

SALUD Y DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de
Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles
(SIVFRENT-M) (II). 2021 y 2022.

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. METODOLOGÍA	7
3. RESULTADOS	13
3.1. INDICADORES DE SALUD Y DISCAPACIDAD	13
3.1.1. PERCEPCIÓN DE SALUD	13
3.1.2. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD	14
3.1.3. LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD.	16
3.1.4. LIMITACION FÍSICA Y COGNITIVA	17
3.1.5. DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	20
3.1.6. CAÍDAS	28
3.1.7. DOLOR FÍSICO PERSISTENTE	29
3.1.7.1. Intensidad del dolor de cualquier grado	30
3.1.8. SENSACIÓN DE CANSANCIO	33
3.2. SALUD MENTAL	34
3.3. APOYO SOCIAL	38
3.4. PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORAS	42
3.5. SENTIMIENTO DE SOLEDAD	45
3.6. USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (NTIC)	47
3.7. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	48
3.8. FRAGILIDAD Y PREFRAGILIDAD	53
4. CONCLUSIONES	55
5. BIBLIOGRAFÍA	59
6. ANEXO	61

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

A partir del año 2020 se analiza el SIVFRENT-M dividido en 2 bloques: I Hábitos de salud y II Salud y Discapacidad. Este informe incluye los resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles en mayores (SIVFRENT-M), para los años 2021 y 2022, segundo bloque y evolutivos de la serie desde 2019.

Metodología

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de aproximadamente 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana. El cuestionario del primer bloque, que se compone de un núcleo central de preguntas estable en el tiempo y que permite realizar comparaciones con el SIVFRENT de adultos, incluye factores de riesgo ligados al comportamiento: actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recogen la realización de prácticas preventivas.

Se analiza de forma agregada la información recogida en 2021 y 2022, con la participación de 1008 y 1006 personas respectivamente (N= 2014). En un primer informe, publicado en este mismo Boletín Epidemiológico, se analizaron los hábitos de salud y prácticas preventivas. En este segundo informe se estudian la percepción del estado de salud y las áreas de interés especiales en este grupo de edad: problemas crónicos de salud, limitación de la actividad (GALI), limitación física y cognitiva, limitación para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), caídas, dolor persistente, sensación de cansancio, salud mental como valoración de sintomatología depresiva, apoyo social, personas mayores como cuidadoras, sentimiento de soledad, el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y fragilidad y prefragilidad.

Resultados

Percepción de salud. De forma global, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) se refiere en el 60,8% de las personas, con predominio de mejor salud en hombres, 67,3%, frente a mujeres 55,5%, que se mantiene a lo largo de la serie 2019-2022. Según variables socioeconómicas, el predominio de mejor salud en hombres solo desaparece en el caso de estado civil en situación de viudedad, en que las prevalencias se igualan. Se observa un gradiente positivo muy llamativo, con percepción de mejor salud a mayor nivel educativo, una diferencia de más de 24,9 puntos porcentuales entre los niveles extremos. En el caso de nivel de ingresos económicos la diferencia entre los niveles extremos es de 29,6 puntos porcentuales. A lo largo de toda la serie se mantiene esta mayoría de población que manifiesta tener buena o muy buena salud con un valor máximo en 2020 volviendo a valores iniciales en 2022.

Problemas crónicos de salud. Un 57,4% afirma tener problemas crónicos de salud, sin diferencia significativa por sexo; hay un aumento progresivo con el aumento de la edad y, una ligera disminución con el aumento de ingresos.

Limitación de la actividad. Se valora tanto la gravedad de la limitación como si se ha producido en los últimos 6 meses. La limitación grave fue de un 4,7% con un 5,6% en las mujeres y 3,6% en

los hombres, y aumenta significativamente con la edad; la limitación de cualquier grado ocurre en los últimos 6 meses en el 75,3% de los que la refieren. La limitación de actividad se debe a causas físicas en su mayoría y menor es la limitación por causa mental o ambas.

Limitación física y cognitiva. Se valoró la dificultad para andar 500 metros sin ningún tipo de ayuda y se obtuvo que un 9,6% tenía “alguna dificultad” y un 5,1% “muchacha o total incapacidad”. Para subir o bajar 12 escalones sin ayuda, un 17,4% tuvo alguna dificultad y un 7,9% mucha o imposibilidad total, aumentando con la edad de forma progresiva en ambas categorías. Para recordar o concentrarse, el 20,7% tiene alguna dificultad y el 1,3% mucha o total dificultad. En cualquiera de estas tres formas de limitación las mujeres muestran cifras significativamente más elevadas que los hombres. El 40,3% tiene afectadas una, dos o tres de las dimensiones anteriores, nuevamente mayor en mujeres que en hombres y mayor con el aumento de la edad.

Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). El 11,8% refiere algún tipo de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, el 8,9% en hombres y el 14,2% en mujeres. Por edad, hay un aumento progresivo pasando de 8,1% en 65 a 69 años a 17,3% en 75 a 79 años. Para los distintos ítems de este indicador, el porcentaje más elevado estuvo en la categoría “alguna dificultad” para “sentarse o levantarse de una silla o cama o acostarse” (7,1%), seguido de “vestirse y desvestirse” (5,2%); en la categoría “muchacha dificultad o imposibilidad de hacerlo solo/a” el ítem donde se alcanzó mayor porcentaje fue “levantarse o sentarse en una silla o cama o acostarse” (1,6%). Para cualquier ítem las mujeres obtuvieron valores más elevados que los hombres.

Dificultad en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La dependencia global de algún grado, ligera, moderada a grave o total, se refiere en más de 4 de cada 10 personas; respecto a la dependencia de grado moderada, grave o total, afecta al 7,8%, y por sexo la cifra se duplica en mujeres (10,5% frente a 4,6% en hombres). Se observa un aumento progresivo con la edad de hasta 5 veces más en el mayor respecto al grupo más joven (15,9% vs 3,4%). Tanto en recursos económicos como en nivel educativo hay una mayor dependencia en los niveles más bajos respecto de los más altos con una importante diferencia. Destaca el grupo con menor dependencia moderada a grave o total, el de hombres universitarios con un 3,2%.

Caídas. Refiere una o más caídas con asistencia sanitaria en el último año el 10,2%, siendo mayor en las mujeres respecto de los hombres, 13,3% vs 6,5%, y un 0,4% presenta un riesgo alto de caídas. Un 7,1% responde tener problemas para andar o trasladarse de un lugar a otro siempre o frecuentemente, un 8,8% de las mujeres y un 4,9% de los hombres; se observa un aumento progresivo con el aumento de la edad. El 15,2% tiene miedo a caerse siempre o frecuentemente, en hombres 6,5% y en mujeres 22,5%; por edad el grupo de los mayores supera con mucho al de los más jóvenes, 8,5% frente a 26,2%; en el ítem “limitación de la actividad” en la categoría “siempre/frecuentemente” se sitúan el 13,3%, 6,0% de los hombres y 19,3% de las mujeres.

Dolor físico persistente. Un 53,9% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a sufrir dolor de cualquier intensidad en las últimas 4 semanas, desde muy leve a severo o extremo, el 42,4% de los hombres y el 63,4% de las mujeres; los porcentajes se elevan con la edad hasta el 58,7%. El dolor de intensidad severo a extremo, que se refiere por el 10,3%, es tres veces superior en mujeres que en hombres y muestra gradiente significativo tanto por nivel de ingresos como por nivel educativo, destacando con la cifra más alta, un 21,3%, las mujeres que refieren ingresos mensuales <1.050 euros. Por estado civil, se alcanza un 18,5% en las mujeres en situación de viudedad. El 30,3% afirma tener limitación en las últimas 4 semanas para las actividades de la vida cotidiana debido al dolor. La limitación de la movilidad, en grado de bastante a mucha por dolor severo-extremo, fue del 10,1% globalmente, en hombres 5,8% y

en mujeres 13,6%. En cuanto a la evolución, en 2022 se aprecia un descenso respecto a 2019 a expensas de las mujeres.

Sensación de cansancio. El 37,2% refirió sentirse cansado/a en parte o poco tiempo y el 10,8% la mayor parte del tiempo o todo el tiempo; la sensación de cansancio aumenta con la edad y es mayor en las mujeres respecto de los hombres (55,9% vs 38,3%); para el nivel más bajo de ingresos, existe una diferencia que supera al nivel más alto de 16,0 puntos porcentuales, y por nivel educativo esta sensación disminuye con el aumento del nivel académico.

Salud Mental. Según el cuestionario PHQ-8, se obtuvo para sintomatología depresiva en una gradación desde moderada, moderadamente severa a severa de un 6,1%; en hombres un 2,3% y en mujeres un 9,4; los valores en las mujeres son considerablemente más altos que en los hombres para todas las variables socioeconómicas con gradiente de aumento al disminuir el nivel educativo y recursos económicos. Así destaca con la cifra más elevadas las mujeres en la categoría de menor nivel de ingresos mensuales, que alcanza el 13,2%, y la situación de viudedad, con el 11,8%.

Apoyo Social. El porcentaje de las personas que refieren contar con apoyo, de 3 a 5 personas o más cercanas, en caso de un problema personal grave, fue del 79,8%, igual en hombres y mujeres; el apoyo social de tan solo 1 o 2 personas llega al 19,3%. Según la escala OSSLO-3, el 5,9% refiere pobre apoyo social, valor similar en hombres y mujeres. La prevalencia en el caso de pobre apoyo social o sin apoyo, casi triplica la cifra en el nivel de ingresos más bajos, respecto al de mayor nivel. Según país de nacimiento el pobre apoyo social o su ausencia, es más de dos veces en nacidos fuera de España, 12,5%, frente a un 5,4% en autóctonos; este indicador presenta la cifra más alta en hombres en situación de soltería, con un 15,1%.

Personas mayores como cuidadoras. Entre las personas entrevistadas un 11,3% dijo ser cuidadora de persona mayor o persona con enfermedad crónica; de las personas que se declaran cuidadoras un 57,5% son mujeres y un 42,5% son hombres. El porcentaje desciende por edad. La cifra más alta se observa en mujeres en situación de soltería con un 16,1%. No se observan grandes diferencias para otras variables. Considerando la dedicación de 10 o más horas a la semana se aprecia predominio no significativo en mujeres y asciende con la edad.

Sentimiento de soledad. Con referencia al último año, el 78,6% dijo no tenerlo nunca o casi nunca, los hombres lo indican en un 85,1% y las mujeres en un 73,2%. En la categoría sentimiento de soledad siempre o casi siempre se sitúa el 6,7%, las mujeres superan en casi 5 puntos porcentuales la cifra en hombres (8,9% vs 4,3%), y el grupo de mayor edad lo refiere doblemente que el grupo de los menores. La mayor cifra por variables sociodemográficas se alcanza en situación de viudedad, un 31,1% en hombres y un 14,2% en mujeres.

Uso de nuevas tecnologías de información y comunicación. El 83,0% refiere disponer de teléfono móvil con acceso a internet sin diferencias por sexo, aunque sí por edad: los/las de 65-69 años son 90,8% y los/las de 75-79 años 67,6%; lo usan, además de para llamar y enviar mensajes por WhatsApp, para el acceso a Internet buscando información un 79,7% y, por edad este porcentaje disminuye ostensiblemente al aumentar ésta.

Participación comunitaria. Las actividades realizadas con frecuencia de una o más veces al mes fueron actividades “del entorno” relacionadas con la residencia o barrio, (tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc.,) que se refiere en el 79,5%; le sigue en frecuencia con un 45,5% las actividades sociales, que incluyen ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta etc. Las actividades con una frecuencia baja, menos de una vez al mes, fueron hacer turismo, excursiones, viajar,

indicado en el 45,8%. Los porcentajes más bajos de participación, con una frecuencia menor de una vez al año o no realizados en absoluto, se dan en las dos actividades que suponen una participación activa en la comunidad, no participación en asociaciones en el 91,7% y en el aprendizaje de nuevas disciplinas o realización de actividades formativas que alcanza el 83,7%. Por sexo, no se observan grandes diferencias; conforme aumenta la edad en prácticamente todos los ítems disminuye la realización de actividades. El grado de participación en la comunidad se incrementa gradualmente de modo significativo con el nivel de ingresos y con el nivel educativo. Este gradiente es a expensas de las mujeres: destacar que el porcentaje más bajo de no participación se aprecia en mujeres de nivel educativo alto (84,4%).

Fragilidad y prefragilidad. Un 54,0% está en situación de prefragilidad y el 14,0% en fragilidad, el 17,4% de las mujeres y el 10,0% de los hombres; la fragilidad aumenta significativamente con la edad y con la disminución de los recursos económicos con una diferencia entre el nivel más alto y el más bajo de casi 16 puntos porcentuales y de forma similar ocurre con el nivel educativo. Destaca con la cifra más alta las mujeres de 75 a 79 años con el 29,4%.

Evolución. Respecto a 2019 y 2020 en el 2022 se aprecia disminución de la percepción de fuerte apoyo social y se mantiene la proporción de personas que refieren sentimiento de soledad. Se mantiene la proporción de personas que refieren estar al cuidado de personas mayores o con dolencias crónicas en las mujeres y se eleva en los hombres. En cuanto a la utilización de nuevas tecnologías, se incrementa el uso de internet para buscar información, descienden las actividades de participación comunitaria respecto de 2019 y se elevan ligeramente respecto de 2021 y 2022.

Conclusiones. En torno a cuatro de cada diez personas perciben su salud como regular, mala o muy mala; los problemas crónicos de salud afectan a la mayoría de los entrevistados/as, las limitaciones para la actividad se hacen patentes en un cuarto de esta población; los riesgos de caídas y sus consecuencias son potencialmente más graves que en los más jóvenes y deben ser tenidos como prioridad; el dolor físico o la sensación de cansancio están muy presentes con predominio en mujeres. Por otro lado, el apoyo social y la soledad se deben considerar como factores de primer orden en este grupo de edad: aunque la mayoría perciben un buen apoyo social, casi cuatro de cada diez tienen un apoyo social medio o directamente pobre. El uso de nuevas tecnologías y la participación comunitaria que juegan un importante papel no solo recreativo, sino también de formación, estímulo intelectual y crecimiento personal, están muy extendidas, aunque predominantemente utilizados para comunicar con familiares o amigos. La salud mental es un aspecto prioritario a vigilar en este grupo de edad con gran diferencia en sintomatología depresiva según sexo. La gran mayoría de esta población muestra algún grado de pre o fragilidad franca, lo cual habla de un aumento de la probabilidad para alguna nueva discapacidad y una necesidad de intervención preventiva, como programas adaptados de ejercicio físico, revisión de medicación que favorezca caídas, valoración del domicilio y su adecuación. Por último, se constata la gran diferencia por sexo en cualquiera de estos aspectos, siendo las cifras de las mujeres considerablemente peores a las de los hombres; el agravamiento al aumentar la edad y finalmente, la progresión negativa de los apartados analizados al disminuir los ingresos económicos y el nivel educativo son otras de las características.

1. INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejeciendo rápidamente y, concretamente en Europa, se espera que en 2050 un 34% de las personas superen los 60 años¹. Según la OMS, la salud supone un factor determinante para vivir esta transición demográfica de forma que cada uno de nosotros como personas y la sociedad en su conjunto pueda obtener el mayor beneficio¹.

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos que se pueden prevenir o retrasar mediante adopción de hábitos de vida saludables¹.

En este período de la vida, las capacidades físicas y cognitivas experimentan cambios desde un estado de pre-fragilidad a fragilidad o incluso discapacidad.

La fragilidad, se define como un estado dinámico que afecta a una persona que experimenta pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano, físico, psicológico o social, que son causadas por la influencia de una gama de variables, y que aumenta el riesgo de resultados adversos¹. La fragilidad, en lo físico, incluye sensación de cansancio, dificultad para caminar, peor salud autopercebida; alteraciones en la visión, audición, equilibrio, pérdida de peso no querida, fuerza en las manos; en lo psicológico, la falta de ánimo y sentirse nervioso/ansioso, la dificultad para recordar; en lo social, la falta de apoyo y soledad. La identificación temprana de esta situación permite evitar caídas, prevenir los estados de discapacidad y mejorar la calidad de vida en las personas mayores. En este sentido, son numerosos los predictores de fragilidad a valorar en mayores como la autonomía para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), sentimiento de soledad y apoyo social, además de edad avanzada, hospitalización, caídas, limitación de la movilidad, debilidad muscular y falta de ejercicio, comorbilidad, así como valoración de condicionantes sociales adversos como falta de recursos económicos.

Desde el año 2019 se realiza anualmente una encuesta dirigida a población entre 65 a 79 años de la Comunidad de Madrid, dentro del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles(SIVFRENT-M). En este informe se presentan los resultados correspondientes a los años 2021 y 2022 del segundo bloque sobre aspectos específicos de esta población desde el punto de vista del envejecimiento saludable.

2. METODOLOGÍA

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de aproximadamente 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana.

En un primer informe sobre hábitos de salud y prácticas preventivas se analizó la información de factores de riesgo ligados al comportamiento: actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recogen la realización de prácticas preventivas.

Este segundo informe analiza los resultados que se agrupan como “situación de salud y discapacidad”, de especial interés en este grupo etario, que describen: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de

cansancio, salud mental, apoyo social, personas mayores como cuidadoras, soledad, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y prefragilidad.

Tanto en el primer informe, publicado en este número Boletín Epidemiológico y donde figura más detalle de las características de la muestra, como en este segundo, se analiza de forma agregada la información recogida en 2021 y 2022, con la participación de 1008 y 1006 personas respectivamente (N= 2014). Las variables que se estudian y su definición, agrupadas en áreas específicas para el grupo de mayores, se reflejan a continuación.

Definición de indicadores, estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. En la tabla 0 se recogen las variables analizadas, si bien otros aspectos metodológicos de la definición de indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados mediante STATA 16.1 y módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 22 y 26³.

En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

Tabla 0. Relación de variables de situación de salud y discapacidad, SIVFRENT-M, 2021 y 2022.

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Percepción de salud	Buena, Muy buena, Regular, Mala, Muy mala	Percepción de la propia salud como indicador de salud general
Problemas crónicos de salud	Si, No	Tener problemas crónicos de salud
	Si, No	Padecer enfermedades crónicas por grupo
Limitación de la actividad (GALI)2		“Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?: Gravemente limitado/a; Limitado/a pero no gravemente; Nada limitado/a”
	Limitación grave, No grave, Sin limitación	Grado de limitación de la actividad
	Si, No	Limitación de la actividad en los últimos 6 meses
Limitación física y cognitiva: discapacidad funcional	Ninguna dificultad, alguna dificultad, mucha/total dificultad	Dificultad para andar 500 metros
		Dificultad para subir o bajar 12 escalones
		Dificultad para recordar o concentrarse
Dificultad para realizar actividades	Causa física, mental, ambas	Limitación mencionada para actividades de la vida diaria por causa
A) Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Dependencia escasa, moderada, grave, total, independencia	<p>Dependencia/independencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) autocuidado y vida doméstica</p> <p>Ítems: 1 Alimentarse, 2 Sentarse, levantarse de silla o cama, acostarse, 3 Vestirse y desvestirse, 4 Micción, deposición, lavarse y arreglarse, 5 Ducharse o bañarse.</p> <p>Valoración según dificultad: 10 puntos "ninguna dificultad", 5 puntos "alguna dificultad", 0 puntos "muchísima dificultad/no puedo hacerlo";</p> <p>Definición: dependencia escasa: 40-45 puntos, dependencia moderada: 30-35 puntos, dependencia grave: 20-25 puntos, dependencia total: 5-15 puntos, independencia: 50 puntos</p>
B) Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Dependencia ligera, moderada, grave, total, autonomía	<p>Dependencia/autonomía para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)</p> <p>Ítems 1 Preparar comidas, 2 Uso teléfono, 3 Hacer compras, 4 Tomar medicamentos 5 Tareas domésticas ligeras 6 Tareas domésticas de esfuerzo, 7 Administrar dinero</p>

		<p>Valoración según dificultad: Ninguna dificultad 10 puntos, alguna dificultad 5 puntos, mucha dificultad/no puedo 0 puntos.</p> <p>Definición: dependencia ligera: 65 puntos, moderada: 40 puntos, grave: 20-30 puntos, dependencia total: 0 a 10 puntos, autonomía: 70 puntos.</p>
Caídas	Una caída, dos o más caídas	Nº de caídas en el último año que requirieron atención sanitaria
	Siempre/frecuentemente, algunas veces/raramente	Problemas para andar o trasladarse de un sitio a otro
	Siempre/frecuentemente, algunas veces/raramente	Tener miedo a caerse
	Siempre/frecuentemente, algunas veces/raramente	Limitación global de la actividad por miedo a caerse
	Riesgo de caídas: Sin riesgo (- a las 3 preguntas), bajo riesgo (+ a 1 o 2 preguntas), alto riesgo (+ a las 3 preguntas)	¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria? ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año? ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro?
Dolor Físico persistente	Si, No	Dolor físico de cualquier intensidad en las últimas 4 semanas
	Severo, moderado, muy leve a leve, ningún dolor.	Dolor físico según intensidad
	Si, No	Limitación de actividades por el dolor en las últimas 4 semanas
	Nada, un poco/moderadamente/bastante/mucho	Limitación de actividades por dolor en las últimas 4 semanas en grados
Sensación de cansancio	Sí, No	Sensación de cansancio, cualquier frecuencia durante las últimas 4 semanas
	La mayor parte del tiempo, parte o un poco de tiempo.	Sensación de cansancio por frecuencia
Salud Mental (cuestionario PHQ-8)¹²		Sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas
	No síntomas, Síntomas leves, Sintomatología moderada, Moderadamente severa, Severa	<p>Ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poco interés o alegría por hacer cosas 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía 5. Poco apetito o comer demasiado

		<p>6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a</p> <p>7. Problemas para concentración en algo, como leer el periódico o ver la televisión</p> <p>8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario estar tan inquietas/o agitada/o que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.</p> <p>La respuesta afirmativa en cada ítem: 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos.</p> <p>La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos y de 0 a 4 puntos representa no sintomatología significativa, entre 5 a 9 puntos es sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente severa y 20 a 24 severa.</p>
Apoyo Social (OSSLO)¹³	<p>Ninguna, 1 o 2 personas, 3 a 5 personas o más</p> <p>Poco o nada, algo/ni mucho ni poco, mucho</p> <p>Muy difícil/difícil, es posible, muy fácil/fácil</p> <p>Fuerte apoyo social</p>	<p>Puntuación por las 3 dimensiones de escala OSSLO:</p> <p>1. Personas cercanas en caso de problema grave: 1 punto "Ninguna", 2 puntos "1 o 2 personas", 3 puntos "3 a 5 personas", 4 puntos "más de 5 personas"</p> <p>2. Interés por lo que les pasa: 1 punto "nada", 2 puntos "poco" 3 puntos "ni mucho ni poco", 4 puntos "algo", 5 "mucho"</p> <p>3. Poder obtener ayuda de vecinos en necesidad: 1 punto "muy difícil", 2 puntos "difícil" 3 puntos "es posible", 4 puntos "fácil", 5 puntos "muy fácil"</p> <p>Puntuación escala OSSLO: "pobre soporte social" está entre 3 y 8 puntos, "Intermedio apoyo" de 9 a 11 puntos y "fuerte apoyo social" 12 a 14 puntos.</p>
Sentimiento de Soledad	Nunca/casi nunca, Pocas veces, Siempre/Bastante	Prevalencia global de sentimiento de soledad
Personas mayores como cuidadoras	Si, No	Cuidadoras/es de otras personas mayores o con dolencias crónicas
	Si, No	Cuidados de 10 horas a más de 20 a la semana
	Si, No	Cuidado de un familiar

	Hombres , Mujeres	Porcentaje de hombres y mujeres que son cuidadoras
Uso de nuevas tecnologías de Información y Comunicación	Si, No	Personas con teléfono móvil con conexión a Internet
	Si, No	Personas que usan el móvil para conectarse a internet
Participación comunitaria	Menos de 1 vez/año/nunca, menos de 1 vez /mes, una o más veces /mes.	Participación comunitaria por ítems: asociaciones, aficiones del entorno, aficiones domésticas, turismo, excursiones, actividades sociales, actividades formativas, actividades culturales.
	Una vez al año o nunca	No participación en actividades comunitarias por ítems
Fragilidad /Prefragilidad (escala FRAIL adaptada)¹⁰	Fragilidad por ítem, fragilidad global y prefragilidad	Se compone de 5 preguntas relativas cada una a un dominio: 1.Fatigabilidad: “¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado/a? “1= Todo el tiempo, 2 = La mayoría de las veces, 3 = Parte del tiempo, 4 = Un poco del tiempo, 5 = En ningún momento. Las respuestas de “1 “o “2 “se califican como 1 y todos los demás son 0. 2.Resistencia: “¿Tiene alguna dificultad para caminar 12 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda? “1 = Sí, 0 = No. 3.Deambulación: Por ti mismo/a y no el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar 500 metros en terreno llano? “1 = Sí, 0 = No. 4.Cronicidad: “¿Padece alguna enfermedad crónica o de larga duración? 1=Si, 0=No.
		5.Pérdida de peso: “¿Cuánto pesa sin ropa puesta y sin zapatos? [peso actual] “y “Hace un año en, ¿cuánto pesaba? [peso hace 1 año] “. El cambio de peso porcentual se calcula como: [[peso Hace 1 año - Peso actual] / peso hace 1 año]] * 100. Porcentaje de cambio > 5 (lo que representa un 5% de pérdida de peso) se puntúa como 1 y < 5% como 0. Puntuación fragilidad global si >=3 puntos Prefragilidad: los mismos ítems con puntuación de 1 a 2.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3. RESULTADOS

3.1. INDICADORES DE SALUD Y DISCAPACIDAD

3.1.1. PERCEPCIÓN DE SALUD

El concepto de salud tiene un componente objetivo de buen funcionamiento orgánico junto con la capacidad de integración bio-psicosocial, pero además tiene un componente subjetivo, la percepción de la propia salud, el cual es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población, y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo. La percepción de la salud goza de un extraordinario prestigio como medida de salud general de la población, fundamentado en las altas correlaciones encontradas entre esta medida y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte carácter predictivo que tiene sobre el uso de servicios o la mortalidad⁵. Conocer qué piensan las personas mayores sobre su salud es de gran importancia porque nos proporciona una evaluación de su estado general de salud.

La percepción de salud global “buena o muy buena” se refiere en el 60,8% de la población; disminuye con la edad pasando de un 64,7% en el grupo de 65-69 años a un 54,2% en los de 75-79 años de edad y, por sexo, el valor alcanzado por los hombres supera en más de 11 puntos porcentuales al de las mujeres (67,3% frente a 55,5%). El aumento progresivo al aumentar la edad en la categoría “mala o muy mala salud” se muestra en la tabla 1; en esta misma categoría el porcentaje de mujeres es mayor del alcanzado por los hombres (10,1% vs 7,7%) (Tabla 1).

