las Américas 2021-2030:
https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030

IMSERSO.
Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores:
https://ciudadesamigables.imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/fbbloAB18e7I/content/la-decada-del-envejecimiento-saludable-2021-2030-una-nueva-iniciativa-de-naciones-unidas/20123

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) / o Europeo de las Drogas y las Toxicomanías – European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA):
https://www.euda.europa.eu/index_en

RIAMP
EL PODER DE LOS MAYORES

Red Internacional de Adultos Mayores Preventores

Financiado por

MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Plan Nacional Sobre Drogas