Tabla 1. Salud autopercebida según categoría, por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

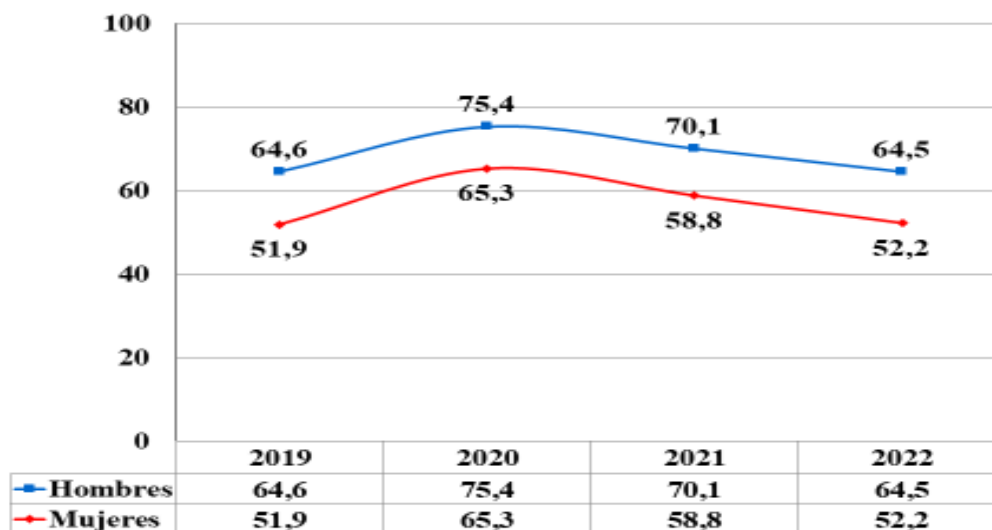
	Total		Hombres		Mujeres)		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Buena a Muy buena	1224	60,8(58,7-63,0)	612	67,3(64,2-70,3)	612	55,5(52,6-58,4)	512	64,7(61,3-67,9)	440	61,3(57,7-64,7)	272	54,2(49,9-58,4)
Regular	607	30,2(28,2-32,2)	227	25,0(22,3-27,9)	380	34,5(31,7-37,3)	223	28,2(25,1-31,4)	218	30,4(27,1-33,8)	166	33,1(29,1-37,3)
Mala a Muy mala	181	9,0(7,8-10,3)	70	7,7(6,1-9,6)	111	10,1(8,4-12,0)	57	7,2(5,6-9,2)	60	8,4(6,5-10,6)	64	12,8(10,1-16,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Según variables sociodemográficas, en general la prevalencia de percepción de salud como “buena o muy buena” es menor para las mujeres respecto de los hombres prácticamente en todas las variables, excepto en la categoría “viudedad” que obtiene resultados similares; existe un gradiente por nivel de ingresos del hogar disminuyendo el porcentaje de “buena o muy buena salud” al disminuir los ingresos y supone una diferencia de más de 29 puntos porcentuales entre el nivel más bajo, de <1.050 euros netos por hogar al mes y la categoría de 2.200 a >2.700 euros netos/mes. El gradiente también se observa y en el mismo sentido por nivel educativo, destacando los hombres de más alto nivel educativo con el mayor porcentaje de salud autopercebida como “buena o muy buena” (75,5%) (Anexo Tabla 1).

Desde 2019, la percepción de la propia salud como buena o muy buena presenta un valor máximo en 2020 y vuelve a valores iniciales en el final de la serie, siendo mayor en los hombres que en las mujeres en todos los años en más de 10 puntos porcentuales, quizá debido a una mayor implicación de la población en la encuesta en 2020 y 2021, pues se alcanza la mayor tasa de respuesta, superando el 70% (Figura 1).

Figura 1. Salud autopercibida como buena o muy buena por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.

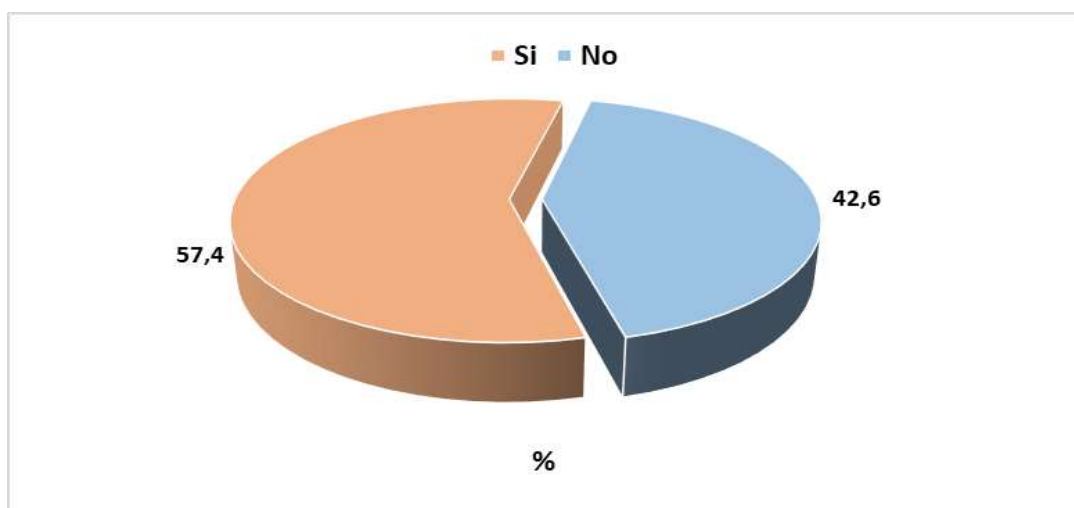


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.1.2. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

Durante el período 2021 y 2022, el 57,4% refiere sufrir alguna enfermedad crónica; por sexo, en los hombres el 56,6% y el 58,0% en las mujeres; por edad, hay un aumento al aumentar ésta con una diferencia de casi 9 puntos entre el primer y último grupo (Figuras 2 y 3).

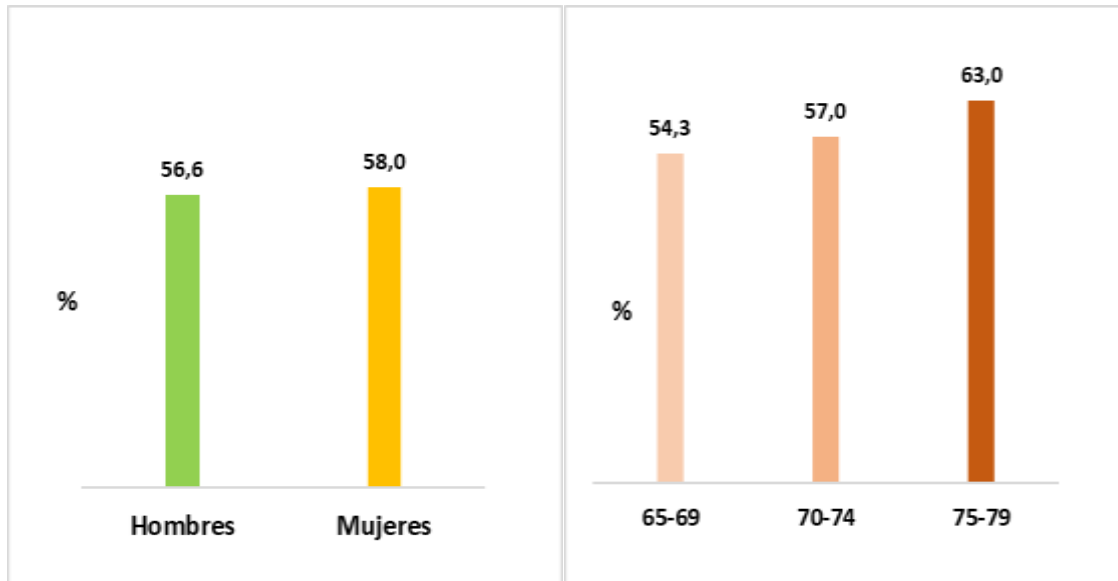
Figura 2. Presencia o no de alguna enfermedad crónica (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Según características sociodemográficas, la prevalencia de enfermedades crónicas entre los 65 a 79 años es superior al 50% en prácticamente todas las variables estudiadas, salvo en hombres solteros (43,2%) y mujeres separadas/divorciadas en las que no supera el mencionado valor situándose en un 50,0% (Anexo Tabla 2).

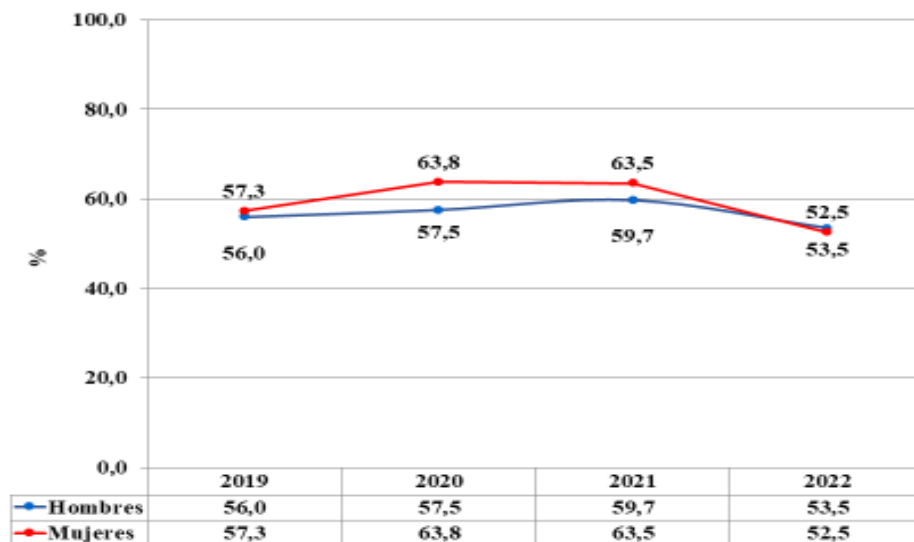
Figura 3. Alguna enfermedad crónica referida por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En el último año de la serie se observan los resultados más bajos de prevalencia de enfermedad crónica en ambos sexos; el descenso en 2022, respecto de años previos, es mayor en las mujeres lo que lleva a una cifra semejante a la de los hombres (Figura 4).

Figura 4. Alguna enfermedad crónica referida por sexo y año (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

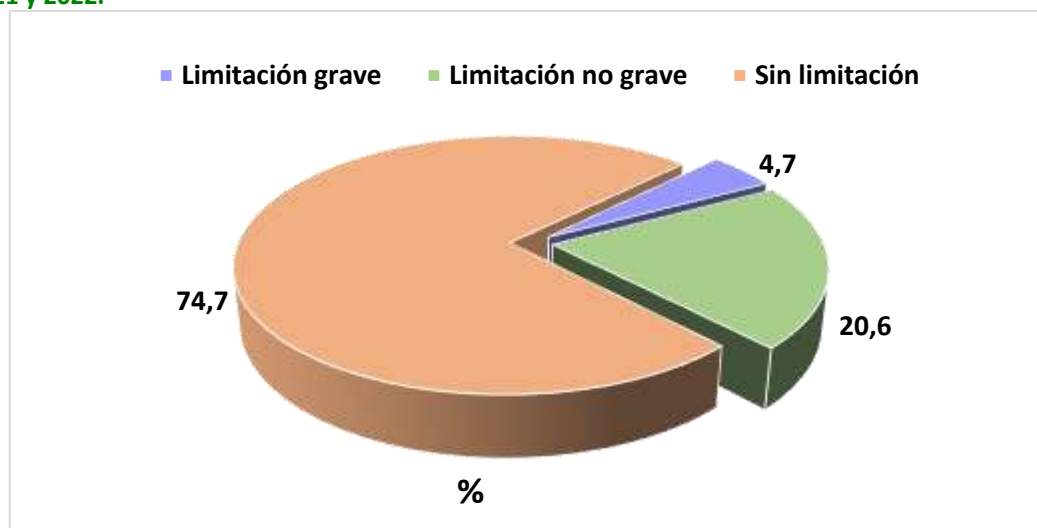
3.1.3. LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el Indicador General de Limitación de Actividad (GALI). Es un índice simple de incapacidad subjetiva o percibida que trata de capturar cuatro dimensiones en una única pregunta: 1) la presencia de limitación de actividad, 2) si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza, 3) si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud y 4) si su duración es de al menos 6 meses². La pregunta es: "Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?: Gravemente limitado/a; Limitado/a pero no gravemente; Nada limitado/a". Se analizan dos componentes: el grado de limitación en grave y no grave y la limitación en los últimos 6 meses para actividades que la gente realiza normalmente.

Limitación grave/no grave

La limitación de la actividad grave alcanza un 4,7% y no grave alcanzó un 20,6% (Figura 5).

Figura 5. Limitación de actividad según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La prevalencia por sexo de limitación grave para actividades que realiza la gente habitualmente (GALI) es más elevada en las mujeres (5,6%) que en los hombres (3,6%) y para limitación no grave el valor es similar. Al aumentar la edad tanto para limitación grave como para no grave, se observa un aumento de las prevalencias (Tabla 2).

Tabla 2. Limitación de actividad según grados por sexo y edad (%). Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Limitación grave	95	4,7(3,9-5,7)	33	3,6(2,6-5,1)	62	5,6(4,4-7,1)	30	3,8(2,7-5,3)	31	4,3(3,1-6,1)	34	6,8(4,9-9,3)
Limitación no grave	415	20,6(18,9-22,4)	176	19,3(16,9-22,0)	239	21,7(19,3-24,2)	149	19,0(16,2-21,7)	145	20,2(17,4-23,3)	121	24,1(20,5-28,0)
Sin Limitación	1504	74,7(72,7-76,5)	702	77,1(74,2-79,7)	802	72,7(70,0-75,2)	613	77,4(74,4(80,2)	543	75,5(72,2-78,5)	348	69,2(65,0-73,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Limitación de la actividad en los últimos 6 meses

En el aspecto de limitación de la actividad en el período comprendido en los últimos 6 meses, entre los que refieren limitación, las respuestas afirmativas superaron el 70%, en ambos sexos y en todos los grupos de edad (Tabla 3).

Tabla 3. Limitación de la actividad grave o no grave en los últimos 6 meses (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Si	384	75,3(71,3-79,0)	151	72,3(65,6-78,2)	233	77,4(72,3-82,0)	128	71,5(64,3-78,0)	136	77,3(70,4-83,2)	120	77,4(70,0-83,7)
No	126	24,7(21,0-28,7)	58	27,7(21,8-34,3)	68	22,6(18,0-27,7)	51	28,5(22,0-35,7)	40	22,7(16,8-29,6)	35	22,6(16,3-30,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Causas de limitación de la actividad

El mejor indicador de salud global en la persona mayor es el estado funcional; la existencia de alteraciones en cualquier área (física, mental o social) puede ser la causa de variaciones en la funcionalidad de la persona mayor. La funcionalidad está definida como capacidad para realizar actividades que nos permiten vivir de forma independiente en nuestro domicilio y en la comunidad, asociadas generalmente con habilidades motoras⁴.

En la tabla siguiente se exponen los porcentajes de limitación para actividades por su causa física, mental o ambas. La causa de dificultad para realizar actividades comunes fue predominantemente física, 90%; destaca en la categoría ambos (física y mental) la gran diferencia entre hombres y mujeres, 1,4% y 10,1% respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4. Limitación de la actividad según causa por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Físico	208	90(85,5-93,3)	69	94,5(86,2-97,9)	139	88(81,9-92,2)	70	86,4(77,1-92,3)	76	93,8(86,1-97,4)	62	89,9(80,1-95,1)
Mental	6	2,6(1,2-5,7)	3	4,1(1,3-12)	3	1,9(0,6-5,7)	2	2,5(0,6-9,4)	1	1,2(0,2-8,3)	3	4,3(1,4-12,7)
Ambos	17	7,4(4,6-11,5)	1	1,4(0,2-9,1)	16	10,1(6,3-15,9)	9	11,1(5,9-20)	4	4,9(1,9-12,4)	4	5,8(2,2-14,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

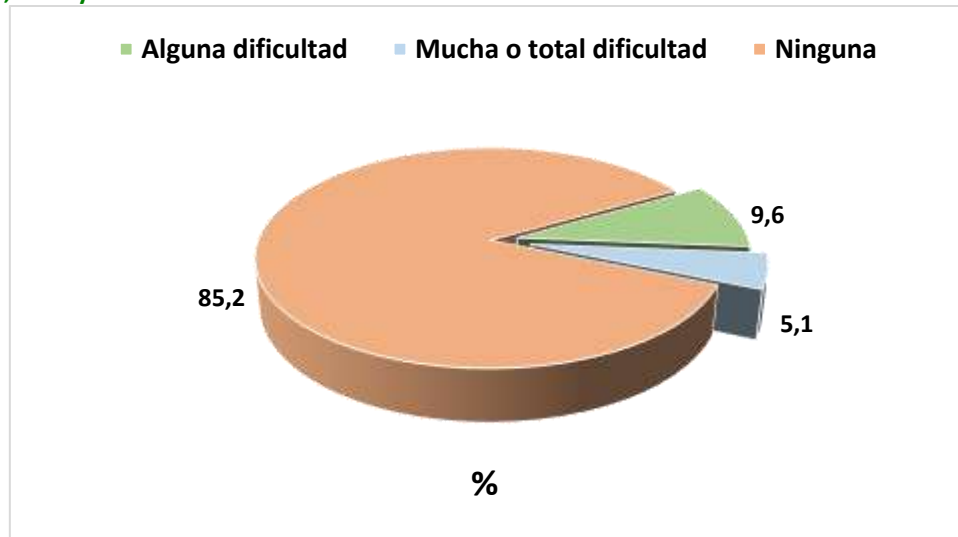
3.1.4. LIMITACION FÍSICA Y COGNITIVA

Uno de los aspectos de la discapacidad en personas mayores es la dificultad en la movilidad para caminar, subir escaleras o recordar y concentrarse⁵.

Dificultad para caminar

La dificultad que estas personas tienen para poder andar 500 metros sin ningún tipo de ayuda se refiere en el 9,6% con “alguna dificultad” y un 5,1% con “mucho o total incapacidad”. Por sexo, las mujeres obtienen valores más elevados que los hombres en las dos categorías “alguna dificultad” (11,2% vs 7,7%) y “mucho/total dificultad” (6,1% vs 4,0%). Se observa un claro aumento progresivo con la edad en ambas categorías (Figura 6 y Tabla 5).

Figura 6. Dificultad para andar 500 metros según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

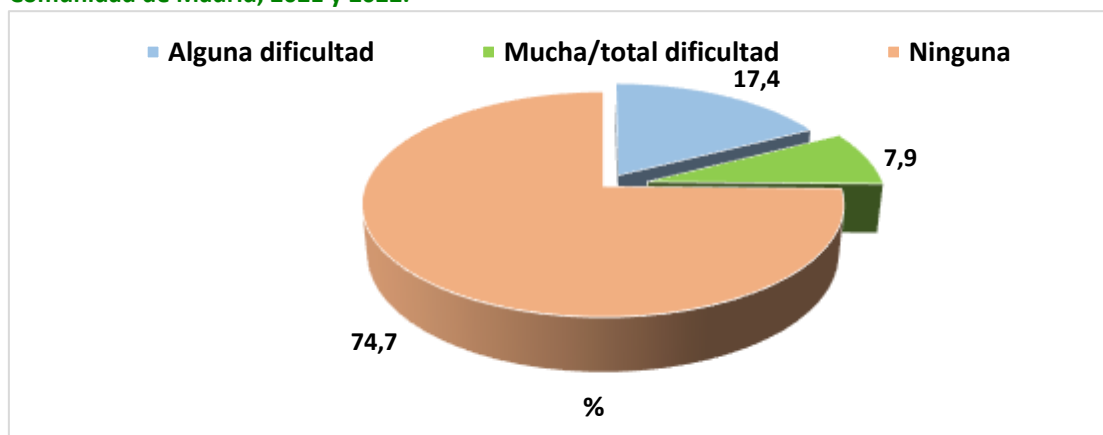


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Subir o bajar 12 escalones

Para subir o bajar 12 escalones sin ayuda un 17,4% tuvo alguna dificultad y un 7,9% mucha o imposibilidad total de hacerlo; por sexo, predomina en las mujeres y se incrementa de forma progresiva según la edad tanto en “alguna dificultad” como en “mucho o total dificultad” (Figura 7 y Tabla 5).

Figura 7. Dificultad para subir o bajar 12 escalones según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

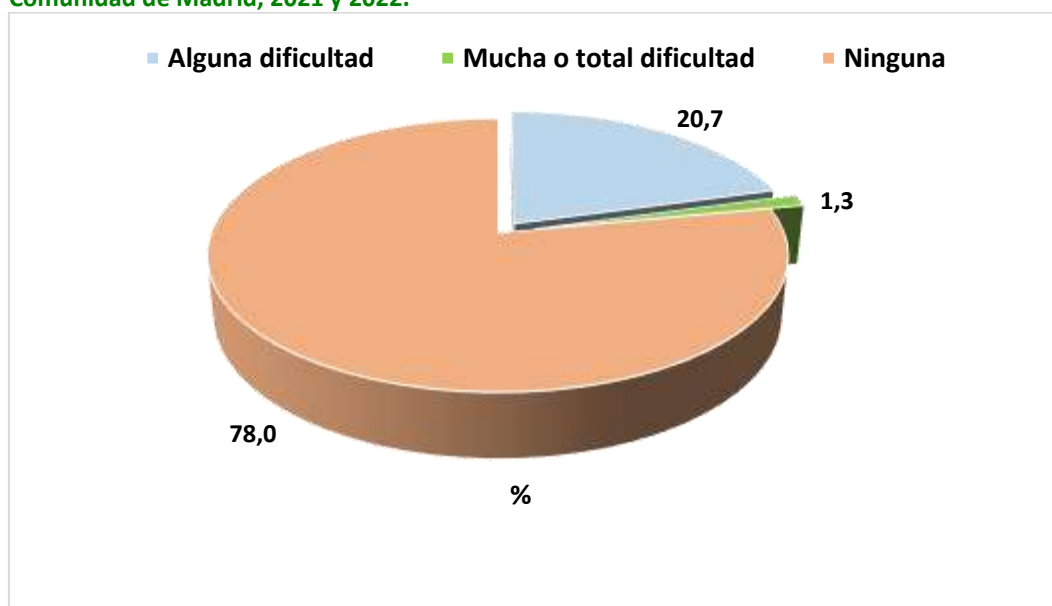


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Dificultad para recordar o concentrarse

A la pregunta sobre la dificultad para recordar o concentrarse, un 20,7% respondió tener alguna dificultad, el 78,0% ninguna dificultad y un 1,3% mucha o total dificultad. Por sexo, las mujeres tenían más de 9 puntos porcentuales que los hombres en la categoría “alguna dificultad” y cinco veces más en “mucha o total dificultad”; por edad, en ambas categorías se observa un aumento progresivo (Figura 8 y Tabla 5).

Figura 8. Dificultad para recordar o concentrarse según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

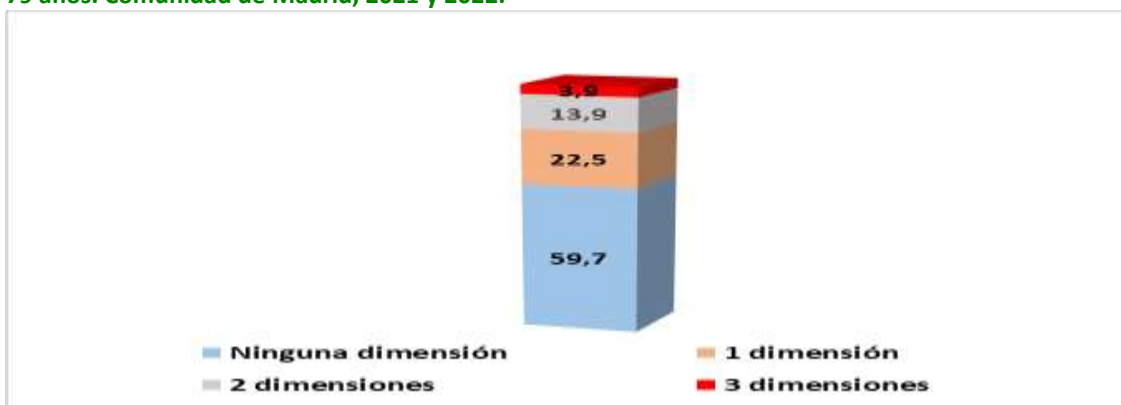
Tabla 5. Discapacidad según tipo: dificultad para caminar 500 metros, para subir o bajar escalones y para recordar o concentrarse, por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Grado de dificultad	SEXO						EDAD					
		Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
		n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caminar 500 metros*	Alguna	194	9,6(8,4-11,0)	70	7,7(6,1-9,6)	124	11,2(9,5-13,2)	45	5,7(4,3-7,5)	66	9,2(7,3-11,5)	83	16,5(13,6-20,0)
	Mucha/Total	103	5,1(4,2-6,2)	36	4,0(2,9-5,4)	67	6,1(4,8-7,6)	25	3,2(2,1-4,6)	33	4,6(3,3-6,4)	45	9,0(6,8-11,8)
Subir o bajar 12 escalones**	Alguna	351	17,4(15,9-19,1)	115	12,6(10,6-15,0)	236	21,4(19,1-23,9)	103	13,0(11,0-15,5)	128	17,8(15,2-21,0)	120	23,4(20,4-27,7)
	Mucha/Total	159	7,9(6,8-9,1)	48	5,3(4,0-6,9)	111	10,1(8,4-12,0)	39	4,9(3,6-6,7)	54	7,5(5,8-9,7)	66	13,1(10,5-16,3)
Recordar/Concentrarse***	Alguna	417	20,7(19,0-22,5)	142	15,6(13,4-18,1)	275	24,9(22,5-27,6)	132	16,7(14,2-19,4)	134	18,6(16,0-21,6)	151	30,0(26,2-34,1)
	Mucha/Total	26	1,3(0,9-1,9)	4	0,4(0,2-1,2)	22	2,0(1,3-3,0)	4	0,5(0,2-1,3)	9	1,3(0,7-2,4)	13	2,6(1,5-4,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 59,7% no tiene afectada ninguna de las tres dimensiones de discapacidad (recorrer 500 metros, subir 12 escalones, dificultad para recordar o concentrarse); el 40,3% tiene afectada una, dos o tres dimensiones de discapacidad (22,5% una dimensión, 13,9% dos y 3,9% las tres) (Figura 9).

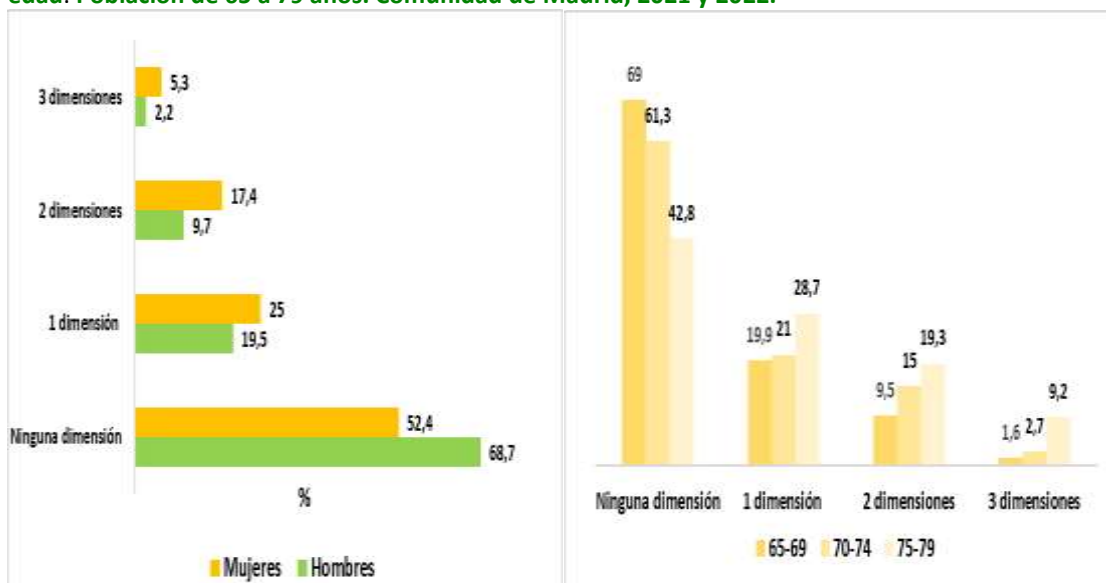
Figura 9. Discapacidad según afectación de una, dos, tres o ninguna dimensión (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La afectación de las dimensiones de discapacidad es mayor en todos los niveles en mujeres que en hombres y por grupos de edad con el aumento de la edad hay un aumento progresivo en cada nivel al aumentar ésta (Figura 10).

Figura 10. Discapacidad según afectación de una, dos, tres o ninguna dimensión por sexo y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

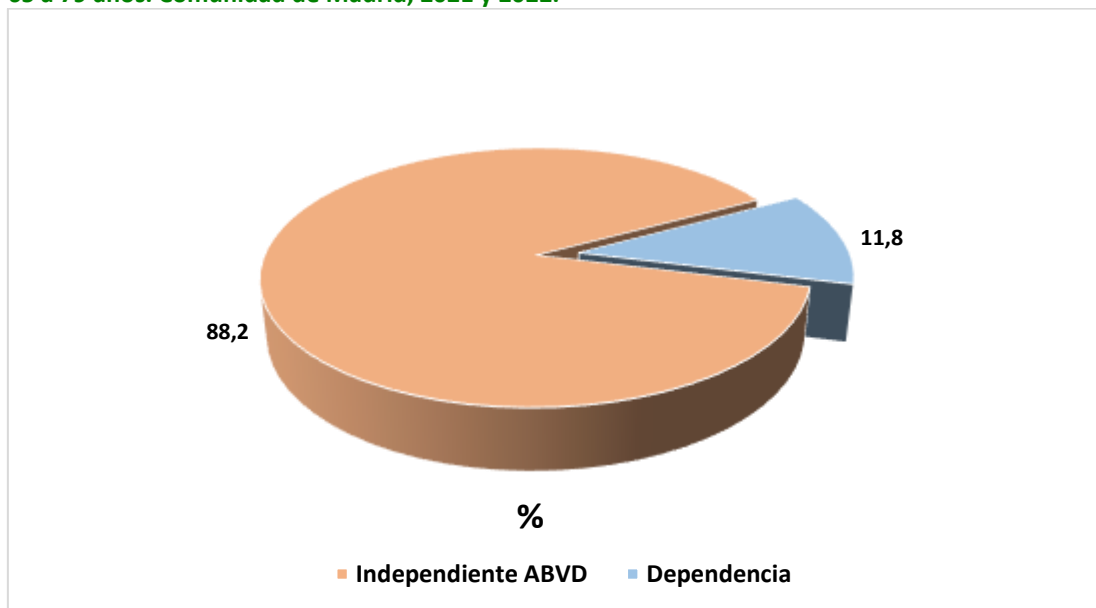
3.1.5. DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD)

Las ABVD valoran el autocuidado y las necesidades básicas para que el paciente pueda mantenerse autónomo en su medio inmediato, es decir, su domicilio (comer, desplazarse, asearse, vestirse, contener esfínteres). Según la puntuación obtenida se sitúa a las personas encuestadas en dependencia escasa, moderada, grave y total o independencia. El 11,8%

presentaba algún tipo de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (Figura 11).

Figura 11. Dependencia* de cualquier grado para actividades básicas de la vida diaria (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

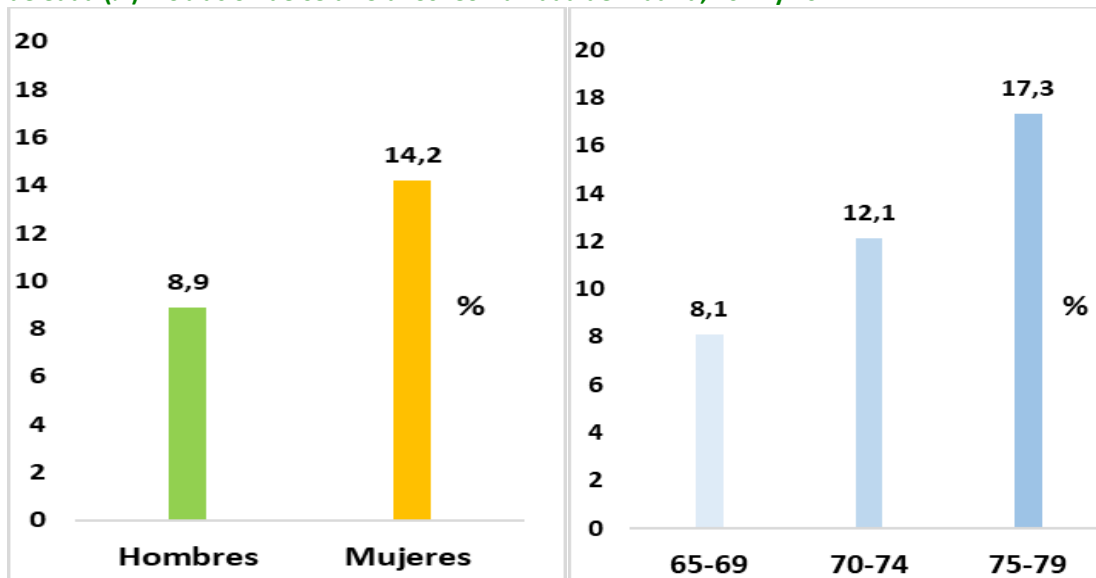


*Dependencia de cualquier grado escasa, moderada, grave y total.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 14,2% de las mujeres y el 8,9% de los hombres tienen algún grado de dependencia para ABVD (Figura 12). Por edad hay un aumento con esta de 8,1% a 17,3%.

Figura 12. Dependencia de cualquier grado para actividades básicas de la vida diaria por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

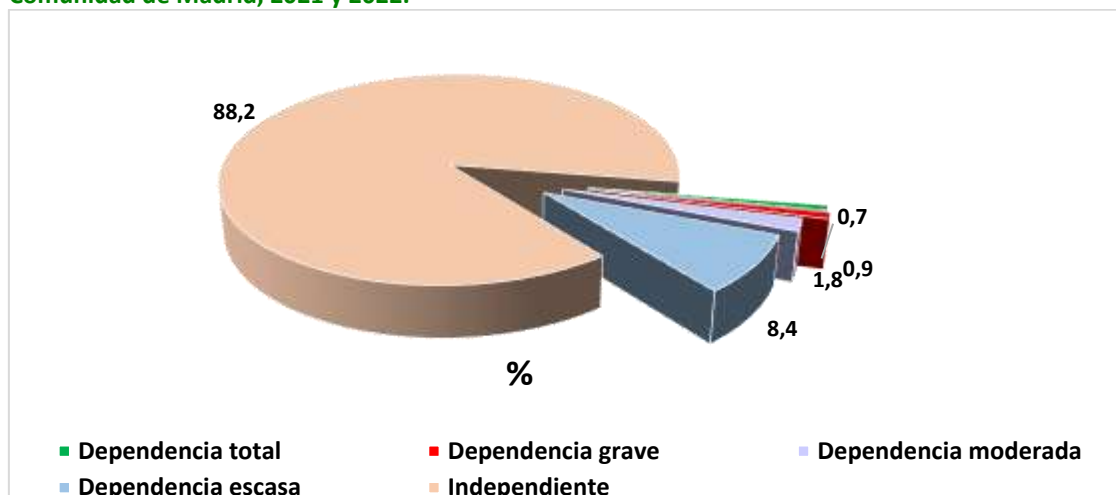
Grado de dependencia según ABVD

Para los ítems valorados la puntuación según el grado de dificultad es de 10 puntos para “ninguna dificultad”, 5 puntos “alguna dificultad”, 0 puntos “Mucha dificultad /no puede hacerlo”. Se define Independencia como la obtención de 50 puntos, es decir ninguna dificultad

en la realización de la tarea, dependencia escasa, 40-45 puntos; dependencia moderada, 30-35 puntos; dependencia grave, 20-25 y dependencia total, 0-15 puntos.

El 88,2% es independiente para todas las actividades de la vida diaria y el resto muestra algún grado de dependencia siendo escasa en el 8,4%, moderada en el 1,8%, grave en el 0,9%, y dependencia total, del en un 0,7%. El porcentaje de dependencia en sus diferentes grados se muestra en la Figura 13.

Figura 13. Dependencia para actividades de la vida diaria según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La prevalencia de dependencia en ABVD en sus diferentes grados es mayor en las mujeres que en los hombres; y el aumento de la dependencia por edad casi se triplica (Tabla 6).

Tabla 6. Dependencia para las actividades de la vida diaria de escasa a total por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Dependencia*	238	11,8(10,5-13,3)	81	8,9(7,2-10,9)	157	14,2(12,3-16,4)	64	8,1(6,4-10,2)	87	12,1(9,9-14,7)	87	17,3(14,3-20,8)
Independencia	1776	88,2(86,7-89,5)	830	91,1(89,1-92,8)	946	85,8(83,6-87,7)	728	91,9(89,8-93,6)	632	87,9(85,3-90,1)	416	82,7(79,2-85,7)

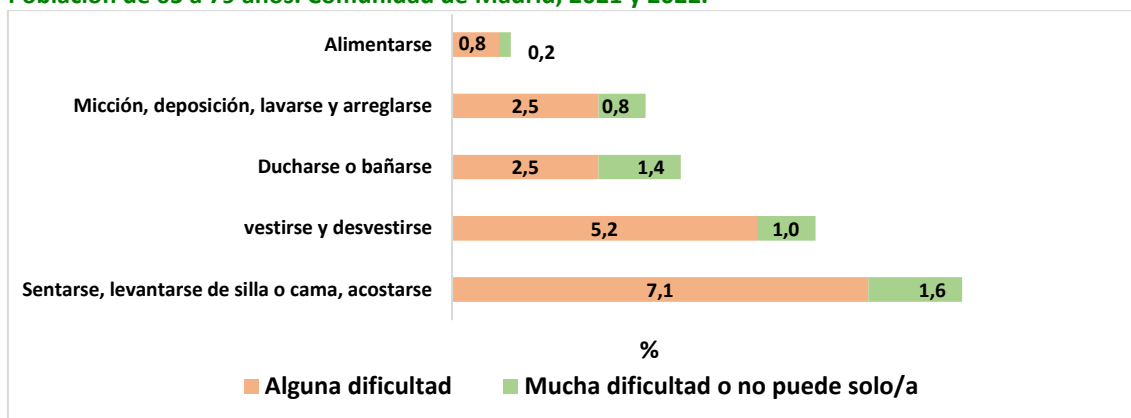
*Dependencia: de "alguna a mucha dificultad" en ABVD: alimentarse, vestirse y desvestirse, micción y deposición, lavarse y arreglarse, ducharse o bañarse.: <= 45 puntos. Independencia=50 puntos

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) por tipo de actividad

Los porcentajes globales obtenidos sitúan alrededor del 95% la autonomía (no tener ninguna dificultad), para cada ítem de los incluidos en este estudio para realizar actividades de la vida diaria tales como alimentarse, vestirse y desvestirse, micción y deposición, lavarse y arreglarse, ducharse o bañarse. La actividad más frecuente para "alguna dificultad" fue levantarse o sentarse en una silla o cama o acostarse (7,1%), seguido de vestirse y desvestirse (5,2%); en la categoría "muchísima dificultad o imposibilidad de hacerlo solo/a" el sentarse o levantarse de una silla o cama fue el de mayor porcentaje (1,6 %). La dificultad para alimentarse fue el ítem con la puntuación más baja (Figura 14).

Figura 14. Realización de actividades de la vida diaria solo/a según tipo y grado de dificultad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

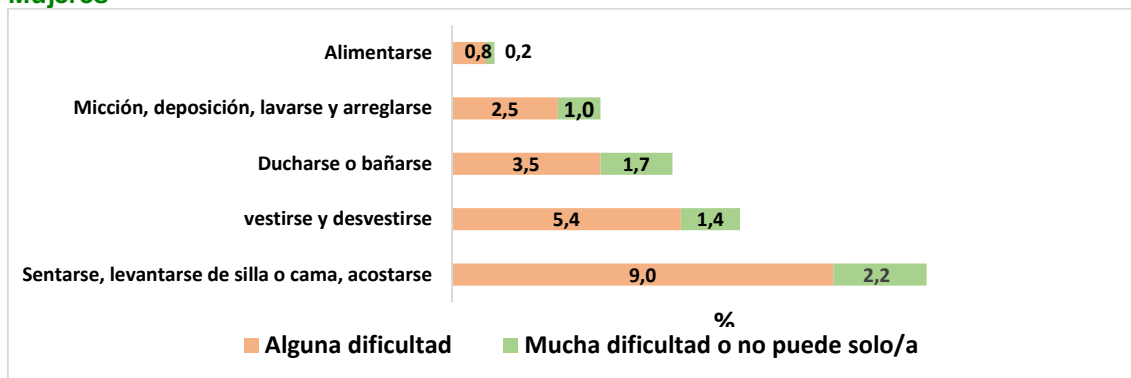


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

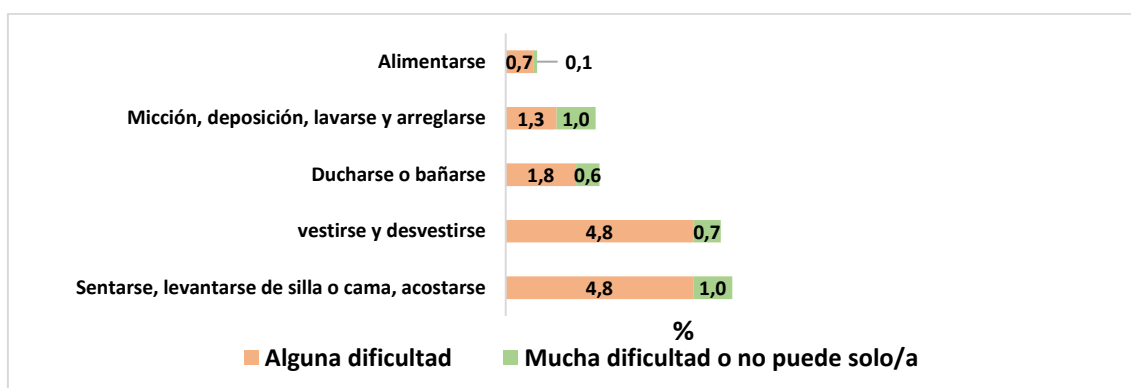
En la categoría “alguna dificultad”, los porcentajes obtenidos son más elevados en mujeres; el ítem en total “sentarse, levantarse de silla o cama o acostarse” es casi el doble en mujeres (11,2%) que en hombres (5,8%). Dentro de tener “muchísima dificultad o no poderlo hacer por sí misma/o” las cifras en las mujeres vuelven a ser más elevadas que las de los hombres (Figura 15).

Figura 15. Realización de actividades de la vida diaria solo/a según tipo, grado de dificultad y sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Mujeres



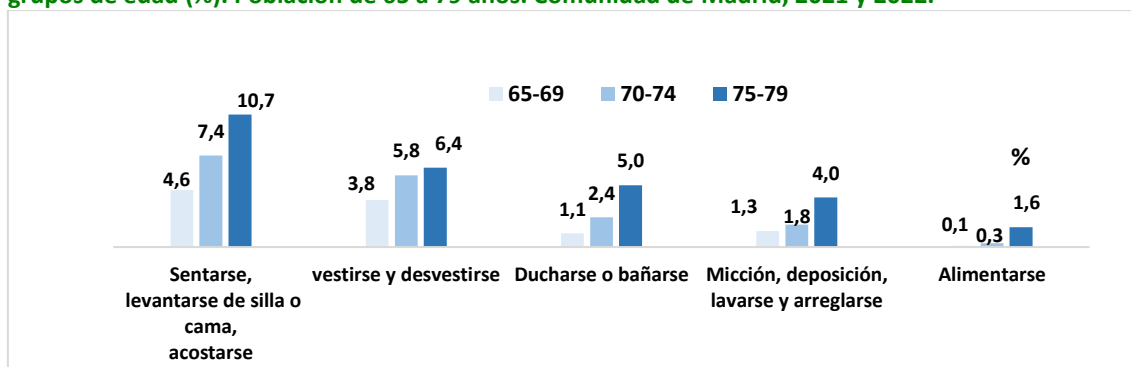
Hombres



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En general en la categoría “alguna dificultad” para todos los ítems se observa un aumento en progresión con la edad; el menor porcentaje se da en “alimentarse” y el mayor en “sentarse, levantarse de una silla o cama o acostarse” y “ ducharse o bañarse” (Figura 16).

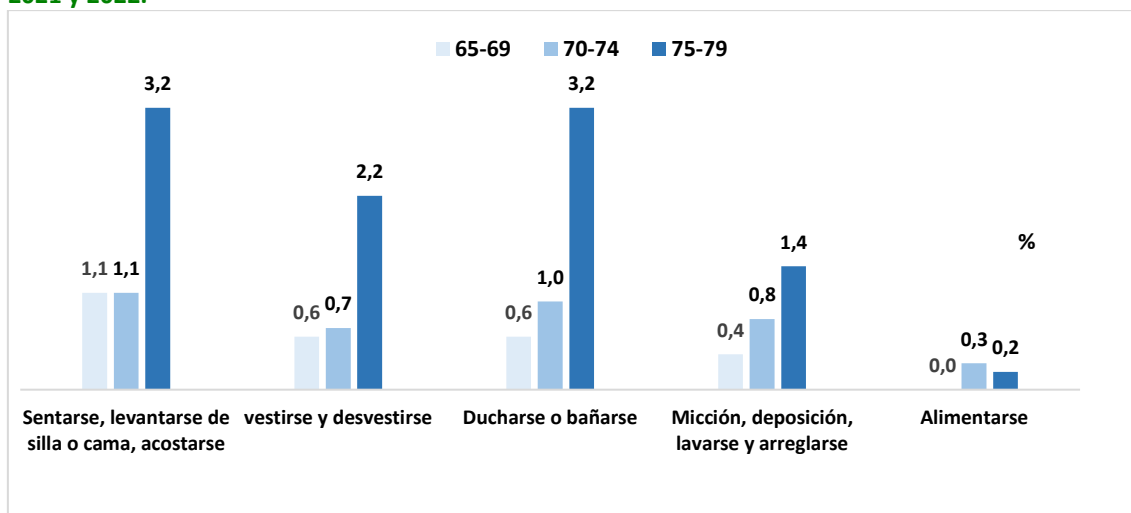
Figura 16. Realización de actividades de la vida diaria con alguna dificultad por tipo de actividad y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

No hubo ningún entrevistado en tener “mucho dificultad para alimentarse”, para el resto de los ítems el porcentaje aumenta con la edad siendo, en general, aproximadamente el triple entre el grupo más joven y el de los más mayores (Figura 17).

Figura 17. Realización de actividades de la vida diaria con mucha dificultad o no puede hacerlo por sí misma/o por tipo de actividad y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Actividades Básicas Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

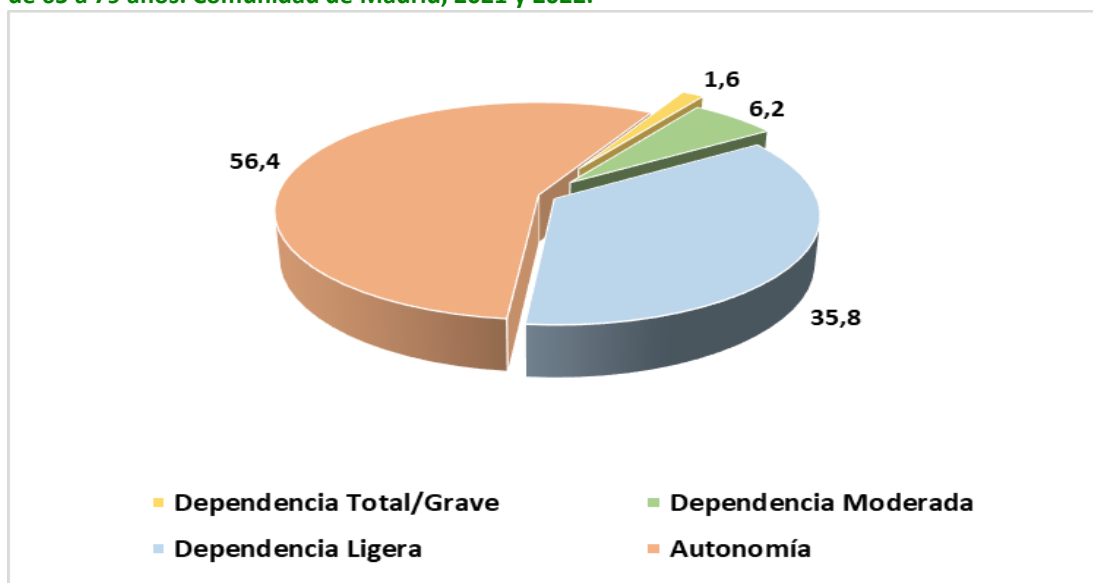
Las AIVD, que requieren más destreza y habilidad que las actividades básicas de la vida diaria, valoran actividades necesarias para mantener la independencia en el hogar y poder permanecer autónomamente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida o hacer labores de la casa, desplazarse y utilizar transportes, usar el teléfono, llevar la contabilidad doméstica, etc.). Son las que primero se deterioran⁶. Se preguntó por la capacidad de hacer estas actividades, no por si las hacen, para evitar respuestas negativas por ejemplo en hombres que en general no realizan tareas como preparar comidas, trabajos domésticos, etc.

Grado de dependencia para AIVD

Para el análisis de la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, cuando la respuesta es “ninguna dificultad” se adjudican 10 puntos, alguna dificultad 5 puntos y mucha dificultad/no puedo hacerlo en absoluto 0 puntos. La suma de las puntuaciones obtenidas resulta en una valoración como dependencia total si el resultado son 0 a 10 puntos, dependencia grave de 20 a 30 puntos, moderada de 35 a 50 puntos, ligera 65 puntos y autonomía 70 puntos.

El 35,8% tiene una dependencia ligera, el 6,2% moderada, el 1,6% dependencia total/grave y un 56,4% es autónomo/a. El porcentaje de autonomía en hombres fue de 72,2% y en mujeres de 43,2%; la dependencia total/grave fue en hombres de 0,9% y en mujeres de 2,3%. (Figuras 18 y 19).

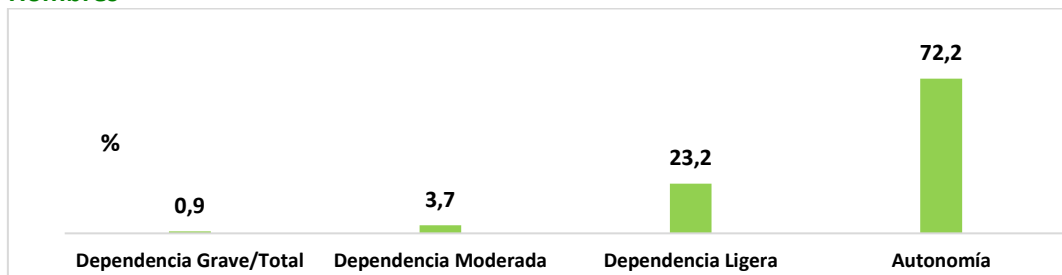
Figura 18. Dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



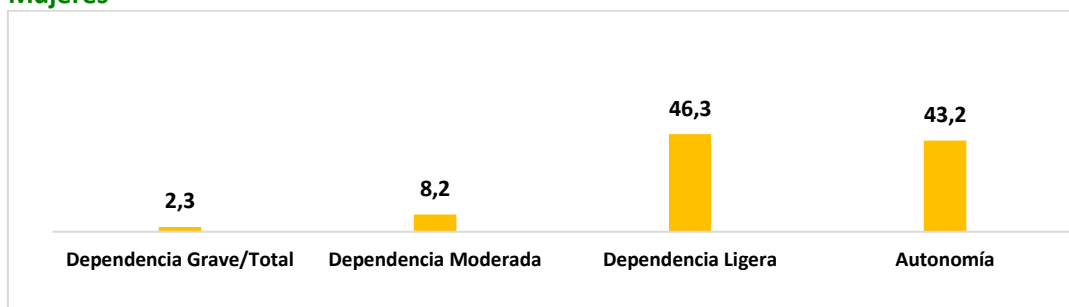
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Figura 19. Dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria según grados por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Hombres



Mujeres



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la tabla 3 del Anexo, se presentan los porcentajes de dependencia moderada a grave por sexo y variables sociodemográficas. El 7,8% tienen dependencia de moderada a grave o total para AIVD; por sexo, más del doble en mujeres que en hombres, hecho que, en general se repite para todas las variables; la dependencia aumenta con la edad hasta llegar a ser 5 veces mayor en los más mayores.

El porcentaje global más elevado fue un 16,3% en la categoría “muchísima dificultad o no puedo” para hacer tareas que requieren esfuerzo en el hogar como mover muebles, limpiar ventanas, transportar la compra y el menor porcentaje en esta categoría fue en el uso de teléfono con un 1,1% (Figura 20).

Figura 20. Dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria según grado y tipo de actividad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Por sexo, en general, los porcentajes son mayores en las mujeres que en los hombres (Figura 21). Por grupo de edad, “Muchísima dificultad/No puedo hacerlo” en las tareas domésticas pesadas fue referido por el 40,2% en el grupo de edad 75-79 años (Figura 22). La toma de medicamentos, administrar su dinero y el uso de teléfono, obtuvieron los menores porcentajes.

Figura 21. Dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria según grados y tipo de actividad por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Mujeres



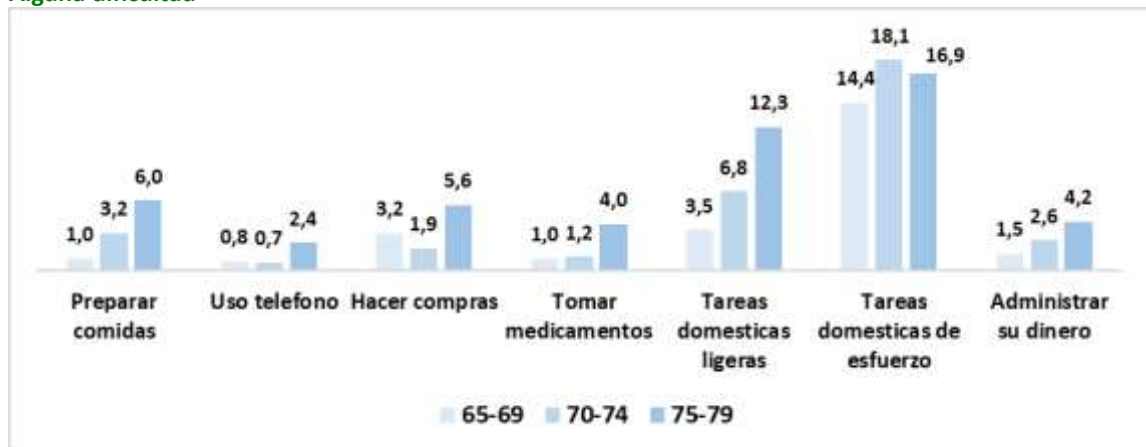
Hombres

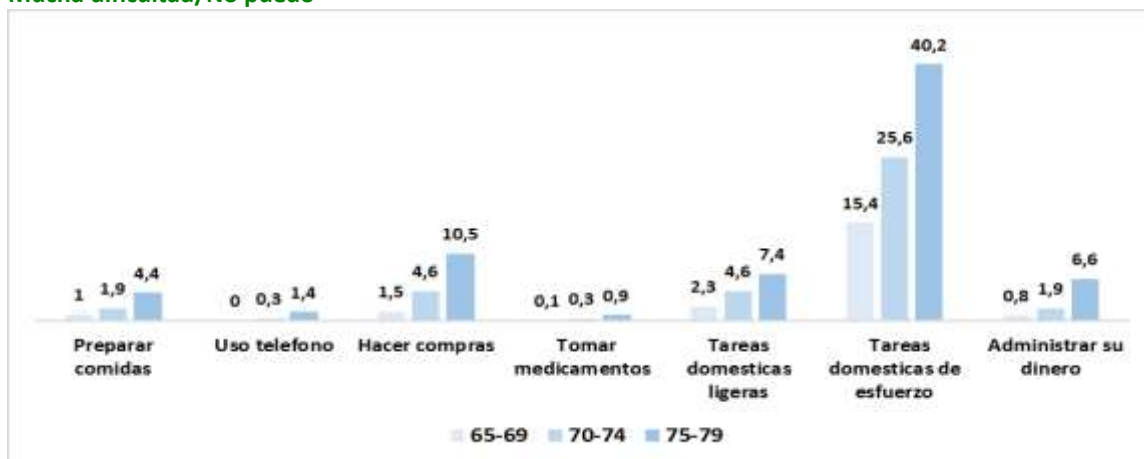


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Figura 22. Dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria según grados y tipo de actividad por grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Alguna dificultad



Mucha dificultad/No puedo

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.1.6. CAÍDAS

Las caídas, incluidas en el grupo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) dentro de las causas externas, son una importante causa de discapacidad y representan el tipo de accidente más frecuente, incluso letal en las personas mayores⁷. Con frecuencia las consecuencias médicas de las caídas suponen el inicio de la discapacidad en el anciano y suponen uno de los condicionantes y desenlaces adversos de la fragilidad,^{8,9}. En el SIVFRENT-M, se han recogido datos sobre dificultades para andar, miedo a caerse, limitación de la actividad y número de caídas con asistencia sanitaria en el último año.

Un 7,1% respondió tener problemas para andar o trasladarse de un lugar a otro siempre o frecuentemente y un 8,5% algunas veces o rara vez. Por sexo fue mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres y se observa un aumento progresivo con la edad. El miedo a caerse muestra un comportamiento por sexo y edad similar al ítem anterior (Tabla 7).

La limitación a la actividad muestra unos porcentajes muy elevados siendo para “siempre/frecuentemente” de un 13,3% con una gran diferencia por sexo. Por edad, esta misma categoría muestra una diferencia importante entre los de 65-69 años y los de 75-79 años, siendo de 8,5% y 22,5% respectivamente (Tabla 7).

Tabla 7. Problemas para andar, miedo a caerse y número de caídas totales por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 a años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

		SEXO						EDAD					
		Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
		n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Problemas para andar													
	Siempre/Frecuentemente	142	7,1(6,0-8,2)	45	4,9(3,7-6,6)	97	8,8(7,3-10,6)	30	3,4(2,7-5,4)	54	7,5(5,8-9,7)	58	11,5(9,0-14,6)
	Algunas veces/raramente	171	8,5(7,4-9,8)	63	6,9(5,4-8,8)	108	9,8(8,2-11,7)	43	5,4(4,1-7,2)	57	7,9(6,2-10,2)	71	14,1(11,3-17,4)
Miedo a caerse													
	Siempre/Frecuentemente	307	15,2(13,8-16,8)	59	6,5(5,1-8,3)	248	22,5(20,2-25,0)	67	8,5(6,7-10,6)	108	15,0(12,7-17,7)	132	26,2(22,7-30,1)
	Algunas veces/raramente	343	17,0(15,5-18,7)	97	10,1(8,8-12,8)	246	22,3(19,9-24,9)	118	14,9(12,6-17,5)	138	19,2(16,5-22,2)	87	17,3(14,3-20,8)
Limitar su actividad*													
	Siempre/Frecuentemente	268	13,3(11,9-14,8)	55	6,0(4,7-7,8)	213	19,3(17,1-21,7)	67	8,5(6,7-10,6)	88	12,2(10,1-14,8)	113	22,5(19,2-26,1)
	Algunas veces/raramente	382	19,0(17,3-20,7)	101	11,1(9,2-13,3)	281	25,5(23,0-28,1)	118	14,9(12,6-17,5)	158	22,0(19,2-25,1)	106	21,1(17,8-24,8)
Caída con atención sanitaria**													
	Una caída	184	9,1(8,0-10,5)	53	5,8(4,5-7,5)	131	11,9(10,1-13,9)	65	8,2(6,5-10,3)	60	8,3(6,5-10,6)	59	11,7(9,2-14,8)
	Dos o más caídas	22	1,1(0,7-1,7)	7	0,7(0,4-1,6)	15	1,4(0,8-2,2)	5	0,6(0,3-1,5)	6	0,8(0,4-1,8)	11	2,2(1,2-3,9)

* sobre muestra total n=2014 **en el último año.

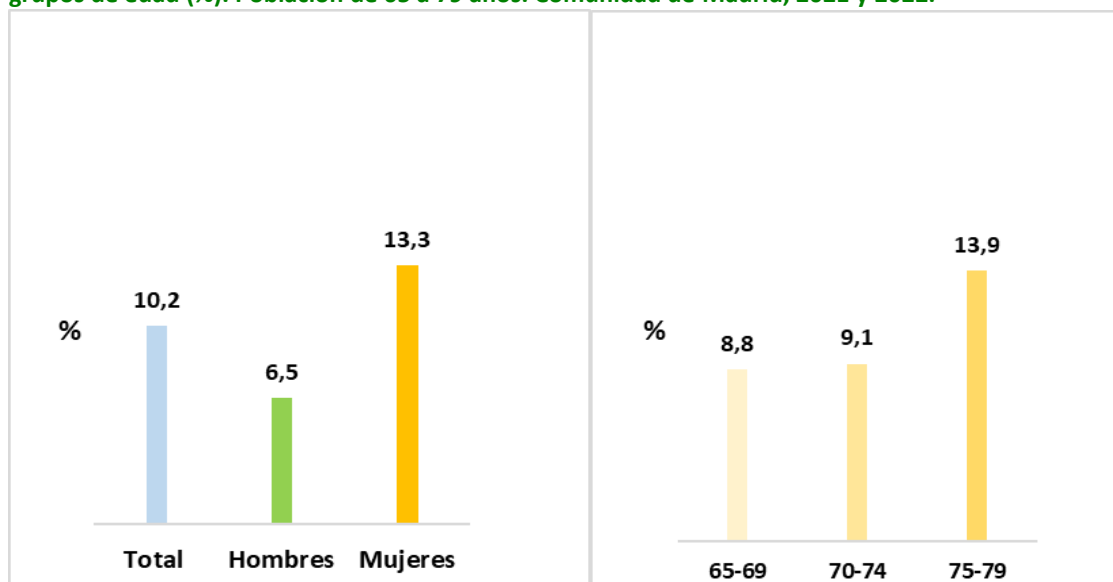
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Caídas con asistencia sanitaria

El total de una o más caídas con asistencia sanitaria en el último año fue de 10,2% siendo 6,8 puntos porcentuales más en las mujeres que en los hombres (13,3% vs 6,5%) (Figura 23).

Por edad, el 13,9% en el grupo de 75 a 79 años dijo haber sufrido una o más caídas en el último año que requirieron asistencia sanitaria, siendo el mayor de todos los grupos (Figura 26).

Figura 23. Una o más caídas en el último año que precisaron asistencia sanitaria, total, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Riesgo de caídas

Para valorar el riesgo de caídas se cuenta con las siguientes preguntas: 1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?; 2. ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?; 3. ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro?. Un bajo riesgo se considera cuando las tres respuestas son negativas y, un riesgo alto cuando la respuesta es positiva en las tres preguntas¹⁰.

El 80,4% presenta un bajo riesgo de caídas, es decir su respuesta fue negativa para las tres preguntas y un 0,4% (0,5% en mujeres y 0,2% en hombres) resultó en un riesgo alto ya que respondió afirmativamente a las tres.

Un total de 19,6% dio una respuesta positiva a 1, 2 o 3 de las preguntas, con gran diferencia por sexo (24,1% en mujeres y 14,1% en hombres). Por grupos de edad, hay un aumento progresivo del porcentaje al aumentar la edad.

3.1.7. DOLOR FÍSICO PERSISTENTE

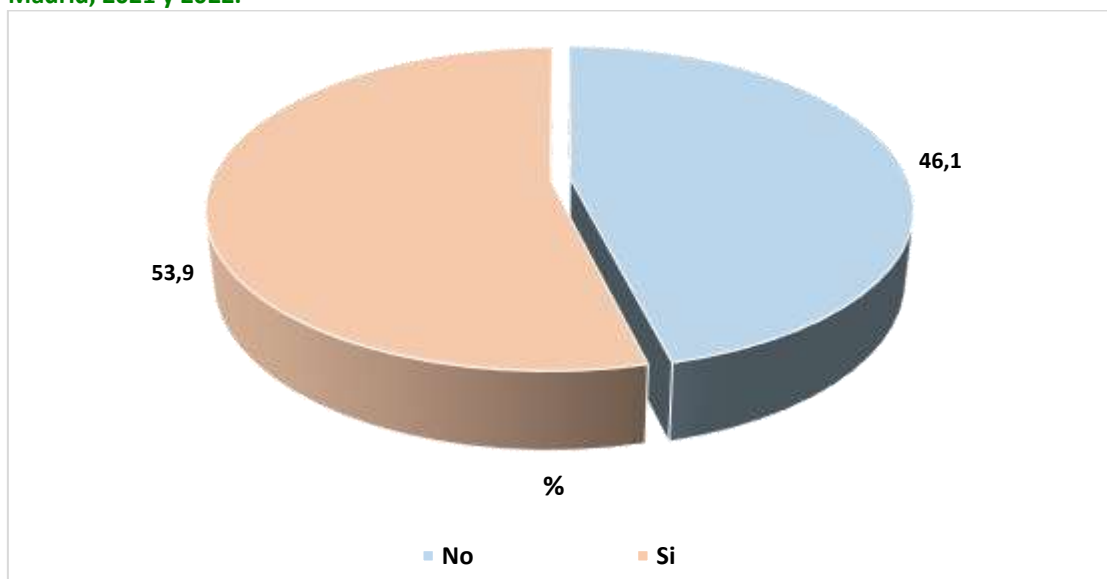
El dolor persistente en los mayores es mucho más prevalente que en jóvenes y es causa de trastornos como ansiedad, depresión, disminución de la movilidad, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, aumento de costes sociosanitarios, etc¹¹. El dolor es una experiencia subjetiva, frente a la cual no hay, a fecha de hoy, un marcador test para cuantificarlo, pese al gran esfuerzo que se está realizando en la búsqueda con técnicas de neuroimagen funcional específica. Se considera la autoevaluación como el método más adecuado de cuantificación del dolor¹¹.

En SIVFRENT-M se pregunta por dolor físico en las últimas 4 semanas y en qué intensidad; se recoge también la limitación a la movilidad por dolor en este mismo período de tiempo.

3.1.7.1. Intensidad del dolor de cualquier grado

Un 53,9% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a tener dolor de cualquier intensidad, desde muy leve a severo o extremo (Figura 24); por sexo el 42,4% de los hombres y el 63,4% de las mujeres y por edad, para los tres grupos se obtienen resultados en progresión creciente desde 49,8% en 65-69 años a 55,1% en 70-74 y 58,7% en el grupo de más edad.

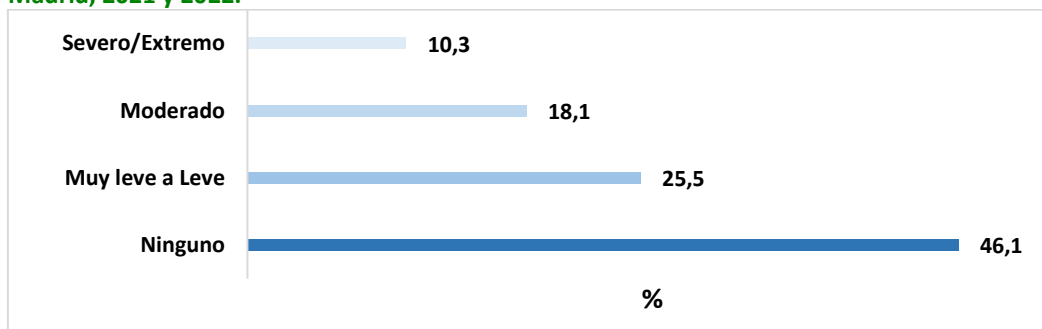
Figura 24. Dolor físico referido de cualquier intensidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Un 18,1% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a tener dolor de intensidad moderada y un 10,3% se sitúa en intensidad severa a extrema (Figura 25).

Figura 25. Dolor físico referido por grados de intensidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El dolor de intensidad moderada es casi 9 puntos porcentuales mayor en mujeres respecto de los hombres (22,1% vs 13,2%); en la categoría “dolor severo/extremo” el 10,3% indican padecerlo y aquí las mujeres superan en más de 8 puntos porcentuales a los hombres (14,1% vs 5,7%) (Tabla 8).

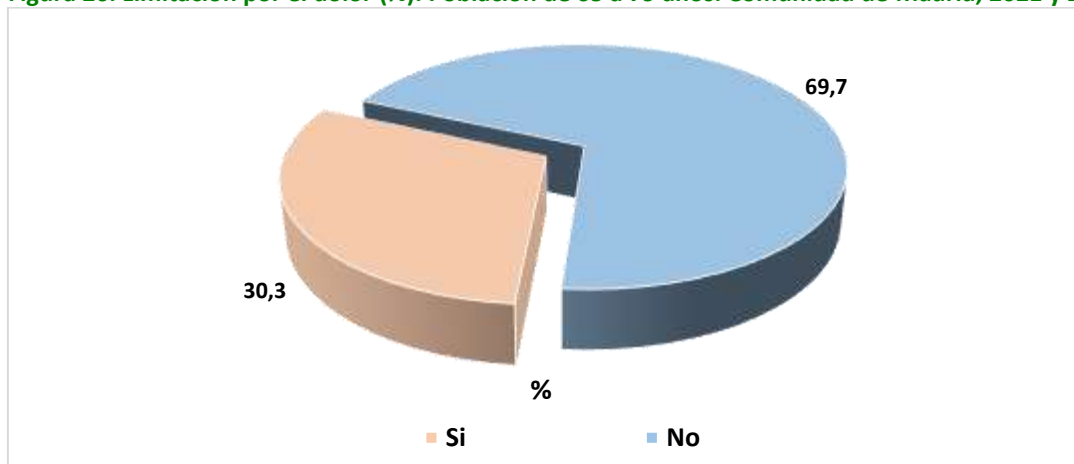
Tabla 8. Dolor físico referido por grados de intensidad por sexo, edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ninguno	928	46,1(44,0-48,2)	524	57,6(54,3-60,8)	404	36,6(33,9-39,5)	397	50,2(46,8-53,6)	323	44,9(41,4-48,5)	208	41,3(37,3-45,6)
Leve-Muy leve	513	25,5(23,6-27,4)	214	23,5(20,9-26,4)	299	27,1(24,6-29,8)	205	25,9(23,0-29,1)	180	25,0(22,0-28,3)	128	25,5(21,8-29,4)
Moderado	364	18,1(16,5-19,8)	120	13,2(11,1-15,5)	244	22,1(19,8-24,7)	120	15,2(12,8-17,9)	137	19,1(16,4-22,1)	107	21,3(17,9-25,0)
Severo-Extremo	208	10,3(9,1-11,7)	52	5,7(4,4-7,4)	156	14,1(12,2-16,3)	69	8,7(7,0-10,9)	79	11,0(8,9-13,5)	60	11,9(9,4-15,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

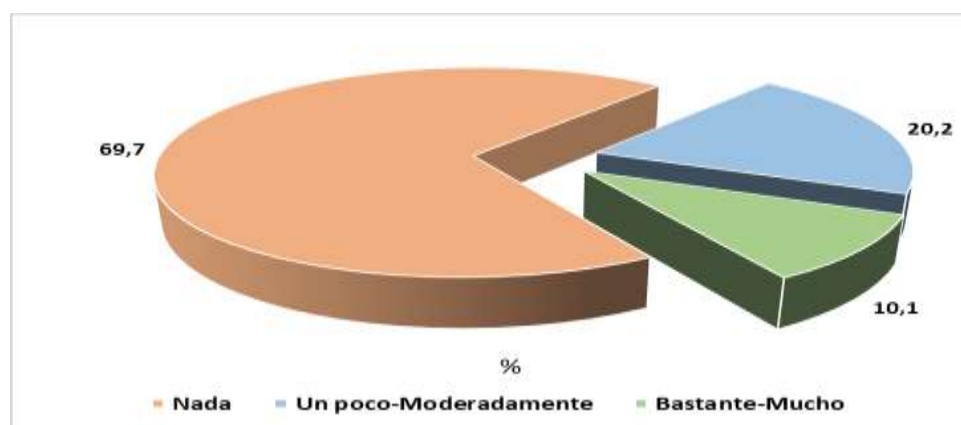
Limitación de actividades por el dolor

El 30,3% respondió tener limitaciones debido al dolor (Figura 26).

Figura 26. Limitación por el dolor (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Aproximadamente un tercio de esta población sufre algún tipo de limitación en algún grado debida al dolor; un 20,2% respondió padecer esta limitación en grado de poco a moderadamente y, un 10,1% de bastante a muy limitada (Figura 27).

Figura 27. Limitación referida por el dolor según grados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 10,1% respondió estar bastante o muy limitado para las actividades de la vida diaria por el dolor; en las mujeres esta limitación es mucho mayor que en los hombres para las dos categorías con respuesta afirmativa de cualquier grado; y también se observa un incremento con la edad (Tabla 9).

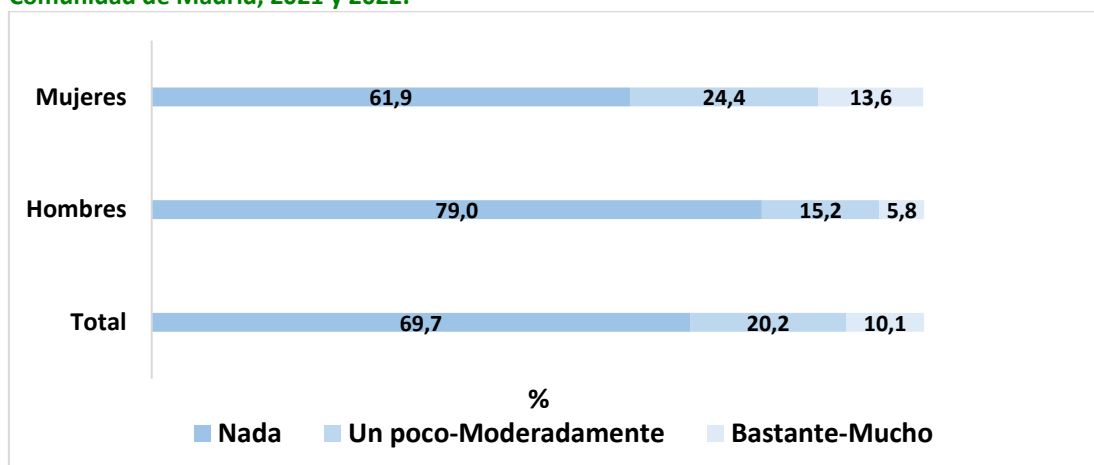
Tabla 9. Limitación de actividades por dolor según grado, sexo, edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Nada	1401	69,7(67,7-72)	719	79,0(76,2-81,5)	682	61,9(67,7-71,6)	583	73,8(70,6-76,7)	496	69,1(65,7-72,3)	322	64,0(59,8-68,0)
Un poco-Moderadamente	407	20,2(18,6-22,0)	138	15,2(13,0(17,0)	269	24,4(22,0-27,1)	142	18,0(15,4-20,8)	140	19,5(16,8-22,5)	125	24,8(21,3-28,8)
Bastante-Mucho	203	10,1(8,9-11,5)	53	5,8(4,5-7,5)	150	13,6(11,7-15,8)	65	8,2(6,5-10,3)	82	11,4(9,3-13,9)	56	11,1(8,7-14,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La limitación de la movilidad de cualquier grado, por dolor, es superior en las mujeres respecto a los hombres en 17 puntos porcentuales (Figura 28).

Figura 28. Limitación de actividades por dolor según grado y sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

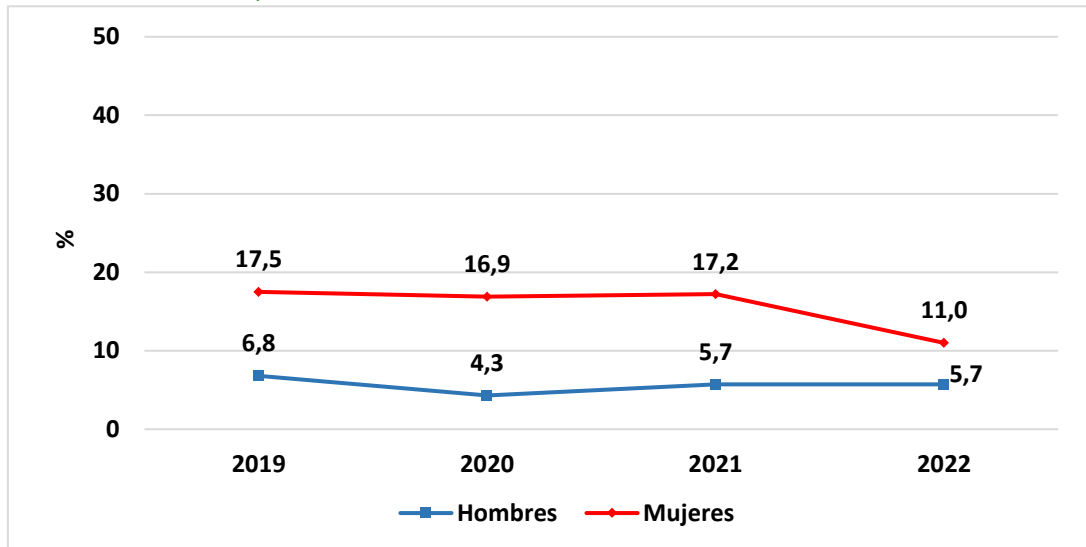


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 10,3% sufre dolor extremo a severo, en torno a 9 puntos porcentuales en las mujeres vs hombres, diferencia que se observa en todas las variables socioeconómicas estudiadas en menor o incluso mayor grado. Hay una disminución progresiva con el aumento de ingresos económicos y también con el aumento del nivel educativo (Anexo Tabla 4).

En la figura 29 se muestra la evolución de la prevalencia anual de dolor crónico de intensidad severa a extrema en hombres y en mujeres. No se observan grandes variaciones anuales y es llamativo el predominio en mujeres, que incluso triplica la prevalencia de la de los hombres.

Figura 29. Dolor crónico de intensidad severa a extrema por sexo y año (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.



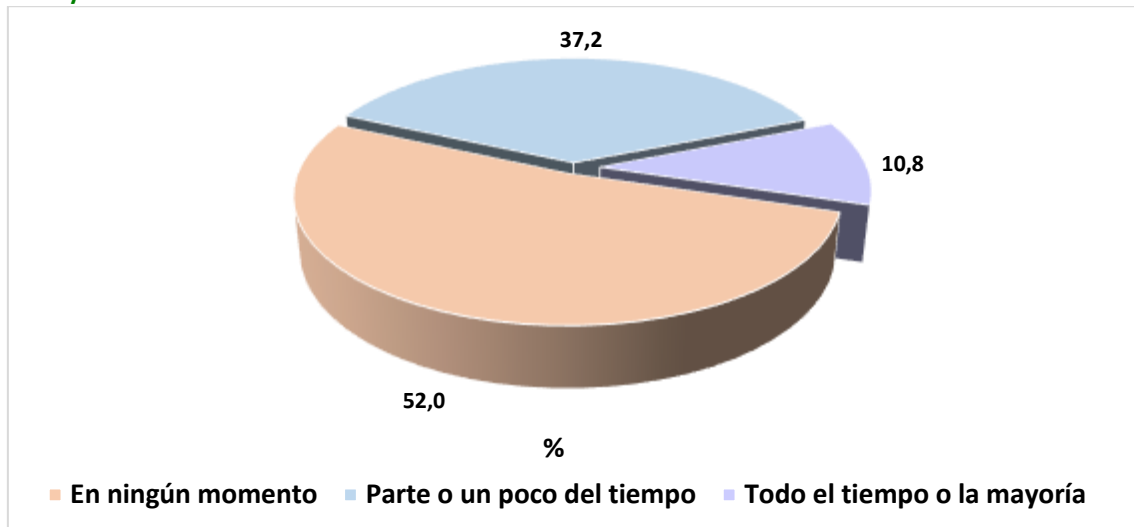
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.1.8. SENSACIÓN DE CANSANCIO

La sensación de cansancio es la sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico o mental, asociada o no a una actividad física, que puede disminuir la capacidad para llevar a cabo las tareas habituales y que debe ser evaluada por la posibilidad de ser un indicativo de un problema orgánico y/o psicosocial.

El 48,0% refiere tener sensación de cansancio desde parte del tiempo a un poco del tiempo hasta la mayoría o todo el tiempo (37,2% dijo sentirse cansado/a parte o un poco del tiempo y el 10,8% la mayoría o todo el tiempo) (Figura 30).

Figura 30. Sensación de cansancio según duración (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

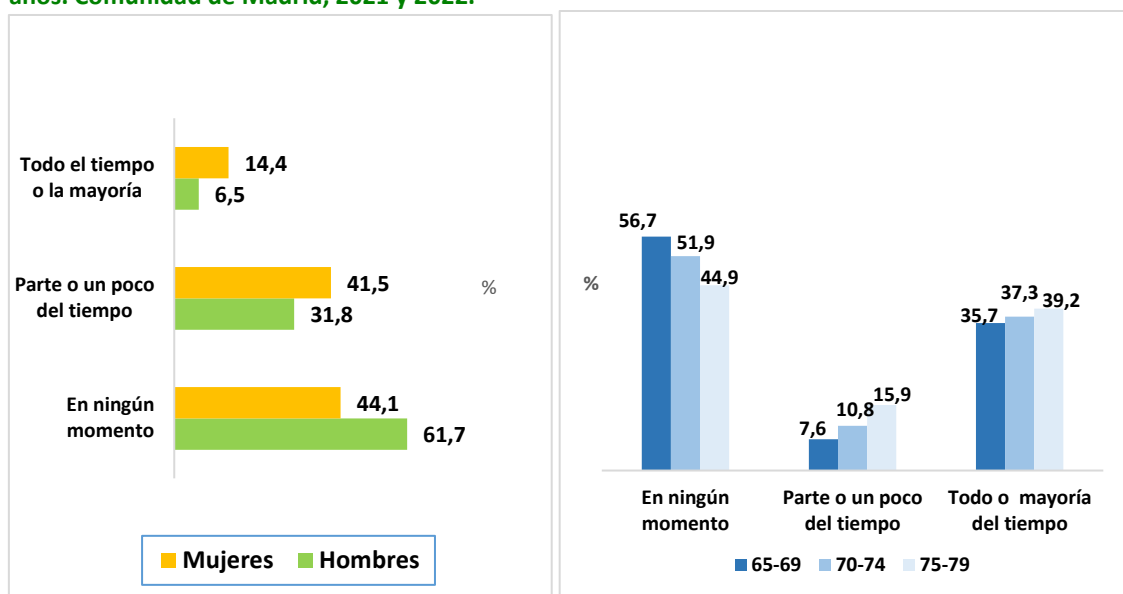


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Por sexo, el 38,3% de los hombres refieren sensación de cansancio y el 55,9% de las mujeres. Por edad, el cansancio muestra un aumento progresivo (Figura 31).

En la categoría sentirse cansado/a parte o un poco del tiempo hubo gran diferencia por sexo, en hombres un 31,8% y en mujeres un 41,5%; la diferencia es también muy acusada en la categoría cansancio la mayoría o todo el tiempo siendo en mujeres de 14,4% y en hombres de 6,5%. (Figura 34).

Figura 31. Sensación de cansancio según duración por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La sensación de cansancio es mayor en un menor nivel educativo y menores ingresos y en ambos existe un gradiente de aumento al disminuir los ingresos y nivel educativo, además de un aumento progresivo con la edad (Anexo Tabla 5).

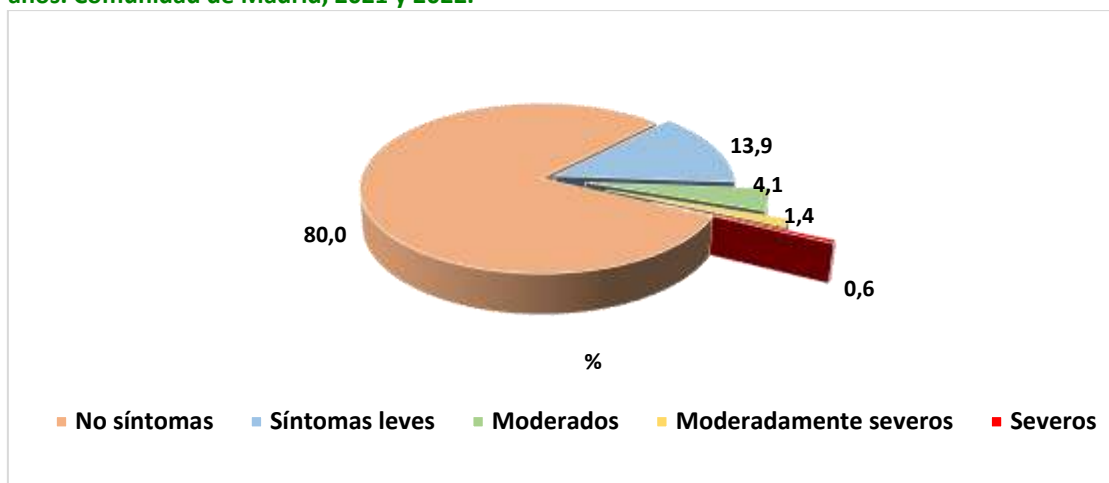
3.2. SALUD MENTAL

La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar. El cuestionario PHQ se refiere únicamente a la depresión¹². Los desórdenes depresivos son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas y uno de los más importantes problemas de salud pública.

En SIVFRENT-M se incluye el cuestionario PHQ-8 de valoración de depresión y gravedad de sintomatología depresiva por su duración desde nunca a varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días; las respuestas obtenidas se refieren a las dos semanas anteriores a la entrevista.

En la figura 32 se observan los resultados obtenidos para presencia de sintomatología depresiva: el 13,9% tiene síntomas leves de depresión, el 4,1% moderados, un 1,4% moderadamente severos, y un 0,6% severos.

Figura 32. Sintomatología depresiva por gravedad según cuestionario PHQ-8 (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La prevalencia autodeclarada de síntomas depresivos de moderados a severos resultó en un 6,1%; por sexo hay una diferencia de más de 7,1 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (2,2% y 9,4% respectivamente). Un 2,1% de las personas entrevistadas refirieron síntomas de depresión de intensidad moderadamente severa a severa con una diferencia de 2,7 puntos porcentuales en las mujeres respecto de los hombres (3,3% vs 0,6%). En el grupo de los mayores (75-79 años), llega a ser un 9,0% con sintomatología por encima de leve (moderada, moderadamente severa y severa) (Tabla 10).

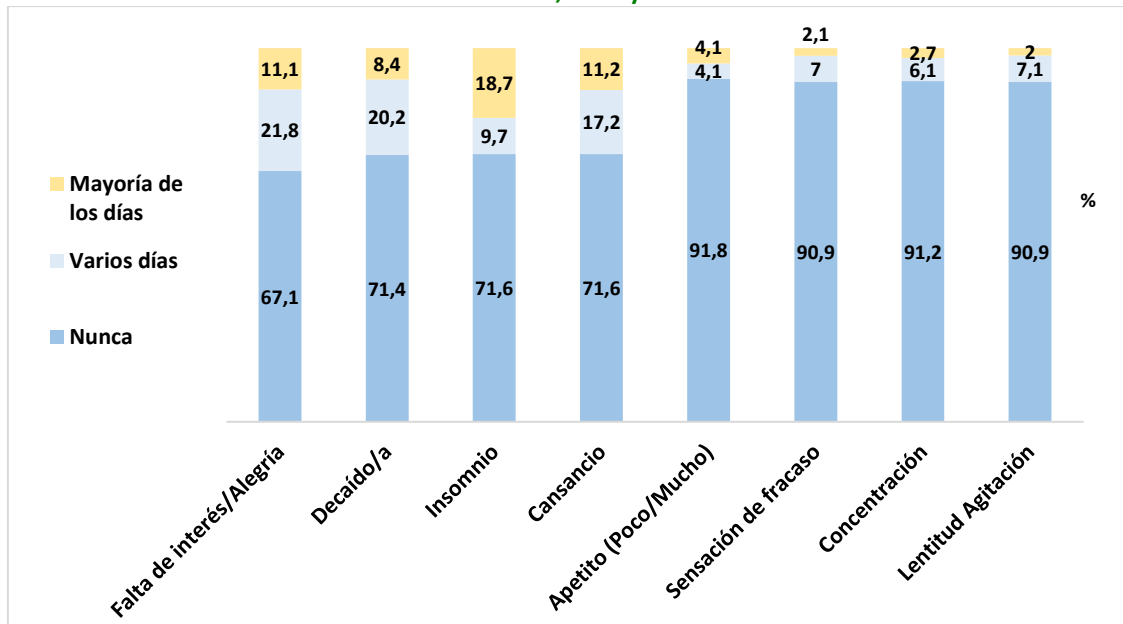
Tabla 10. Sintomatología depresiva por gravedad según cuestionario PHQ-8 según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
No sintomatología	1611	80,0(78,2-81,7)	800	87,8(85,5-89,8)	811	73,5(70,9-76,0)	657	83,0(80,2-85,4)	575	80,0(76,9-82,7)	379	75,3(71,5-78,9)
Leve	277	13,9(12,4-15,4)	91	10,0(8,2-12,1)	189	17,1(15,0-19,5)	94	11,9(9,8-14,3)	107	14,9(12,5-17,7)	79	15,7(12,8-19,1)
Moderada	82	4,1(3,3-5,0)	15	1,7(1,0-2,7)	67	6,1(4,8-7,7)	28	3,5(2,5-5,1)	25	3,5(2,4-5,1)	29	5,8(4,0-8,2)
Moderadamente severa	29	1,4(1,0-2,1)	5	0,6(0,2-1,3)	24	2,2(1,5-3,2)	11	1,4(0,8-2,5)	7	1,0(0,5-2,0)	11	2,2(1,2-3,9)
Severa	11	0,6(0,3-1,1)	0	0	12	1,1(0,6-1,9)	2	0,1(0-1,0)	5	0,7(0,3-1,7)	5	1,0(0,4-2,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Un 21,8% refirió sufrir “varios días” falta de interés o alegría y similar porcentaje se obtuvo en el ítem decaído/a; en la categoría padecer “insomnio” la “mayoría de los días o siempre” hubo un 18,7% de la población (Figura 33).

Figura 33. Dimensiones del cuestionario PHQ-8 según frecuencia en las últimas dos semanas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

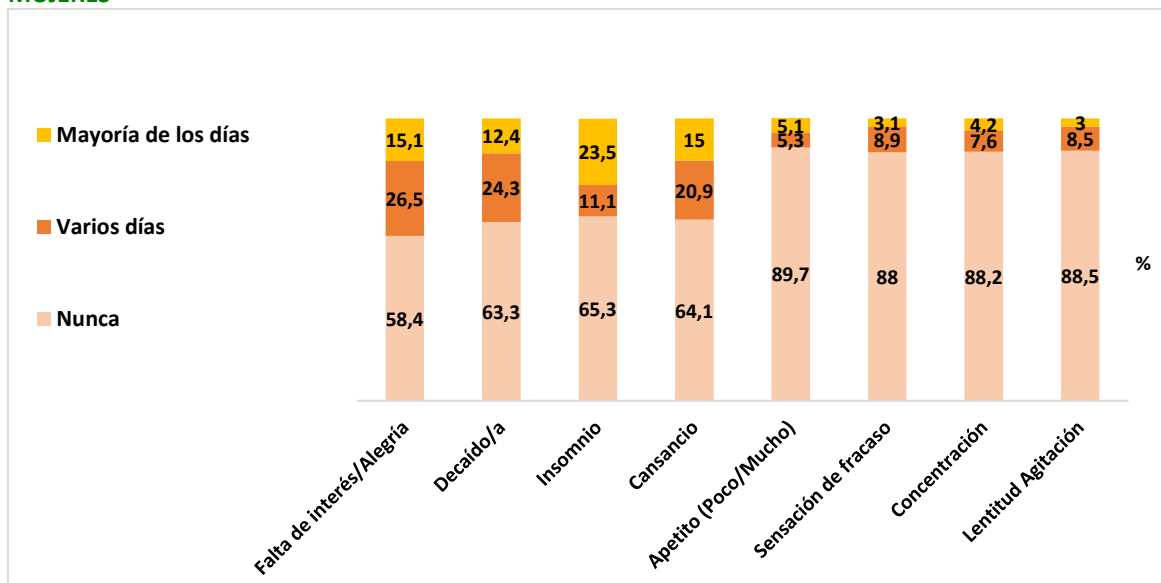


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

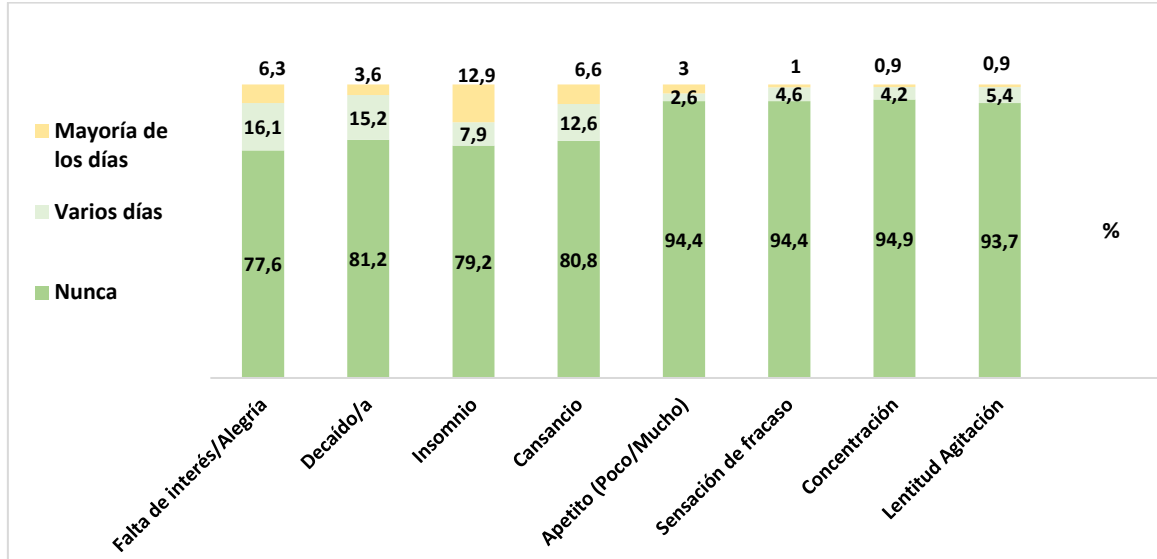
La presencia de síntomas depresivos se da en las mujeres con más frecuencia que en los hombres como se muestra en la Figura 34, para las categorías varios días durante las últimas dos semanas y mayoría de los días (más de la mitad de los días o casi todos los días).

Figura 34. Dimensiones del cuestionario PHQ-8 según frecuencia en las últimas dos semanas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

MUJERES



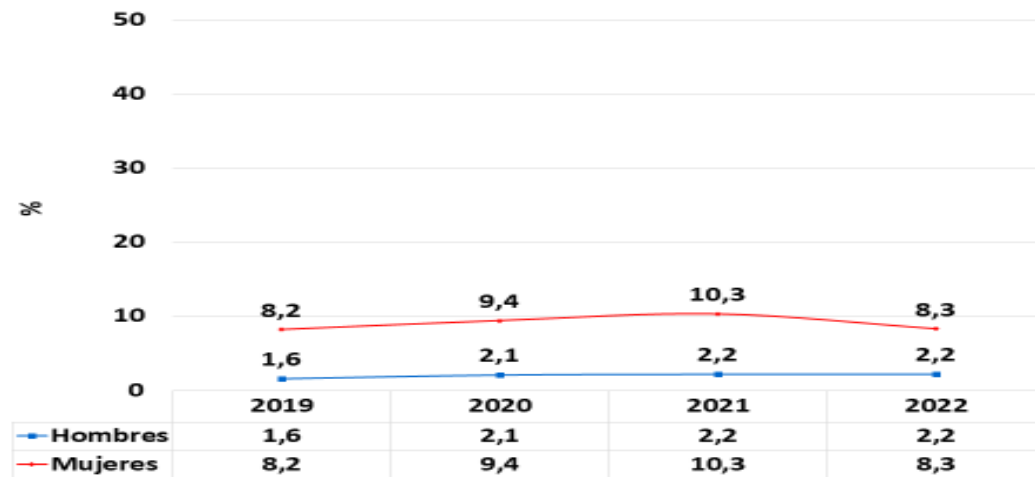
HOMBRES



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Respecto a la evolución anual, la Figura 35 muestra un mantenimiento de las cifras en hombres y leve incremento en 2020 y 2021 en mujeres. Se mantiene la diferencia de porcentajes por sexo que, siempre son muy superiores en mujeres; para las mujeres en intervalo del 8 al 10% aproximadamente y para los hombres ligeramente superiores al 2% excepto en 2019.

Figura 35. Sintomatología depresiva de ligeramente moderada a severa* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.



*PHQ-8 ≥10

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

De forma general prácticamente para todas las variables socioeconómicas el porcentaje mayor es en mujeres, mostrando un marcado gradiente de disminución al aumentar los ingresos, como también ocurre con el nivel educativo, aunque el gradiente es menos llamativo (Anexo Tabla 6).

El porcentaje global más elevado en prevalencia de sintomatología depresiva según variables socioeconómicas es del 10,4% para estado civil de “viudedad”; por sexo, en hombres predomina en situación de soltería con un 5,4% y, para las mujeres en el nivel de ingresos más bajo, <1.050 euros/mes, con un 13,2% (Anexo Tabla 6).

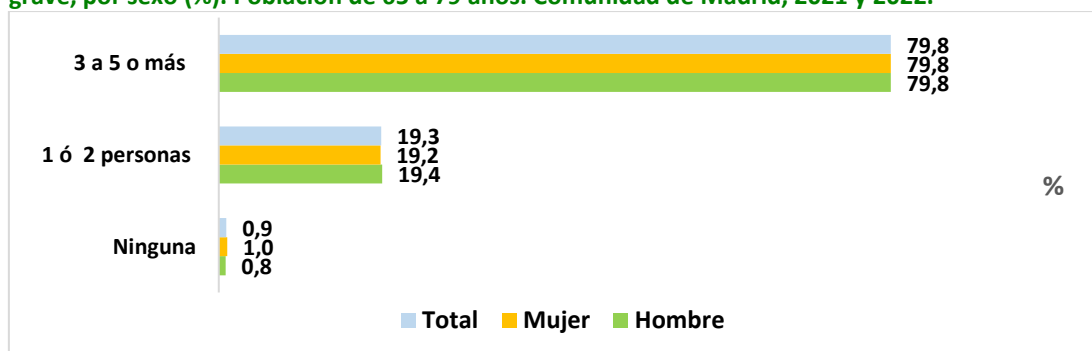
3.3. APOYO SOCIAL

Uno de los factores de la vulnerabilidad asociada a la edad es el grado de apoyo social de las personas. El cuestionario OSSLO (*The Oslo Social Support Scale*) recoge la posibilidad de recibir ayuda de vecinos, el interés de los demás por sus problemas, la facilidad de obtención de ayuda¹³. Esta escala está recomendada por el grupo técnico de estadísticas de salud y la encuesta europea de salud, y forma parte de la lista ECHI (Indicadores de Salud de la Comunidad Europea) desde 2014. Está clasificado como un indicador de envejecimiento saludable, de desigualdades de salud, de riesgos de salud prevenibles, y de salud mental, dado que es un indicador que apunta a medir un factor de protección en tiempos de estrés¹³. La escala OSSLO-3 se compone de 3 preguntas (número de personas cercanas con quien contar ante un problema grave, interés de estas personas y grado de facilidad para obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad) con 4 categorías la primera pregunta y de 5 categorías cada una de las otras dos. Una menor puntuación corresponde a un menor apoyo social de modo que “pobre soporte social” está entre 3 y 8 puntos, “intermedio apoyo” de 9 a 11 puntos y, “fuerte apoyo social” 12 a 14 puntos, como se explica en la tabla variables.

Personas cercanas en caso de un problema grave

El porcentaje de las personas entrevistadas que dijeron tener de “3 a 5 personas o más” cercanas en caso de un problema personal grave fue mayoritario con un total de 79,8%, por sexo, igual entre hombres y mujeres. Un 19,3% global manifiesta tener una o dos personas cercanas, un 0,9% respondió no tener ninguna (Figura 36).

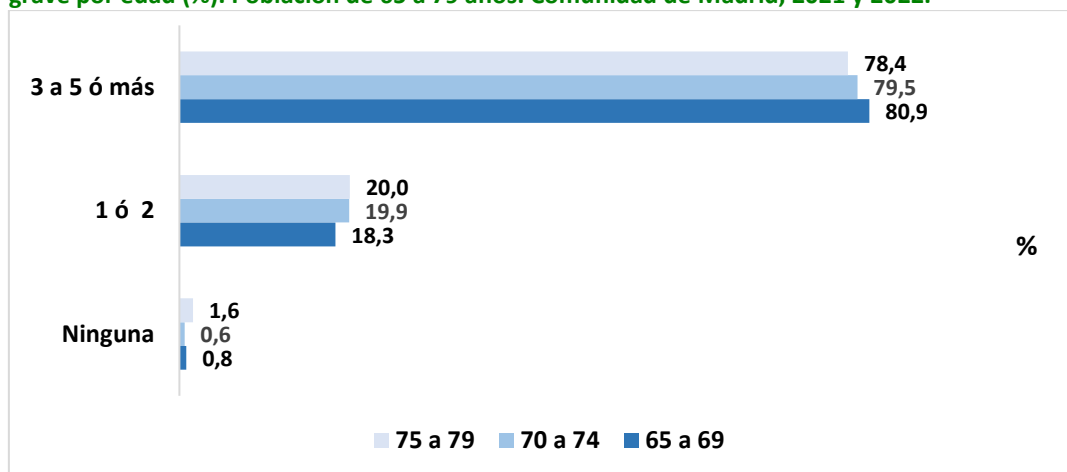
Figura 36. Apoyo social según número de personas con las que puede contar en caso de un problema grave, por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En el grupo 75 a 79 años un 20,0% manifiesta tener una o dos personas cercanas en caso de un problema grave (Figura 37).

Figura 37. Apoyo social según número de personas con las que puede contar en caso de un problema grave por edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

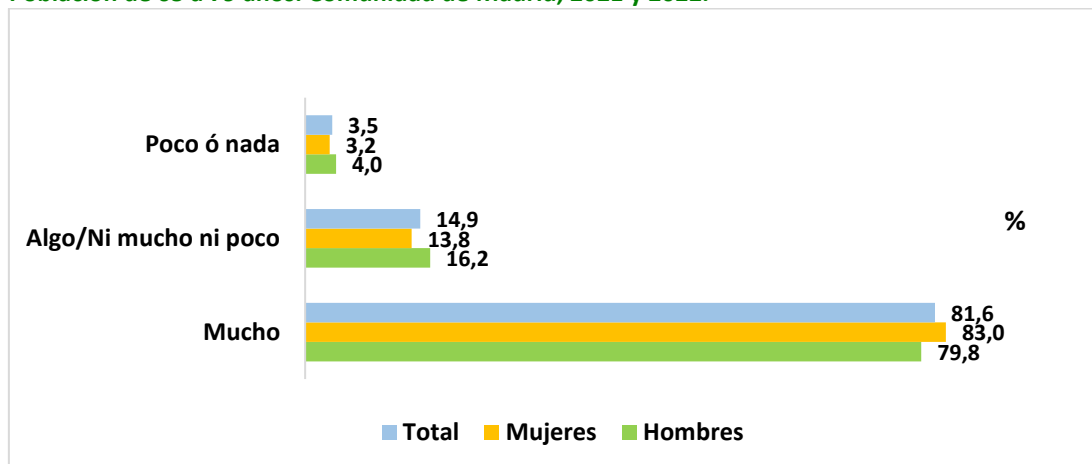


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Grado en que otras personas se interesan por lo que le pasa

Un 81,6% respondió que otras personas se interesaban “mucho” por lo que les pasa, porcentaje ligeramente superior en las mujeres en relación a los hombres (Figura 38); y en las categorías de “algo/ni poco ni mucho” a “poco o nada” se sitúa aproximadamente el 18,4%.

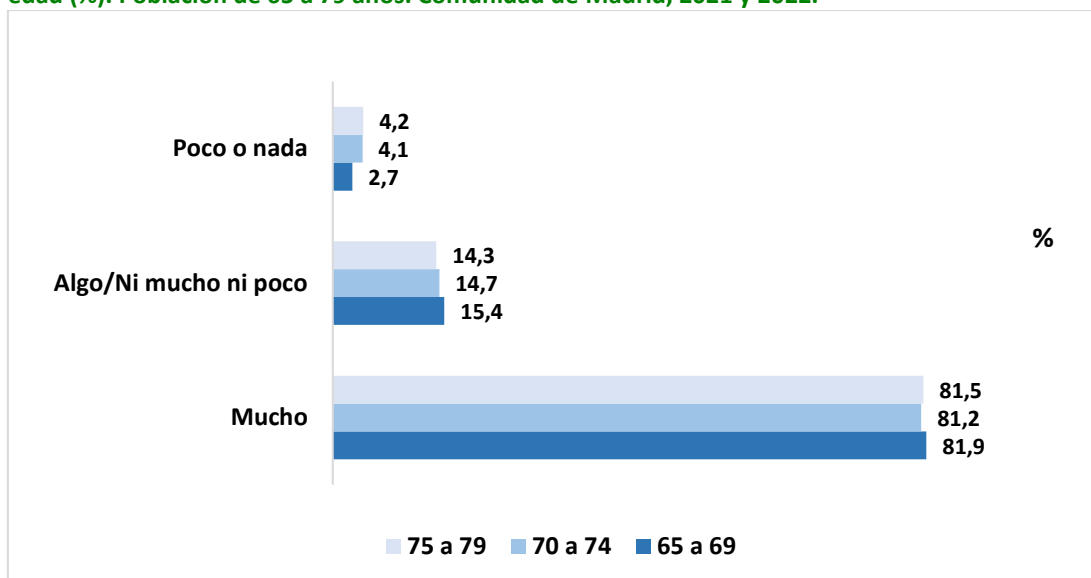
Figura 38. Apoyo social según el grado en que “se interesan por usted otras personas” por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 14,3% piensa que se interesan por lo que le pasa “algo/ni mucho ni poco” en el grupo de los más mayores y en este mismo grupo un 4,2% se situó en la categoría “poco o nada” interés de los demás por lo que le pasa (Figura 39).

Figura 39. Apoyo social según el grado en que “se interesan por usted otras personas” por grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

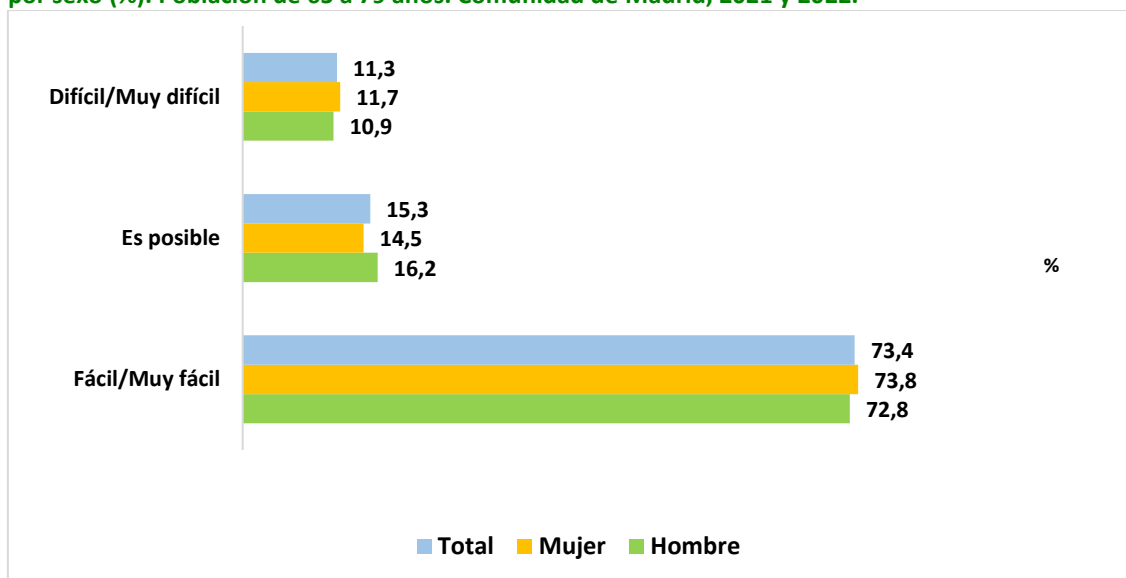


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En qué medida es posible obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad

En caso de necesidad la posibilidad de obtener ayuda de los vecinos para la categoría “muy fácil o fácil” fue de 73,4% en total y por sexo fue similar en hombres y mujeres. En un 11,3% se respondió que la obtención de esta ayuda sería difícil o muy difícil (mujeres 11,7% vs hombres 10,9%) (Figura 40).

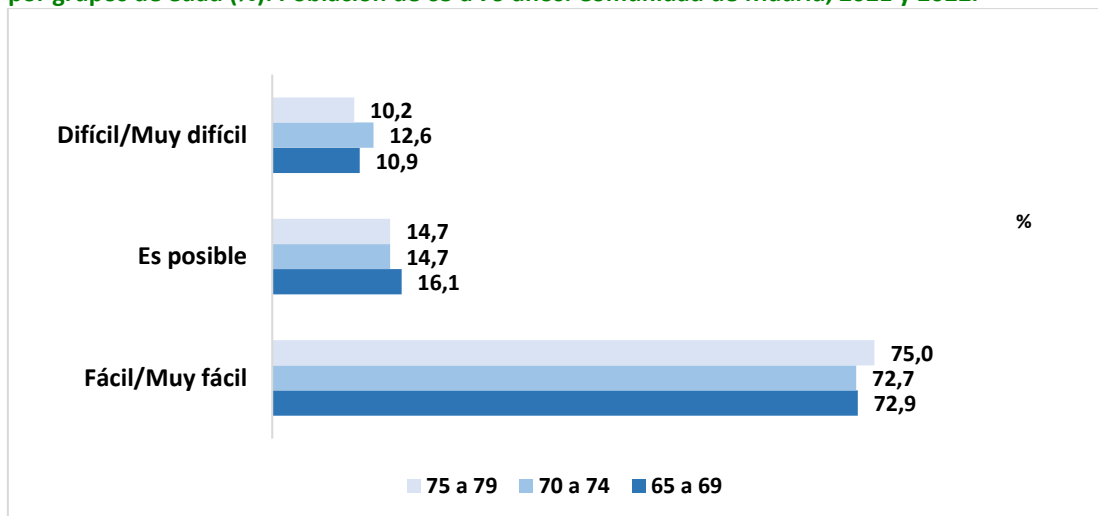
Figura 40. Apoyo social según la posibilidad de obtención de ayuda de vecinos en caso de necesidad por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Para el grupo de mayor edad un 10,2% considera muy difícil o difícil obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad (Figura 41).

Figura 41. Apoyo social según la posibilidad de obtención de ayuda de vecinos en caso de necesidad por grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

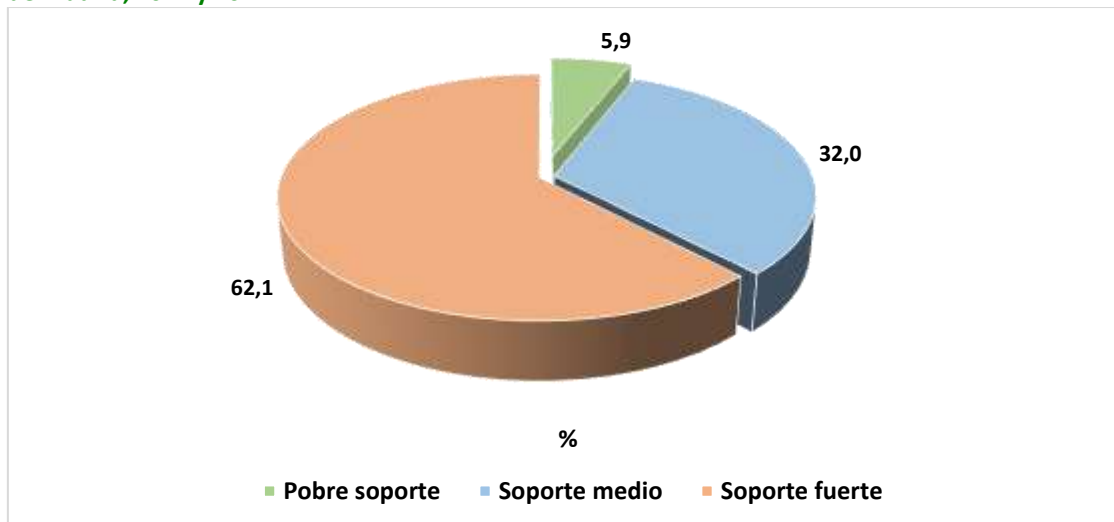


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Escala de medida de apoyo social, OSSLO (THE OSLO SOCIAL SUPPORT SCALE OSS-3)

Siguiendo la escala OSSLO-3, el 62,1% resultó con un fuerte soporte social, el 32,0% con un intermedio soporte social y un 5,9% con un pobre apoyo social (Figura 42).

Figura 42. Grados de apoyo social según la escala OSSLO-3 (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Por sexo en la categoría de soporte medio hay una ligera diferencia a favor de los hombres (34,4%) respecto de las mujeres (29,9%) y por grupos de edad en cualquiera de las categorías se obtienen cifras similares (Tabla 11).

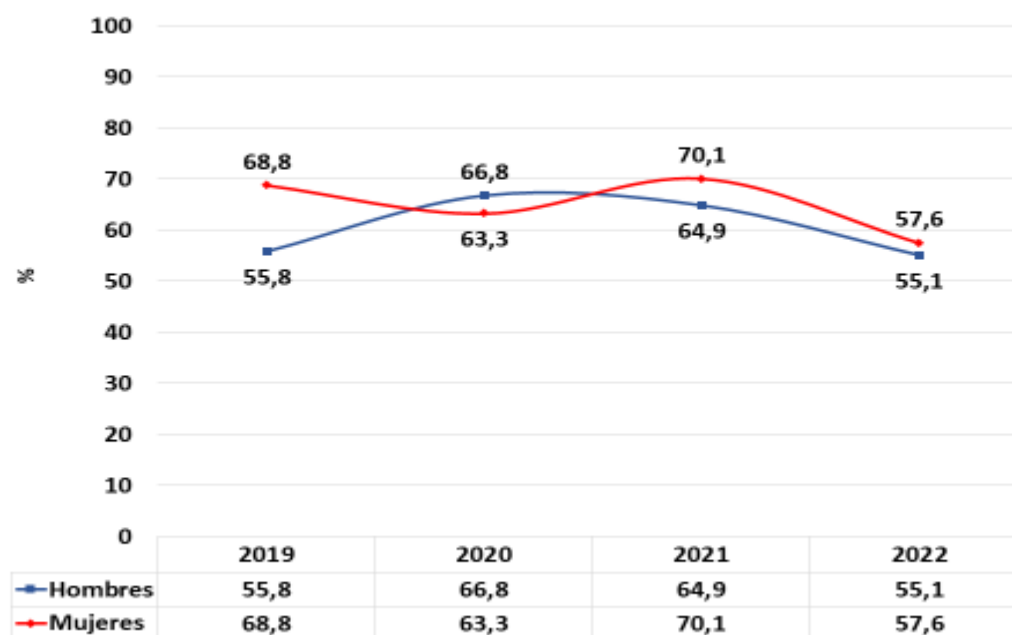
Tabla 11. Grados de apoyo social según la escala OSSLO-3 por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Totales		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Pobre soporte	109	5,9(4,9-7,0)	47	5,6(4,2-7,4)	62	6,1(4,8-7,7)	42	5,7(4,3-7,6)	37	5,6(4,1-7,6)	30	6,6(4,6-9,3)
Soporte medio	593	32,0(29,9-34,1)	289	34,4(31,3-37,7)	304	29,9(27,2-32,8)	225	30,6(27,4-34,1)	226	34,0(30,5-37,7)	142	31,1(27,0-35,6)
Soporte fuerte	1152	62,1(59,9-64,3)	503	59,9(56,6-63,2)	649	63,9(60,9-66,8)	467	63,6(60,1-67,0)	401	60,4(56,6-64,0)	284	62,3(57,7-66,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 5,9% refiere pobre apoyo social o no tener ninguno; en mujeres fue de un 6,1% y en hombres 5,6%. En el menor nivel de ingresos se obtuvo el porcentaje más alto de falta de apoyo dentro de recursos económicos y en estado civil, en la soltería el porcentaje llegó al 13,3% global. (Anexo Tabla 7).

En el último año (2022) se observa un descenso muy marcado en las mujeres respecto de años anteriores, tras el importante aumento en 2021, siendo el valor más alto de la serie, y en los hombres este descenso se sitúa en cifras del inicio de la serie (Figura 43).

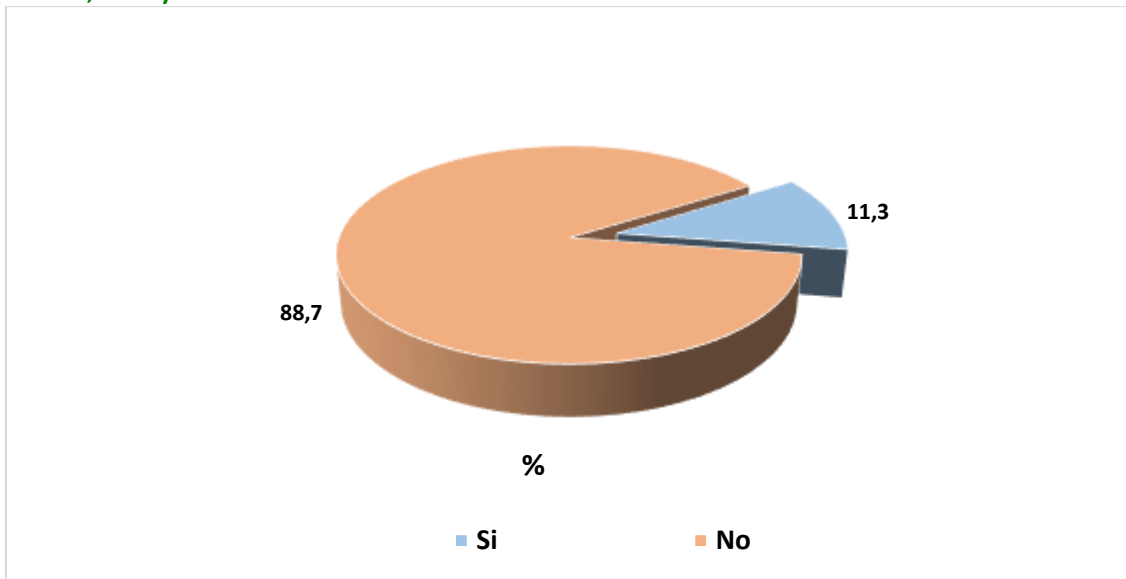
Figura 43. Percepción de fuerte apoyo social según la escala OSSLO-3 por año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.4. PERSONAS MAYORES COMO CUIDADORAS

Entre las personas entrevistadas un 11,3% dijo ser cuidadora de persona mayor o persona con enfermedad crónica (Figura 44); por sexo es similar en mujeres y hombres (10,7% y 11,9% respectivamente), y por edad el grupo más joven fue el más cuidador (15,2%).

Figura 44. Personas que se refieren como cuidadoras (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 57,5% de las personas que cuidan a otras personas familiares o con otra relación, son mujeres y un 42,5% son hombres (Figura 45).

Figura 45. Personas que se refieren como cuidadoras por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la tabla 12, se observa que un 11,3% cuidan a otras personas, y de estas personas cuidadoras la gran mayoría, el 94,3%, cuida a otro familiar. Estas personas cuidadoras dedican 10 o más horas a la semana, en un 73,5% (siendo el 63,2% las que cuidan 20 horas o más a la semana y un 10,3% las que dedican de 10 horas a menos de 20) y finalmente el 26,5% menos de 10 horas a la semana.

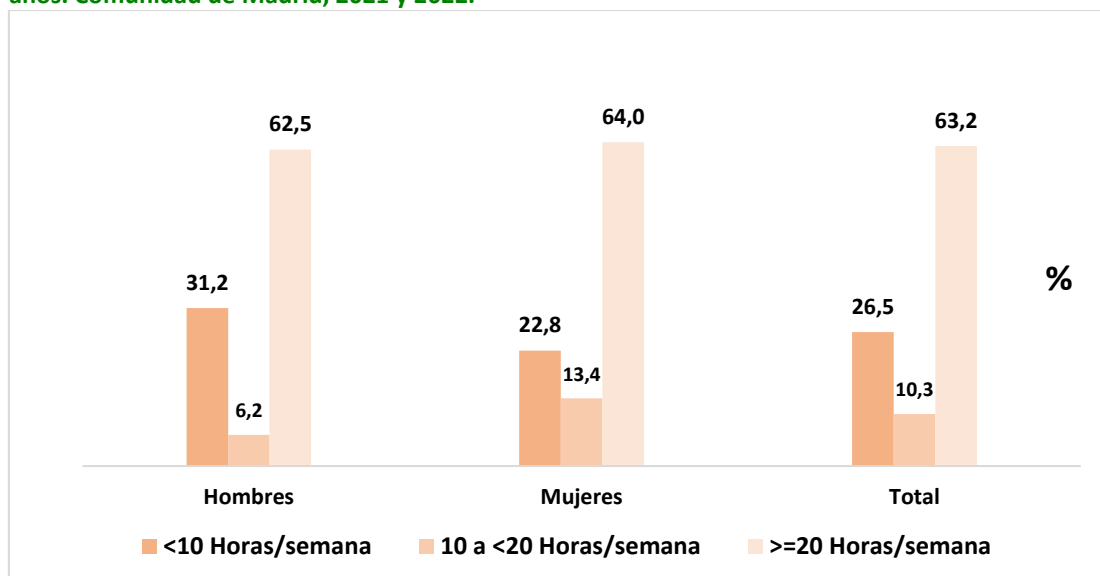
Tabla 12. Cuidado referido de otras personas, tipo de relación familiar y horas de cuidado a la semana por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Cuidado de otras personas*	228	11,3(10,0-12,8)	97	10,7(8,8-12,8)	131	11,9(10,1-13,9)	120	15,2(12,8-17,8)	64	8,9(7,0-11,2)	44	8,7(6,6(11,6)
Cuidado de un familiar	215	94,3(90,4-96,9)	93	95,8(89,8-98,9)	122	93,1(87,3-96,8)	114	95,0(89,4-98,1)	60	93,7(84,7-98,2)	41	93,1(81,3-98,5)
Horas de cuidados semana**	164	73,5(67,2-79,2)	66	68,7(58,5-77,8)	98	77,1(68,9-84,1)	77	65,8(56,4-74,3)	49	79,0(66,8-88,3)	38	86,3(72,6-94,8)

*Personas que están cuidando de personas mayores o con dolencias crónicas** Porcentaje de personas que cuidaron 10 horas o más en la semana.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

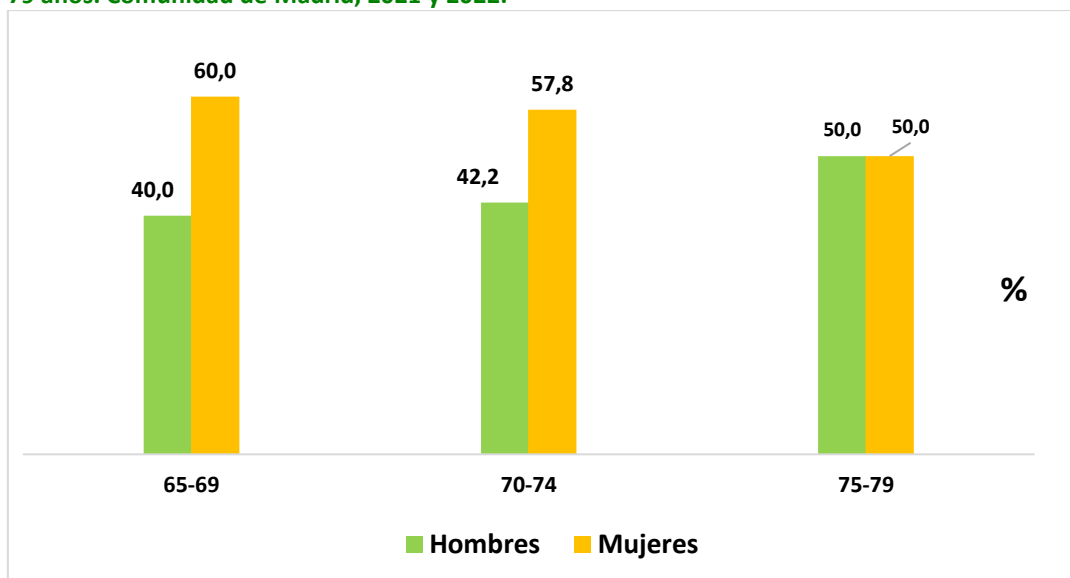
En número de horas dedicadas al cuidado de otras personas según sexo, el 64,0% de las mujeres supone ≥ 20 horas vs 62,5% en hombres (Figura 46).

Figura 46. Número de horas de cuidado realizados semanalmente por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En los dos primeros grupos de edad la diferencia en porcentaje de personas dedicadas al cuidado es sensiblemente superior en mujeres que en hombres (Figura 47).

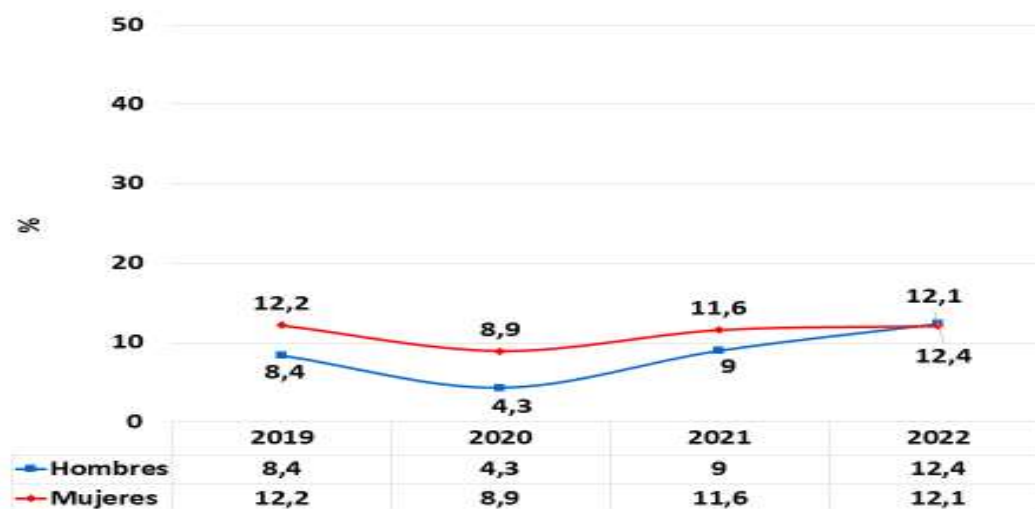
Figura 47. Personas que refieren ser cuidadoras, por grupos de edad y por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M)

En el último año de la serie para los hombres hay un claro aumento de los que se autodefinen como cuidadores igualando a las mujeres y en estas vuelve a sus valores iniciales (Figura 48).

Figura 48. Personas que refieren ser cuidadoras por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M)

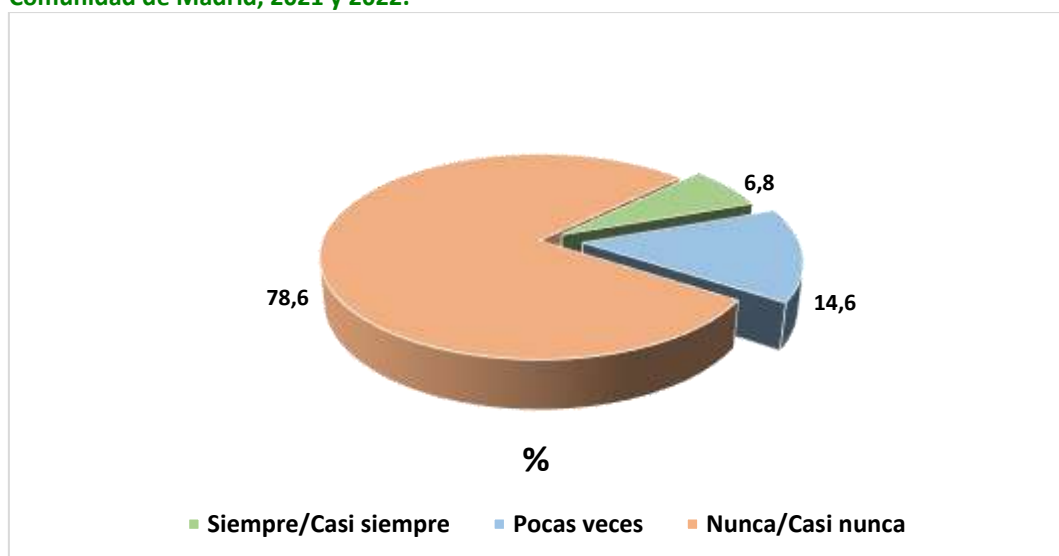
No se aprecian diferencias significativas en el porcentaje de personas cuidadoras según variables socioeconómicas; destacar que el valor máximo se alcanza en el caso de mujeres en estado civil de soltería con un 16,1%; la mayor diferencia por sexo se da en la categoría separación/divorcio cifra que en hombres es doble respecto a mujeres (12,0% vs 6,0%) mientras que en el resto de categorías de este indicador, esta diferencia, aunque no tan llamativa, muestra un valor ligeramente superior en las mujeres respecto de los hombres (Tabla 9 anexo).

3.5. SENTIMIENTO DE SOLEDAD

No hay una definición consensuada de soledad, pero se considera un fenómeno multidimensional y subjetivo que involucra aspectos de personalidad, interacción social y habilidades¹⁴. La soledad como sentimiento es una situación dolorosa, no buscada por la persona, sino impuesta, que se da con mucha frecuencia entre las personas mayores. Hay circunstancias personales que provocan el sentimiento de soledad entre las personas mayores: deterioro de relaciones familiares, el aislamiento social y la falta de participación en actividades.

El 78,6% dijo no tener sentimiento de soledad “nunca o casi nunca” (Figura 49) y por sexo los hombres obtuvieron un 85,1% y mucho menor porcentaje en esta categoría, las mujeres con un 73,2%.

Figura 49. Sentimiento de soledad referido, según frecuencia (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la categoría de sentimiento de soledad “siempre o bastantes veces” contestaron un 6,8% y, por sexo el porcentaje de las mujeres supera en más del doble al de los hombres (8,9% mujeres vs 4,3% hombres).

En la categoría siempre o casi siempre, según edad se observa un gradiente de aumento al hacerse mayor; en el grupo de 75 a 79 años un 10,2% refirió sentirse solo/a siempre o casi siempre, resultado que fue considerablemente mayor que en el grupo más joven (5,1%).

Tabla 13. Sentimiento de soledad referido según frecuencia, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

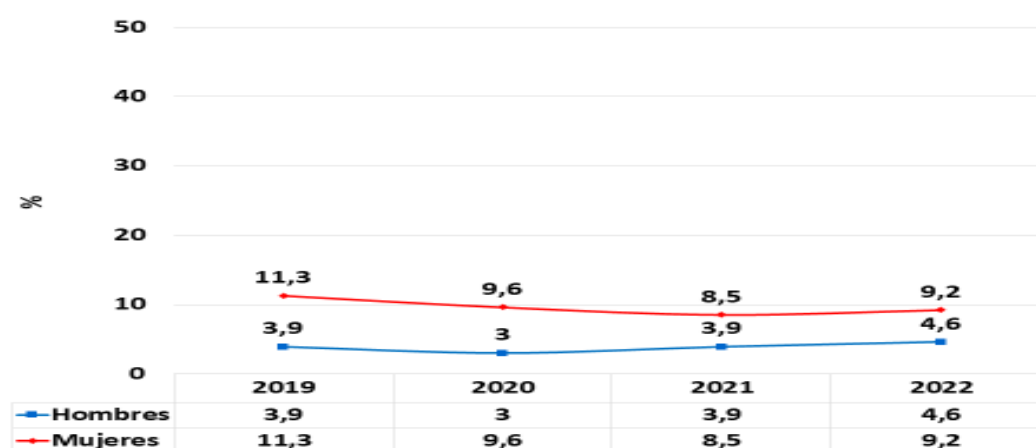
	Sexo						Edad					
	Totales		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Siempre/Casi siempre	137	6,8(5,8-8,0)	39	4,3(3,2-5,8)	98	8,9(7,3-10,7)	40	5,1(3,7-6,8)	46	6,4(4,8-8,4)	51	10,2(7,8-13,2)
Pocas veces	293	14,6(13,1-16,2)	96	10,6(8,7-12,7)	197	17,9(15,7-20,2)	130	16,4(14,0-19,2)	91	12,7(10,4-15,3)	72	14,4(11,6-17,7)
Nunca/Casi nunca	1580	78,6(76,8-80,3)	772	85,1(82,6-87,3)	808	73,2(70,5-75,8)	621	78,5(75,5-81,2)	581	80,9(77,9-83,6)	378	75,4(71,5-79,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 6,8% tiene sentimiento de soledad bastantes veces, siempre o casi siempre; por sexo, es más del doble en mujeres (8,9%) que en hombres (4,3%) (Anexo Tabla 8). Se observa una disminución del porcentaje con el aumento de ingresos económicos siendo un 10,3% en el más bajo y un 5,7% en el más alto (Anexo Tabla 8). Se refirió por el 31,1% de los hombres viudos y el 14,2% de las mujeres viudas (Anexo Tabla 8).

El sentimiento de soledad siempre o casi siempre se mantiene a lo largo de la serie como se observa en la Figura 50, además se observa una gran diferencia entre hombres y mujeres de forma que son más afectadas por este problema las mujeres.

Figura 50. Sentimiento de soledad referido, por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.

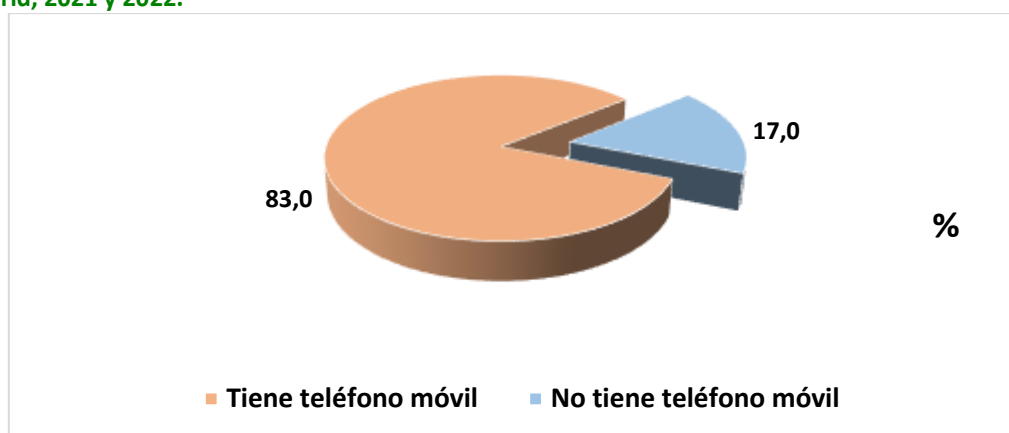


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.6. USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (NTIC)

El uso de nuevas tecnologías, entre ellas el teléfono móvil, es un instrumento de participación activa que facilita la interacción de las personas mayores con las entidades públicas y privadas, el ocio y las relaciones sociales¹⁵. Está clara “la potencialidad de NTIC para la mejora de la calidad de vida, la autonomía y la seguridad de las personas mayores, lo cual incluye aspectos de vida independiente, tecnologías asistidas, salud electrónica, servicios de emergencia, localización, etc”¹⁶. El uso de las tecnologías de información y comunicación en los hogares ha crecido en los últimos años, si bien sigue existiendo una brecha entre los usuarios y no usuarios (brecha digital) que se puede atribuir a una serie de factores: la falta de infraestructura (en particular en las zonas rurales), la falta de conocimientos de informática y habilidades necesarias para participar en la sociedad de la información, o la falta de interés en lo que la sociedad de la información puede ofrecer¹⁷.

En SIVFRENT-M se recoge el porcentaje de personas con teléfono móvil y conexión a Internet y cuál es su uso.

Figura 51. Personas refieren disponer de teléfono móvil (%). Población de 65 a 79 años Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El uso del móvil además de para hablar con sus familiares y amigos, se usa para mensajes a familiares y amigos/as por WhatsApp prácticamente en un 100%; el uso para conectarse a internet y buscar información es mucho menor, globalmente 79,7%, por sexo es mayor en los hombres frente a las mujeres, 83,1% y 77,0% respectivamente; por edad destaca el grupo de 75 a 79 años que muestra un uso mucho menor de Internet (42,9%) que los otros dos grupos de edad (Tabla 14).

Tabla 14. Personas refieren disponer de teléfono móvil o usan internet por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Disponen de teléfono móvil	1670	83,0(81,3-84,4)	763	84,0(81,2-86,0)	907	82,2(80,0-84,3)	719	90,8(88,6-92,6)	611	85,0(82,2-87,4)	340	67,6(63,4-71,5)
Uso de Internet	1332	79,7(77,7-81,7)	634	83,1(80,2-85,7)	698	77,0(74,1-79,7)	629	79,4(76,4-82,1)	487	67,7(64,1-71,1)	216	42,9(38,6-47,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Respecto a 2019, en 2020 se aprecia incremento del uso de internet para buscar información: de 50,9% (47,9-53,9) pasa a 61,7%(58,8-64,5) y en los dos últimos años, 2021y 2022, a 79,7% (77,7-81,7).

3.7. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal. Las organizaciones de personas de edad constituyen un medio importante para facilitar la participación mediante la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones¹⁸, previene el aislamiento, es una fuente de apoyo social, es un espacio de reconocimiento personal, la persona mayor ejerce un rol, se identifica y se siente parte del grupo, se plantea objetivos individuales y colectivos. Pero uno de los elementos que tiene mayor incidencia en el bienestar general de las personas mayores es el hecho de que la participación actúa como un mecanismo protector o amortiguador en situaciones de estrés¹⁹.

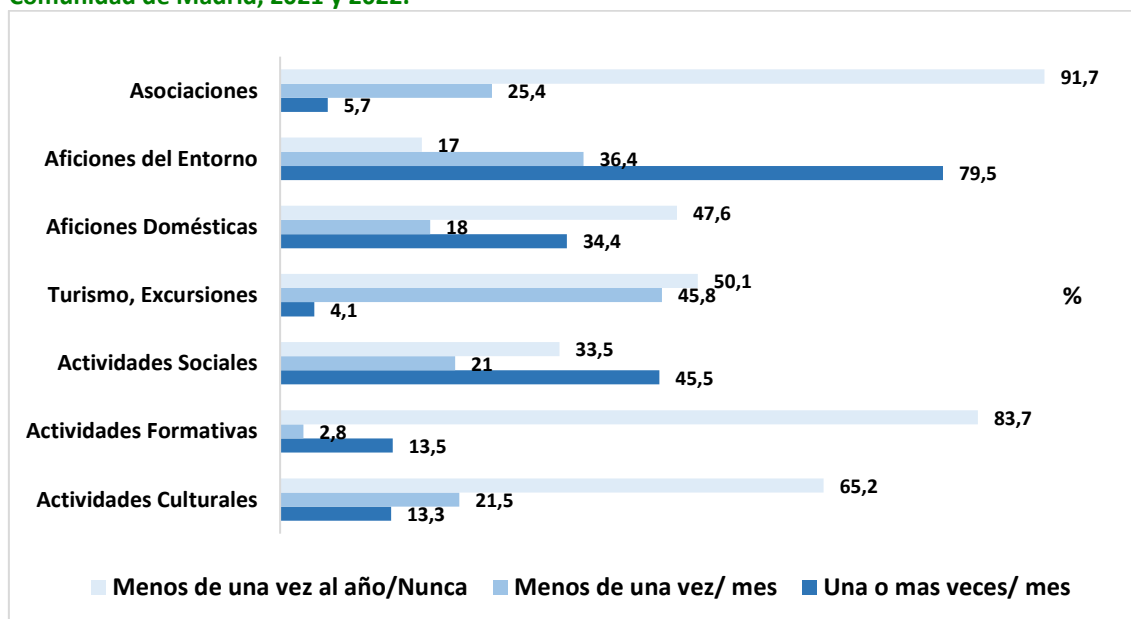
En el SIVFRENT-M se incluye un grupo de preguntas que recoge la participación en determinadas actividades que van desde culturales, formativas, sociales, viajes, hobbies domésticos y del entorno hasta participación activa en asociaciones, así como sus frecuencias de realización.

En la Figura 52 se presentan los porcentajes globales por actividades de participación activa y su frecuencia de realización en tres categorías, una o más veces al mes, menos de una vez al mes, menos de una vez al año o nunca.

Los porcentajes más bajos de participación, con una frecuencia menor de una vez al año o no realizados en absoluto fueron en asociaciones con un 91,7% y en actividades formativas con un 83,7%. Las actividades realizadas con frecuencia de “una o más veces al mes” fueron “actividades del entorno relacionadas con la residencia o barrio tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc.” con un 79,5%, así como “actividades sociales que incluyen ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta etc.” con un 45,5%.

Las actividades con frecuencia más baja, “menos de una vez al mes”, fueron hacer turismo o excursiones con un 45,8%, aficiones del entorno con un 36,4%, y asociacionismo con un 25,4%.

Figura 52. Participación según tipo de actividad y frecuencia (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

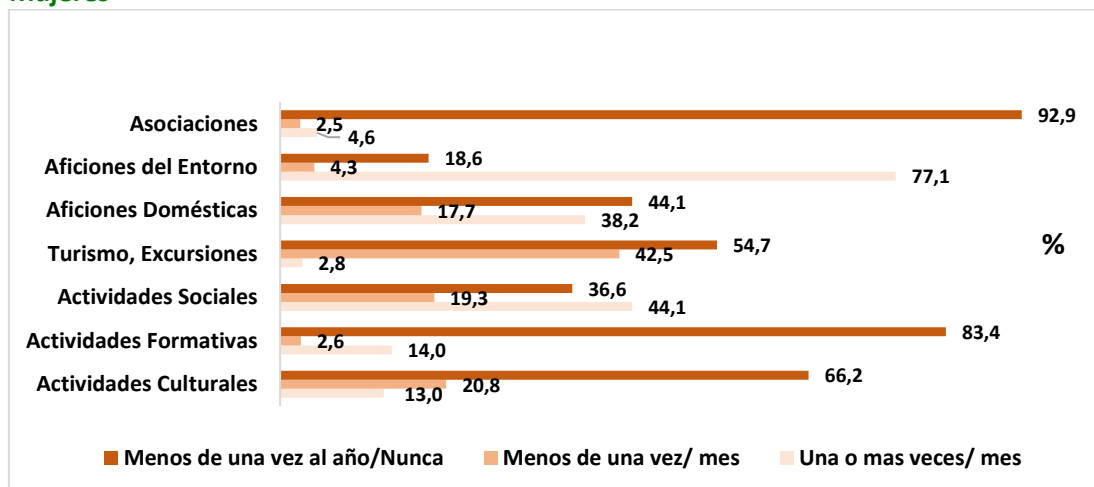


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

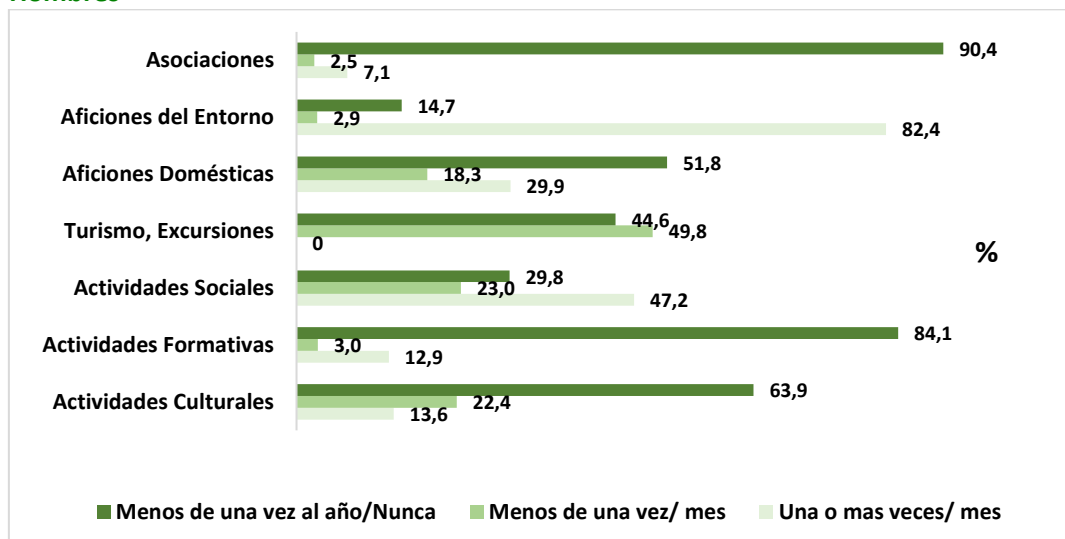
En la figura 53 se muestran los porcentajes por cada ítem de participación por sexo; las actividades con más frecuencia realizadas por los hombres son las relacionadas con el entorno 82,4% y en las mujeres también, pero con un valor mucho menor, 77,1%; las formativas y de asociación son las menos realizadas en ambos sexos; las actividades sociales en frecuencia de una o más veces al mes son más elevadas en hombres 47,2%, que en mujeres 44,1%. Las actividades de una regularidad de una o más veces al mes (excepto las mencionadas de entorno y sociales), mostraron valores muy bajos, si bien las de tipo doméstico se sitúan en hombres en 29,9% y en mujeres en 38,2%.

Figura 53. Participación según tipo de actividad y frecuencia por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Mujeres



Hombres



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la tabla 15 se muestran los porcentajes de actividades que, o no se realizan, o se hacen en una frecuencia de una vez al año, o incluso inferior.

De forma global el porcentaje más alto de “no realización” se halló en la participación en cualquier tipo de asociación, social, política, vecinal comunitaria etc. (91,7%); por sexo este porcentaje fue incluso mayor en las mujeres 92,8% vs 90,4% en hombres y por edad es similar entre los grupos. La falta de realización de actividades formativas como estudiar, hacer cursos o aprender cosas nuevas es muy elevada con un global de 83,7% y se mantienen estas cifras de inactividad tanto por sexo como por edad. No asisten a actividades culturales como ir al cine, teatro o exposiciones nunca o menos de una vez al año un 65,2% de los/as entrevistados/as; por sexo, mujeres 66,2% y hombres 63,9%; hay un evidente aumento de este porcentaje con la edad. La no realización de actividades sociales como ir a clubs, reunirse con amigos o amigas, salir a comer o cenar, ir a centros de mayores, es mucho menor que los dos ítems anteriores con un total de 33,5% y una diferencia de casi 7 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (29,8% vs 36,6% respectivamente); con el aumento de la edad también aumenta la participación en

eventos sociales de forma considerable según se observa en la Tabla 15. En torno a la mitad de las personas de esta población, no realiza actividades turísticas, excursiones o viajes, con un mayor porcentaje en mujeres (54,7%) y globalmente aumenta considerablemente con la edad. Nunca hacen una actividad doméstica como bricolaje, jardinería, manualidades, punto, ganchillo, etc. un 47,6% y nunca una actividad del entorno como caminar, ir al parque, etc. un 16,9%.

Tabla 15. Participación comunitaria una vez al año o nunca, según tipo de actividad, sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	SEXO						EDAD					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Actividades culturales	1311	65,2(63,1-67,2)	581	63,9(60,8-67,0)	730	66,2(63,4-68,9)	464	58,7(55,3-62,1)	465	64,7(61,1-68,1)	382	76,1(72,2-79,6)
Actividades formativas	1682	83,7(82,1-85,3)	763	84,1(81,6-86,4)	919	83,4(81,1-85,5)	637	80,6(77,7-83,2)	611	85,0(82,2-87,4)	434	86,8(83,5-89,5)
Actividades sociales	674	33,5(31,5-35,6)	271	29,8(27,0-32,8)	403	36,6(33,8-39,4)	217	27,5(24,5-30,7)	224	31,1(27,9-34,6)	233	46,4(42,2-50,7)
Turismo, excursiones	1008	50,1(48,0-52,3)	405	44,6(41,4-47,8)	603	54,7(51,8-57,6)	358	45,3(41,9-48,8)	347	48,3(44,6-51,9)	303	60,4(56,1-64,5)
Aficiones domésticas	956	47,6(45,4-49,8)	470	51,8(48,6-55,1)	486	44,1(41,2-47,9)	351	44,4(41,0-47,9)	331	46,2(42,5-49,8)	274	54,7(50,3-59,0)
Aficiones del entorno	338	16,9(15,3-18,5)	133	14,7(12,5-17,1)	205	18,6(16,4-21,0)	102	13,0(10,8-15,5)	115	16,0(13,5-18,9)	121	24,2(20,6-28,1)
Asociaciones	1843	91,7(90,5-92,9)	821	90,4(88,3-92,2)	1022	92,8(91,1-94,2)	718	90,9(88,7-92,7)	669	93,0(90,9-94,7)	456	91,2(88,4-93,4)

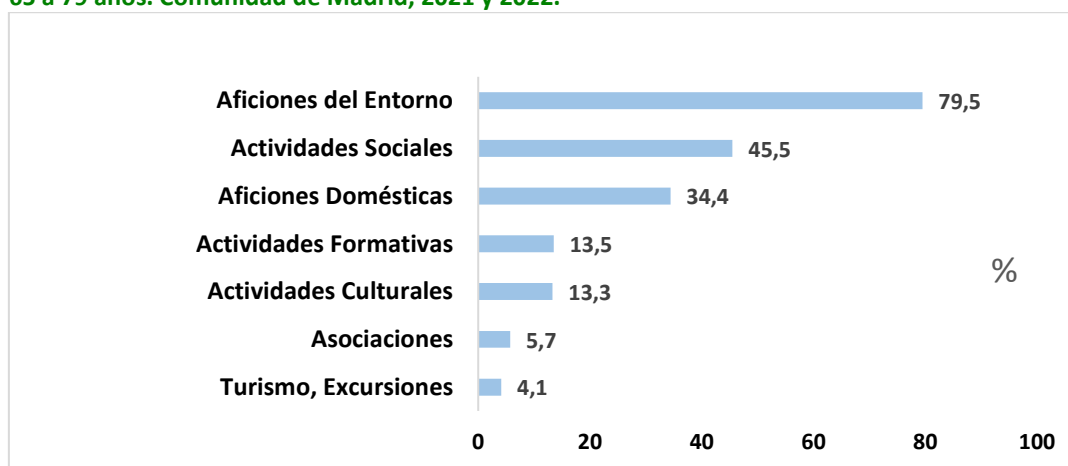
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Participación comunitaria una vez al mes o más

En las Figuras 54 y 55 se muestran los porcentajes de participación comunitaria en los diferentes aspectos preguntados con una frecuencia igual o superior a una vez por mes.

El mayor porcentaje global fue en aficiones relacionadas con el entorno o residencia o barrio tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc. con un 79,5% y el menor fue de participación actividades de turismo, excursiones o viajes.

Figura 54. Participación comunitaria una o más veces al mes, según tipo de actividad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

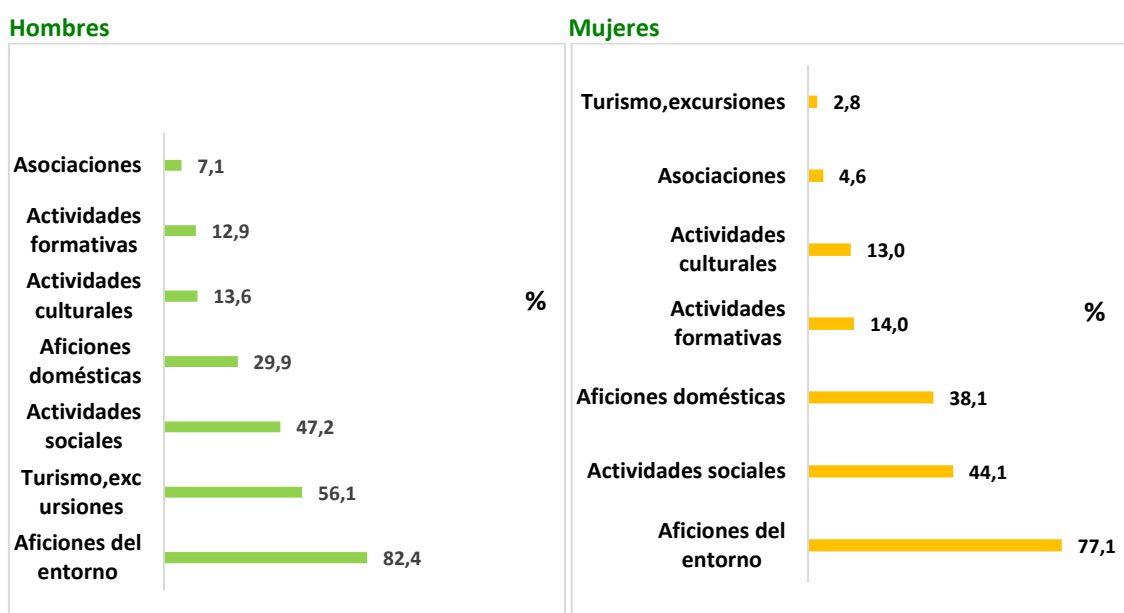


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En ambos sexos, las actividades realizadas “una o más veces al mes” como viajar, hacer excursiones o turismo fueron minoritarias con un 4,1%; las actividades culturales como ir al cine, teatro o exposiciones; las actividades formativas como estudiar, hacer cursos o aprender cosas nuevas, y las aficiones o hobbies del entorno habitual como jardinería, bricolaje, manualidades,

costura, punto etc. obtuvieron resultados similares en hombres y mujeres (Figura 55). En actividades sociales como ir al club, centros de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos o ir de fiesta, se observan nueve puntos porcentuales de diferencia, siendo mayor en hombres que en mujeres (47,2% vs 38,1%). También hubo diferencia en aficiones relacionadas con el entorno de residencia o barrio, como caminar, ir al parque, ir a la plaza, quedar con los vecinos con un 77,1% en las mujeres y un 82,4% en hombres. En la participación activa en asociaciones de cualquier fin, voluntariado, social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo fue muy minoritario en ambos sexos, pero mayor en los hombres, 7,1%, que en las mujeres, 4,6%.

Figura 55. Participación comunitaria una o más veces al mes, según tipo de actividad y sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.



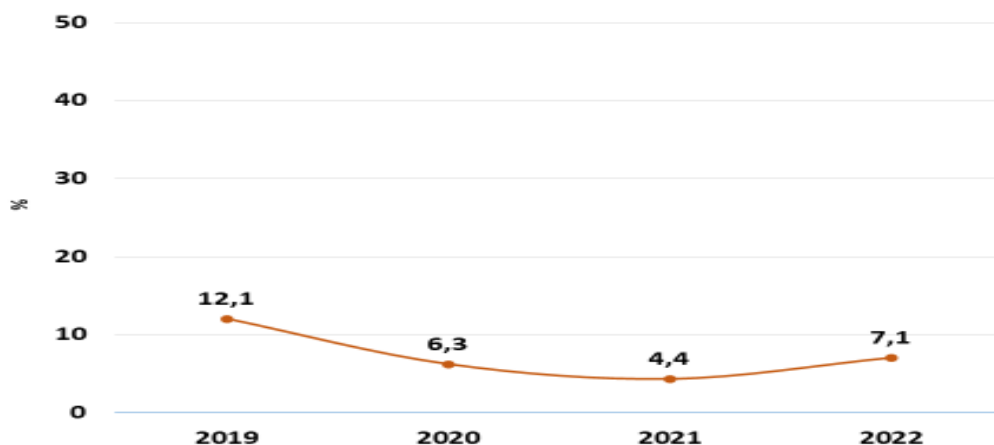
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Participación en asociaciones

El porcentaje de personas que refieren no participar de forma activa en asociaciones (desde nunca a menor o igual a una vez al año), según variables socioeconómicas, en todas sus categorías mantienen cifras superiores al 85% con lo que una actividad que se ha descrito como altamente beneficiosa parece estar relegada a una minoría. Esta falta de participación, es mayor de forma progresiva al disminuir tanto el nivel educativo como el de ingresos económicos. Por sexo no se aprecian diferencias (Anexo Tabla 10).

En la evolución anual en participación en asociaciones una o más veces al mes, se mantiene durante toda la serie, un bajo porcentaje (Figura 56).

Figura 56. Participación en asociaciones una o más veces al mes por año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2022.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

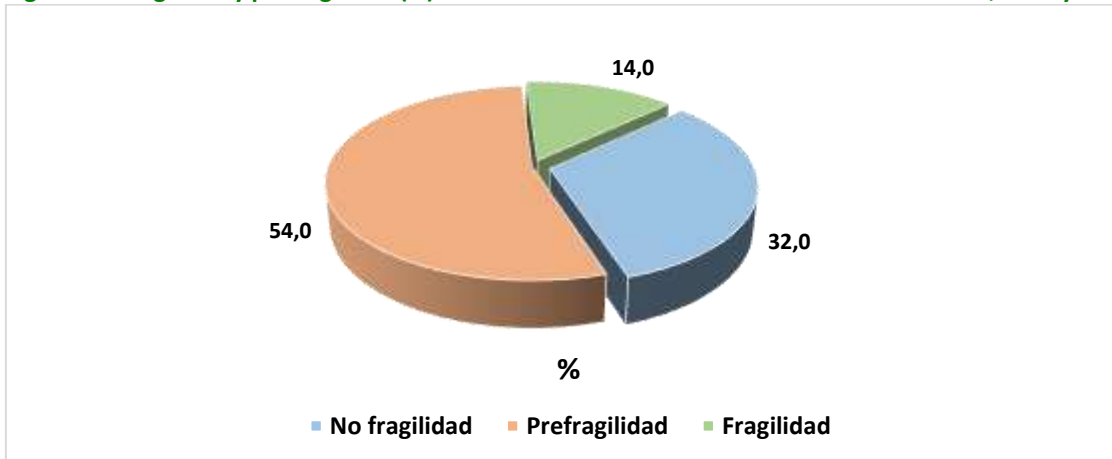
En la categoría “Participación comunitaria de asociacionismo”, actividad de participación que implica interacción comunitaria activa (voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo), que no tiene un carácter lúdico, sino que muestra una integración y posibilidad de decisión dentro de la comunidad, los resultados figuran en la tabla 10 del Anexo.

3.8. FRAGILIDAD Y PREFRAGILIDAD

La fragilidad es un estado de prediscapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad. Su importancia radica en que se centra en la funcionalidad y no se focaliza en el diagnóstico de enfermedad. Es un predictor de eventos adversos de salud a corto medio y largo plazo¹².

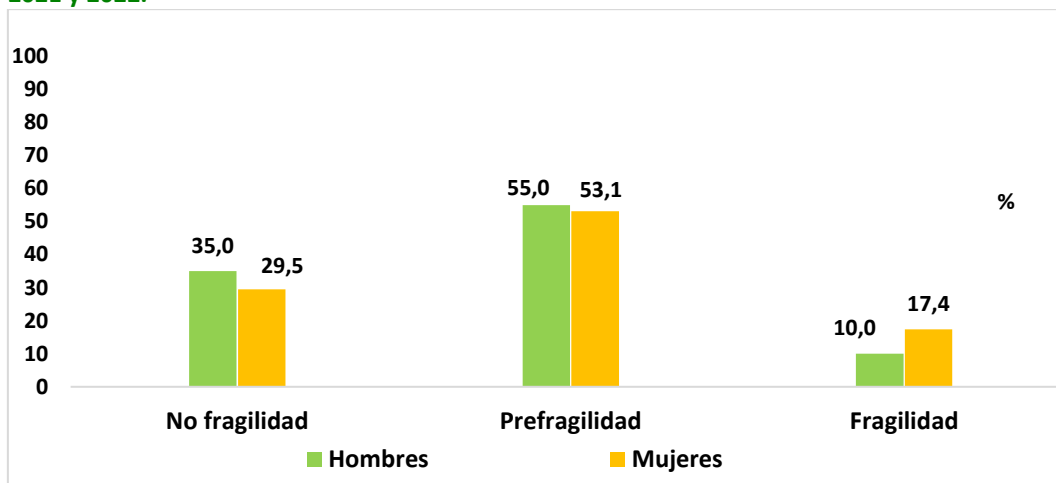
Para medir fragilidad, nos basamos en la escala FRAIL que incluye 5 preguntas relativas cada una de ellas a un dominio: Fatigabilidad, Resistencia, Deambulaci3n, Cronicidad y P3rdida de peso; cada una de las cuales vale 1 punto y los pacientes se clasifican como fr3giles cuando suman 3-5 puntos; se clasifica como prefragilidad si se obtienen de 1 a 2 puntos¹² (Tabla 0). Se toman las preguntas del cuestionario SIVFRENT-M que recogen los aspectos estudiados en esta escala y se adaptan a este grupo de edad. Las variaciones respecto de la escala FRAIL se encuentran en la pregunta sobre comorbilidad sobre la cual se ha recogido la menci3n de tener o no una enfermedad cr3nica y en la pregunta “posibilidad de recorrer varios cientos de metros” la escala incluye espec3ficamente la distancia de “500 metros”.

El 68,0% de la poblaci3n est3 en alg3n grado de fragilidad (prefragilidad 54,0% y 14,0% fragilidad), es decir responde afirmativamente a cualquiera de los aspectos mencionados anteriormente incluidos, un 32,0% respondi3 negativamente a todos ellos (Figura 57).

Figura 57. Fragilidad y prefragilidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Según sexo, en situación de prefragilidad se encuentra un 53,1% de mujeres y un 55,0% de hombres y, en no fragilidad el 29,5% de las mujeres y el 35,0% de los hombres (Figura 58).

Figura 58. Fragilidad y prefragilidad por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 17,4% de las mujeres presentan fragilidad y el 10,0% hombres. La fragilidad disminuye ostensiblemente con el aumento de ingresos económicos y a mayor nivel educativo (además de duplicarse entre el grupo de edad más joven y el mayor) (Anexo Tabla 11).

4. CONCLUSIONES

Percepción de salud. La salud es percibida como buena o muy buena en casi dos tercios de la población, disminuyendo el porcentaje al aumentar la edad; por sexo y para la mayoría de las variables sociodemográficas contempladas, los resultados en los hombres son mejores que los de las mujeres. Tanto el nivel de ingresos económicos como el educativo se asocian positivamente a una mayor prevalencia de salud autopercibida buena o muy buena. A lo largo de toda la serie se mantiene esta mayoría de población que manifiesta tener buena o muy buena salud con un valor máximo en 2020 volviendo en 2022 a valores de 2019, quizá debido a una mayor implicación de la población en la encuesta en 2020 y 2021, pues se alcanza la mayor tasa de respuesta, superando el 70%.

Problemas crónicos de salud. La mayoría de las personas de 65 a 79 años tiene un problema de salud crónico, con predominio en mujeres; por edad y al aumentar esta, hay un aumento de frecuencia en padecimientos crónicos de más de nueve puntos porcentuales. Su evolución en la serie mantiene la mayor prevalencia en mujeres, salvo en el último año en el que las cifras se igualan; el nivel educativo y de ingresos económicos muestran asociación con menores problemas crónicos de salud sin alcanzar significación estadística.

Limitación de la actividad. Una de cada cuatro o cinco personas refiere algún grado de limitación de la actividad (GALI), prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres. Esta limitación de actividad se debe a causas físicas en su mayoría y es menor la limitación por causa mental o ambas.

Limitación física y cognitiva. En torno a una de cada 10 personas refiere alguna dificultad para caminar 500 metros sin ayuda, y en una de cada 8 se aprecia la imposibilidad o la dificultad para subir o bajar 12 escalones y, mucho mayor es la población afectada por dificultad para recordar o concentrarse. De forma general, los porcentajes de limitación en las tres esferas estudiadas son el doble en las mujeres que en los hombres; por grupos de edad hay un empeoramiento de las tres capacidades con el aumento de la edad.

Dificultad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Para la ABVD se aprecia algún grado de dependencia en una de aproximadamente cada 10 personas, porcentaje mayor en las mujeres respecto de los hombres; también existe un gradiente de incremento con la edad. El ítem más elevado fue la dificultad para sentarse o levantarse de una silla o cama o acostarse y el que tuvo menor grado de dificultad fue alimentarse.

En dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), los porcentajes de dependencia son más elevados que para ABVD: más de cuatro personas de cada 10 tienen algún grado de dependencia instrumental y casi una de cada cuatro están en dependencia ligera. El ítem que se contestó en mayor porcentaje tanto para tener alguna dificultad para hacerlo y hasta mucha o no poder hacerlo en absoluto fueron las tareas domésticas que requieren algún esfuerzo y el de menor dificultad, el uso del teléfono. En cualquier grado de dependencia, desde ligera a moderada, grave o total, los resultados son mucho mayores en las mujeres y en las personas con menos recursos económicos y con menor nivel educativo.

Caídas. Alrededor de una de cada 10 personas sufrieron una caída en el último año que requirió asistencia sanitaria, cifra más del doble en mujeres que en hombres y porcentaje mayor en el grupo de mayor edad. Refieren problemas para andar o trasladarse de un sitio a otro siempre o frecuentemente, considerablemente más las mujeres que los hombres. Afecta a la actividad diaria porque se vive con miedo a caerse o limita la actividad, siempre o frecuentemente en el

6,5% de los hombres y el 22,5% de las mujeres. El riesgo de caídas en esta población provoca inseguridades y malestar, además de que este tipo de accidentes en población que comienza a ser físicamente más vulnerable puede tener gravísimas consecuencias.

Dolor físico persistente. El dolor en mayores está muy presente y causa una disminución de calidad de vida importante con limitaciones en sus actividades, además del malestar psicológico, alteración del sueño, pérdida de apetito y otros problemas. Algo más de la mitad de la población de 65 a 79 años vive con dolor físico persistente de variada intensidad desde muy leve a severo o extremo, en las últimas 4 semanas. Como en la mayoría de indicadores anteriormente mencionados, la cifra predomina de forma significativa en mujeres; afecta más a los grupos de menores ingresos respecto de los de mayor poder adquisitivo, más de cuatro veces de diferencia, gradiente que también se observa según nivel educativo. De toda la población estudiada, destacan con las mayores cifras mujeres con ingresos mensuales más bajos y aquellas en situación de viudedad.

Sensación de cansancio. Casi la mitad de la población sufre sensación de cansancio, parte del tiempo, la mayoría o todo el tiempo, cifra que se incrementa con la edad y es considerablemente más elevada en las mujeres que en los hombres; es mayor en menor nivel de ingresos económicos y menor nivel educativo.

Salud mental. Los síntomas depresivos de moderados a severos siguiendo el cuestionario PHQ-8, alcanzan al 6,0% de la población y el porcentaje en mujeres supera 4 veces la cifra en hombres, esta diferencia se mantiene en toda la serie. De nuevo, como en anteriores indicadores, se obtiene un gradiente de descenso de síntomas depresivos al aumentar ingresos económicos y nivel educativo.

Apoyo social. La falta de apoyo social, entendido como presencia de recursos provenientes de otras personas, es uno de los factores de vulnerabilidad. La gran mayoría pueden contar con 3 a 5 o más personas en caso de un problema grave. Las personas de 65 a 79 años perciben que otros se preocupan mucho por lo que les pasa en un porcentaje elevado; aproximadamente, una de cada diez personas entrevistadas, refieren dificultad o mucha dificultad en encontrar ayuda en caso de un problema grave, sin grandes diferencias por sexo. La puntuación de la escala OSSLO-3 muestra que, la mayoría de la población refiere un fuerte apoyo social, con más de cuatro puntos de diferencia en favor de los hombres respecto de las mujeres; sin embargo, casi cuatro de cada diez tienen un apoyo social medio o pobre; los niveles más altos de porcentajes de personas que refieren pobre apoyo social o sin apoyo, se encuentran en los hombres de menor nivel de o en estado civil de soltería. El fuerte apoyo además ha disminuido considerablemente en el año 2022 respecto del 2021, fluctuación que requiere seguir en vigilancia en sucesivos informes.

Personas mayores como cuidadoras. Los cuidados, tanto por lo dificultoso de la labor como por el tiempo empleado, constituyen una prolongación de la actividad laboral en edades consideradas de jubilación en el mundo laboral. Una de cada 11 personas refiere actividad de cuidados a otras personas, tanto a familiares, lo más generalizado, como a personas de diferente relación. La frecuencia de esta actividad es similar por sexo, aunque en cuidar 10 horas o más a la semana las mujeres superan a los hombres.

Sentimiento de soledad. La soledad sentida, no querida, siempre o casi siempre, referida al último año, alcanza a una de cada 15 personas, 1 de cada 23 hombres y una de cada 11 mujeres. De forma mayoritaria el sentimiento se percibe en frecuencia de nunca o casi nunca. Por variables sociodemográficas, destaca la mayor prevalencia en las personas con estado civil en situación de viudedad afectando a uno de cada tres hombres y una de cada siete mujeres.

Uso de Nuevas Tecnologías. El uso del teléfono móvil para comunicación está muy extendido y algo menos su uso como herramienta de consulta a Internet, lo que se podría potenciar con formación especialmente en los grupos de mayor edad. Una de cada tres personas entre 75 y 79 años no dispone de este tipo de teléfono.

Participación comunitaria. La participación en actividades comunitarias en esta edad es básica para evitar estrés, aislamiento, obtener reconocimiento personal, y en definitiva mantener el bienestar. Las actividades relacionadas con el entorno como caminar, ir a la plaza, quedar con los vecinos o ir al centro deportivo, se realizan una o más veces al mes de forma mayoritaria. Le sigue en frecuencia las actividades sociales como ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, fiestas, etc. El resto de actividades, aficiones domésticas, actividades formativas, culturales y de participación en asociaciones de cualquier tipo están por debajo o muy por debajo; es llamativo el mínimo porcentaje en asociacionismo, en principio indicativo de integración o participación más activa en la comunidad que repite el patrón ya mencionado de mejora con mejores ingresos y mayor nivel educativo.

Fragilidad. En este grupo de edad dos tercios de las personas están en situación de prefragilidad o fragilidad, mostrando de nuevo las mujeres cifras mayores que las de los hombres. El indicador de fragilidad, se aprecia en torno a casi dos de cada diez mujeres, valor que es superior en siete puntos porcentuales a los hombres. Hay una diferencia de casi el triple por nivel educativo siendo el mayor valor para el nivel bajo y de unos quince puntos porcentuales de diferencia entre el nivel de ingresos más bajo y el más alto.

Conclusiones. De acuerdo a los resultados obtenidos, se constata el empeoramiento progresivo de la autopercepción de salud con el aumento de la edad, explicado por la afectación por alguna dolencia crónica o el incipiente grado de limitación bien sea física o, en menor grado, mental; las dificultades de interacción social como la carencia de apoyo social, contribuyen a mayor vulnerabilidad, y se refieren por al menos una de cada tres personas.

La salud mental es un aspecto prioritario a vigilar en este grupo de edad con gran diferencia en sintomatología depresiva según sexo. La amplia afectación de algún grado de prefragilidad o fragilidad franca que indica un aumento de la probabilidad para alguna nueva discapacidad y por tanto necesidad de intervención preventiva, indica la conveniencia de potenciar entre otras intervenciones, programas adaptados de ejercicio físico, revisión de medicación que favorezca caídas, valoración del domicilio y su adecuación.

La red social y la participación comunitaria que juega un papel clave en el envejecimiento saludable, no solo recreativo, sino también de formación, estímulo intelectual y crecimiento personal, están muy extendidas, aunque predominantemente utilizados para comunicar con familiares o amigos. Es muy escasa la participación en asociacionismo de cualquier tipo, asimismo muy bajo en actividades formativas; es sabido, que la participación comunitaria y el fortalecimiento de la red social afectan de forma determinante al bienestar, por lo que se debe considerar un pilar clave en cuanto a promoción de salud en las personas de esta edad.

Por último, se constata la gran diferencia por sexo en la mayoría de los aspectos analizados, siendo las cifras de las mujeres considerablemente peores a las de los hombres; así también, el agravamiento al aumentar la edad y la progresión negativa de los indicadores analizados al disminuir los ingresos económicos y el nivel educativo.

Informe elaborado por: Virginia del Pino, Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2021 y 2022. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 2. Volumen 29. Febrero 2024

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-OMS. Acción multisectorial par un envejecimiento saludable en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.4 del orden provisional. 22 de abril de 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
- 2.-Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020.
- 3.-IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 4.-Martín Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. Miembro de los Grupos de Trabajo de Atención al Mayor (semFYC y Osatzen) y de Prevención en el Mayor (PAPPS-semFYC). AMF. 2013;9(9):508-514.
- 5.-European Health Interview Survey (EHIS wave3) Metodológica Manual 2018 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2018.
- 6.-Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Miñana T y Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. Aten Primaria. 2012;44(6):309-319.
- 7.- IMSERSO. El libro blanco del envejecimiento activo. 1.ª edición, 2011
- 8.-Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes estudios e investigación 2014.
- 9.-Abizanda P, Gomez-Pavon J, Martin Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc). 2010;135(15):713-719.
- 10.-Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
- 11.-Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(4):674-686.
- 12.-Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord. 2009; 114(1-3):163-73. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026. Epub 2008.
- 13.-Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr. 2012; 12:27. doi: 10.1186/1471-2318-12-27. PMID: 22682023;
- 14.-Montero López Lena M, Sánchez-Sosa JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual; Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. Vol. 24, No. 1, febrero 2001 19-27.
- 15.-Sánchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;41 Supl 2:57-65.
- 16.-Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L, Puga González MD, Rojo Pérez F y Sancho Castiello M. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Observatorio de personas Mayores. Colección Documentos; Serie Documentos Estadísticos, Nº 22009. Encuesta 2006; Primera edición, 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 17.-Instituto Nacional de Estadística (INE) https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

18.-Naciones Unidas. Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Recomendaciones de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Artículo 10, Objetivo 2, Nueva York, 2002.

19.-Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. Gerokomos. 2016;27(3):104-108.

6. ANEXO

Tabla 1. Salud autopercebida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	262	68,8(63,9-73,2)	250	60,8(56,1-65,4)	512	64,7(61,3-67,9)
70-74	210	67,3(61,9-72,3)	230	56,7(51,8-61,4)	440	61,3(57,7-64,8)
75-79	140	64,8(58,1-71,0)	132	46,2(40,5-51,2)	272	54,2(49,9-58,4)
País de Nacimiento						
España	569	67,0(63,8-70,1)	564	55,1(52,1-58,1)	1133	60,5(58,3-62,7)
Otro	43	71,7(59,1-81,6)	48	60,0(49,0-70,1)	91	65,0(56,8-72,4)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	526	67,9(64,5-71,1)	361	56,9(53,0-60,6)	887	62,9(60,4-65,4)
Soltería	26	70,3(53,8-82,8)	64	57,1(47,8-66,0)	90	60,4(52,3-67,9)
Separación/Divorcio	36	72,0(58,1-82,7)	56	56,0(46,2-65,4)	92	61,3(53,3-68,8)
Viudedad	23	51,1(36,8-65,2)	130	51,2(45,0-57,3)	153	51,2(45,5-56,8)
Nivel educativo						
Primarios y menos	103	56,0(48,7-63,0)	139	44,3(38,9-49,8)	242	48,6(44,2-53,0)
Secundarios	300	67,0(62,5-71,2)	313	55,5(51,4-59,5)	613	60,6(57,5-63,5)
Universitarios	209	75,5(70,0-80,2)	160	71,1(64,9-76,7)	369	73,5(69,5-77,2)
Recursos económicos*						
<1050	53	55,8(45,2-66,0)	95	39,9(34,3-46,8)	148	44,9(39,3-50,4)
1050-1550	81	59,1(50,4-67,4)	107	49,2(45,4-58,9)	188	55,0(49,5-60,3)
>1550-2200	113	64,6(57,0-71,6)	77	63,3(49,3-66,0)	190	61,7(56,0-67,1)
2200-2700 y más	212	76,8(71,4-81,7)	113	63,8(63,1-77,2)	325	74,5(66,1-74,9)
Totales	612	67,3(64,2-70,3)	612	55,5(52,6-58,4)	1224	60,8(58,7-63,0)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 2. Alguna enfermedad crónica referida según variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	202	53,0(48,0-58,0)	227	55,5(50,7-60,2)	429	54,3(50,8-57,7)
70-74	175	55,9(50,3-61,4)	234	57,8(52,9-62,5)	409	57,0(53,3-60,6)
75-79	139	64,1(57,4-70,2)	177	61,9(56,1-67,3)	316	63,0(58,5-67,0)
País de Nacimiento						
España	484	56,9(53,5-60,2)	596	58,4(55,4-61,4)	1080	57,7(55,5-59,9)
Otro	32	53,3(40,8-65,5)	42	52,5(41,6-63,2)	74	52,9(44,6-61,0)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	440	56,6(53,1-60,1)	356	56,2(52,3-60,1)	796	56,5(53,9-59,0)
Soltería	16	43,2(28,4-59,4)	77	68,8(59,6-76,7)	93	62,4(54,4-69,8)
Separación/Divorcio	31	62,0(47,9-74,3)	50	50,0(40,3-59,7)	81	54,0(46,0-61,8)
Viudedad	29	64,4(49,6-77,0)	154	60,9(54,7-66,7)	183	61,4(55,8-66,8)
Nivel educativo						
Primarios y menos	97	52,1(45,0-59,3)	187	59,6(54,0-64,9)	284	56,8(52,4-61,1)
Secundarios	257	57,4(52,7-61,9)	334	59,4(55,3-63,4)	591	58,5(55,5-61,5)
Universitarios	162	58,5(52,6-64,2)	117	52,2(45,7-58,7)	279	55,7(51,3-60,0)
Recursos económicos*						
<1050	58	61,1(50,5-70,9)	155	66,0(59,7-71,8)	213	64,6(59,1-69,7)
1050-1550	70	51,1(42,4-59,7)	118	57,8(50,9-64,5)	188	55,1(49,7-60,5)
>1550-2200	104	58,8(51,1-66,1)	80	60,2(51,6-68,1)	184	59,4(53,7-64,9)
2200-2700 y más	158	57,3(51,1-63,1)	87	55,1(47,2-62,7)	245	56,5(51,6-61,2)
Totales	516	56,6(53,4-59,8)	638	58,0(55,1-60,9)	1154	57,4(55,2-59,5)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 3. Dependencia de moderada a grave y total para actividades instrumentales de la vida diaria por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	SEXO				n	Total %(IC95%)
	Hombres		Mujeres			
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)		
Edad						
65-69	9	2,4(1,2-4,5)	18	4,4(2,8-6,8)	27	3,4(2,3-4,9)
70-74	12	3,8(2,2-6,7)	38	9,4(6,9-12,6)	50	6,9(5,3-9,1)
75-79	21	9,7(6,4-14,4)	59	20,6(16,4-25,6)	80	15,9(13,3-19,3)
País de Nacimiento						
España	41	4,8(3,6-6,5)	111	10,8(9,1-12,8)	152	8,1(7,0-9,4)
Otro	1	1,7(0,2-10,9)	4	5,0(1,9-12,6)	5	3,6(1,5-8,3)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	30	3,9(2,7-5,5)	58	9,1(7,2-11,6)	88	6,2(5,1-7,6)
Soltería	2	5,4(1,3-19,2)	7	6,2(3,0-12,5)	9	6,0(3,2-11,2)
Separación/Divorcio	3	6,0(1,9-17,0)	8	8,0(4,1-15,2)	11	7,3(4,1-12,8)
Viudedad	7	15,6(7,6-29,2)	42	16,5(12,5-21,5)	49	16,4(12,7-20,9)
Nivel educativo						
Primarios y menos	16	8,6(5,3-13,6)	58	18,5(14,6-23,1)	74	14,8(12,0-18,1)
Secundarios	17	3,8(2,4-6,0)	47	8,3(6,3-10,9)	64	6,3(5,0-8,0)
Universitarios	9	3,2(1,7-6,1)	10	4,4(2,4-8,1)	19	3,8(2,4-5,9)
Recursos económicos*						
<1050	8	8,4(3,7-15,9)	37	15,7(11,6-20,9)	45	13,6(10,1-17,8)
1050-1550	7	5,1(2,1-10,2)	24	11,7(8,0-16,9)	31	9,0(6,2-9,6)
>1550-2200	10	5,6(2,7-10,1)	8	6,0(3,0-11,5)	18	5,8(3,5-9,0)
>2200-2700 y más	6	2,2(0,8-5,0)	3	1,9(0,6-5,7)	9	2,1(0,9-3,9)
Totales	42	4,6(3,4-6,2)	115	10,4(8,8-12,3)	157	7,8(6,7-9,0)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 4. Dolor extremo o severo referido según variables sociodemográficas por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

	SEXO				n	Total %(IC95%)
	Hombres		Mujeres			
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)		
Edad						
65-69	22	5,8(3,8-8,6)	47	11,4(8,7-14,9)	69	8,7(6,9-10,9)
70-74	17	5,4(3,4-8,6)	62	15,3(12,1-19,1)	79	11,0(8,9-13,5)
75-79	13	6,0(3,5-10,0)	47	16,4(12,6-21,2)	60	11,9(9,4-15,0)
País de Nacimiento						
España	48	5,6(4,3-7,4)	145	14,2(12,2-16,4)	193	10,3(9,0-11,7)
Otro	4	6,7(2,5-16,5)	11	13,7(7,8-23,2)	15	10,7(6,6-17,0)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	45	5,8(4,3-7,7)	79	12,4(10,1-15,2)	124	8,8(7,4-10,4)
Soltería	2	5,4(1,3-19,2)	15	13,4(8,2-21,1)	17	11,4(7,2-17,6)
Separación/Divorcio	2	4,0(1,0-14,7)	15	15,0(9,2-23,4)	17	11,3(7,2-17,5)
Viudedad	3	6,7(2,2-18,8)	47	18,5(14,2-23,8)	50	16,7(12,9-21,4)
Nivel educativo						
Primarios y menos	13	7,0(4,1-11,7)	57	18,1(14,3-22,8)	70	14,0(11,2-17,3)
Secundarios	30	6,7(4,7-9,4)	85	15,1(12,3-18,3)	115	11,4(9,6-13,5)
Universitarios	9	3,2(1,7-6,1)	14	6,2(3,7-10,2)	23	10,3(9,1-11,7)
Recursos económicos*						
<1050	8	8,4(3,7-15,9)	50	21,3(16,5-27,0)	58	17,6(13,6-22,1)
1050-1550	10	7,3(3,5-13,0)	26	12,7(8,8-18,0)	36	10,5(7,5-14,3)
>1550-2200	5	2,8(9,2-6,5)	19	14,3(9,3-21,3)	24	7,7(5,0-11,3)
>2200-2700 y más	10	3,6(1,7-6,5)	10	6,2(3,4-11,2)	20	4,6(2,8-7,0)
Totales	52	5,7(4,4-7,4)	156	14,1(12,2-16,3)	208	10,3(9,1-11,7)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 5. Sensación de cansancio por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	142	37,3(32,6-42,2)	201	48,9(44,1-53,7)	343	43,3(39,9-46,7)
70-74	117	37,4(32,2-42,9)	229	56,4(51,5-61,2)	346	48,1(44,5-51,7)
75-79	90	41,5(35,1-48,2)	187	65,4(59,7-70,7)	277	48,0(45,8-50,1)
País de Nacimiento						
España	326	38,3(35,1-41,6)	574	56,1(53,1-59,1)	900	48,0(45,8-50,2)
Otro	23	38,3(27,0-51,1)	43	53,7(42,8-64,3)	66	47,1(39,0-55,4)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	298	38,3(35,0-41,8)	353	55,6(51,7-59,4)	651	46,1(43,5-48,7)
Soltería	13	35,1(21,6-51,6)	65	58,0(48,7-66,8)	78	52,3(44,3-60,2)
Separación/Divorcio	20	40,0(27,4-54,0)	53	53,0(43,2-62,6)	73	48,7(40,8-56,6)
Viudedad	18	40,0(26,9-54,7)	145	57,1(50,9-63,0)	163	54,5(48,8-60,0)
Nivel educativo						
Primarios y menos	77	41,4(34,5-48,6)	200	63,7(58,2-68,8)	277	55,4(51,0-59,7)
Secundarios	156	34,8(30,5-39,4)	311	55,1(51,0-59,2)	467	46,1(43,1-49,2)
Universitarios	116	41,9(36,2-47,8)	106	47,1(40,7-53,7)	222	44,2(39,9-48,6)
Recursos económicos*						
<1050	39	41,0(31,1-51,6)	146	62,1(55,7-68,1)	185	56,1(50,5-61,5)
1050-1550	54	39,4(31,2-48,1)	118	57,6(50,7-64,2)	172	50,3(44,9-55,7)
>1550-2200	70	39,5(32,3-47,1)	81	60,9(52,3-68,8)	151	48,7(43,0-54,4)
2200-2700 y más	101	36,6(30,9-42,6)	74	46,2(38,6-54,0)	175	40,1(35,5-44,9)
Totales	349	38,3(35,2-41,5)	617	55,9(53,0-58,8)	966	48,0(45,8-50,1)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 6. Síntomas depresivos por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	7	1,8(0,9-3,7)	34	8,3(6,0-11,3)	41	5,2(3,8-6,9)
70-74	4	1,3(0,5-3,4)	33	8,1(5,8-11,2)	37	5,1(3,8-7,0)
75-79	9	4,1(2,2-7,8)	36	12,6(9,2-16,9)	45	8,9(6,8-11,7)
País de Nacimiento						
España	18	2,1(1,3-3,3)	99	9,7(8,0-11,6)	117	6,2(5,2-7,4)
Otro	2	3,3(0,8-12,4)	4	5,0(1,9-12,6)	6	4,3(1,9-9,2)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	17	2,2(1,4-3,5)	53	8,3(6,4-10,8)	70	5,0(3,9-6,2)
Soltería	2	5,4(1,3-19,2)	9	8,0(4,2-14,7)	11	7,4(4,1-12,8)
Separación/Divorcio	0	0	11	11,0(6,2-18,8)	11	7,3(4,1-12,7)
Viudedad	1	2,2(0,3-14,2)	30	11,8(8,4-16,4)	31	10,4(7,4-14,3)
Nivel educativo						
Primarios y menos	9	4,8(2,5-9,0)	32	10,2(7,3-14,0)	41	8,2(6,1-10,9)
Secundarios	7	1,6(0,7-3,2)	54	9,6(7,4-12,3)	61	6,0(4,7-7,7)
Universitarios	4	1,4(0,5-3,8)	17	7,6(4,7-11,8)	21	4,2(2,7-6,3)
Recursos económicos*						
<1050	3	3,2(0,6-8,9)	31	13,2(9,4-18,1)	34	10,3(7,2-14,1)
1050-1550	5	3,6(1,2-8,3)	22	10,7(7,1-15,8)	27	7,9(5,3-11,3)
>1550-2200	4	2,3(0,6-5,6)	7	5,3(2,5(10,7)	11	3,5(1,8-6,3)
2200-2700 y más	3	1,1(0,2-3,1)	9	5,6(2,9-10,5)	12	2,7(1,4-4,7)
Totales	20	2,2(1,4-3,4)	103	9,4(7,8-11,2)	123	6,1(5,2-7,2)

**PHQ-8 \geq 10

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 7. Pobre apoyo social o sin apoyo por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	21	6,0(3,9-9,0)	21	5,5(3,6-8,3)	42	5,7(4,3-7,7)
70-74	14	4,8(2,9-8,0)	23	6,2(4,1-9,1)	37	5,6(4,1-7,6)
75-79	12	6,1(3,5-10,5)	18	6,9(4,4-10,7)	30	6,6(4,6-9,3)
País de Nacimiento						
España	42	5,3(4,0-7,2)	52	5,5(4,2-7,1)	94	5,4(4,5-6,6)
Otro	5	9,4(4,0-20,8)	10	14,9(8,2-25,6)	15	12,5(7,7-19,7)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	38	5,3(3,8-7,2)	28	4,7(3,3-6,8)	66	5,0(4,0-6,4)
Soltería	5	15,1(6,4-31,6)	12	12,6(7,3-21,0)	17	13,3(8,4-20,3)
Separación/Divorcio	2	4,4(1,1-16,1)	10	11,2(6,2-19,6)	12	9,0(5,2-15,1)
Viudedad	2	5,3(1,3-18,8)	12	5,0(2,8-8,6)	14	5,0(3,0-8,3)
Nivel educativo						
Primarios y menos	8	5,0(2,5-9,7)	15	5,2(3,2-8,5)	23	5,2(3,5-7,6)
Secundarios	30	7,1(5,0-10,0)	34	6,6(4,7-9,1)	64	6,8(5,4-8,7)
Universitarios	9	3,5(1,8-6,5)	13	6,1(3,5-10,2)	22	4,6(3,1-6,9)
Recursos económicos*						
<1050	12	14,5(7,7-23,9)	15	7,0(4,3-11,3)	27	9,1(6,1-12,9)
1050-1550	6	5,0(1,8-10,3)	14	7,3(4,4-11,9)	20	6,3(3,9-9,6)
>1550-2200	10	6,0(2,9-10,7)	9	7,3(3,8-13,3)	19	6,5(4,0-10,0)
2200-2700 y más	8	3,0(1,3-5,9)	6	3,9(1,7-8,4)	14	3,4(1,8-5,6)
Totales	47	5,6(4,2-7,4)	62	6,1(4,8-7,7)	109	5,9(4,9-7,1)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 8. Sentimiento de soledad referido con frecuencia de bastantes veces a siempre o casi siempre por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	13	3,4(2,0-5,8)	27	6,6(4,5-9,4)	40	5,1(3,7-6,8)
70-74	9	2,9(1,5-5,5)	37	9,1(6,7-12,3)	46	6,4(4,8-8,4)
75-79	17	7,9(4,9-12,4)	34	11,9(8,6-16,2)	51	10,2(7,8-13,2)
País de Nacimiento						
España	35	4,1(3,0-5,7)	92	9,0(7,4-10,9)	127	6,8(5,7-8,0)
Otro	4	6,7(2,5-16,5)	6	7,5(3,4-15,7)	10	7,1(3,9-12,8)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	19	2,4(1,6-3,8)	33	5,2(3,7-7,2)	52	3,7(2,8-4,8)
Soltería	2	5,4(1,3-19,2)	13	11,6(6,8-19,0)	15	10,1(6,1-16,0)
Separación/Divorcio	4	8,2(3,1-19,9)	15	15,0(9,2-23,4)	19	12,7(8,3-19,1)
Viudedad	14	31,1(19,3-46,0)	36	14,2(10,4-19,0)	50	16,7(12,9-21,4)
Nivel educativo						
Primarios y menos	9	4,8(2,5-9,1)	29	9,2(6,5-13,0)	38	7,6(5,6-10,3)
Secundarios	20	4,5(2,9-6,8)	50	8,9(6,9-11,5)	70	6,9(5,5-8,7)
Universitarios	10	3,6(2,0-6,6)	19	8,4(5,4-12,9)	29	5,8(4,1-8,2)
Recursos económicos*						
<1050	5	5,3(1,7-11,8)	29	12,3(8,7-17,2)	34	10,3(7,2-14,1)
1050-1550	8	5,8(2,5-12,2)	22	10,7(7,2-15,8)	30	8,8(6,8-12,3)
>1550-2200	4	2,3(0,6-5,6)	11	8,3(4,6-14,3)	15	4,8(2,7-7,8)
>2200-2700 y más	13	4,7(2,5-7,9)	12	7,5(4,3-12,8)	25	5,7(3,7-8,3)
Totales	39	4,3(3,2-5,8)	98	8,9(7,3-10,7)	137	6,8(5,8-8,0)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 9. Personas que se refieren como cuidadoras por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	48	12,6(9,6-16,4)	72	17,5(14,1-21,5)	120	15,2(12,8-17,8)
70-74	27	8,6(6,0-12,3)	37	9,1(6,7-12,3)	64	8,9(7,0-11,2)
75-79	22	10,1(6,8-14,9)	22	7,7(5,1-11,4)	44	8,7(6,6-11,6)
País de Nacimiento						
España	91	10,7(8,8-13,0)	124	12,1(10,3-14,2)	215	11,5(10,1-13,0)
Otro	6	10,0(4,5-20,6)	7	8,7(4,2-17,2)	13	9,3(5,5-15,3)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	84	10,8(8,8-13,2)	91	14,3(11,8-17,3)	175	12,4(10,8-14,2)
Soltería	5	13,5(5,7-28,7)	18	16,1(10,4-24,1)	23	15,4(10,5-22,2)
Separación/Divorcio	6	12,0(5,5-24,3)	6	6,0(2,7-12,7)	12	8,0(4,6-13,6)
Viudedad	2	4,4(1,1-16,2)	16	6,3(3,9-10,0)	18	6,0(3,8-9,3)
Nivel educativo						
Primarios y menos	21	11,3(7,5-16,7)	26	8,3(5,7-11,9)	47	9,4(7,1-12,3)
Secundarios	46	10,3(7,8-13,5)	69	12,2(9,8-15,2)	115	11,4(9,6-13,5)
Universitarios	30	10,9(7,7-15,1)	36	16,0(11,8-21,4)	66	13,2(10,5-16,4)
Recursos económicos*						
<1050	8	8,4(3,7-15,9)	21	8,9(5,9-13,3)	29	8,8(6,0-12,4)
1050-1550	14	10,2(5,7-16,5)	26	12,7(8,8-18,0)	40	11,7(8,5-15,6)
>1550-2200	22	12,5(8,0-18,3)	18	13,5(8,7-20,5)	40	12,9(9,4-17,2)
2200-2700 y más	28	10,1(7,6-15,9)	24	15,0(10,2-21,4)	52	11,9(9,0-15,3)
Totales	97	10,7(8,8-12,9)	131	11,9(10,1-13,9)	228	11,3(10,0-12,8)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 10. No participación activa en asociaciones de cualquier tipo por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	340	89,5(85,6-92,2)	378	92,2(89,2-94,4)	718	90,9(88,7-92,7)
70-74	290	92,6(89,2-95,1)	379	93,3(90,5-95,4)	669	93,0(90,9-94,7)
75-79	191	88,8(83,9-92,4)	265	93,0(89,4-95,4)	456	91,2(88,4-93,4)
País de Nacimiento						
España	763	90,0(87,8-91,8)	949	92,9(91,2-45,4)	1712	91,6(90,2-92,8)
Otro	58	96,7(87,6-99,2)	73	91,2(82,7-95,8)	131	93,6(88,1-96,6)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	701	90,4(88,2-92,3)	589	92,8(90,5-94,5)	1290	91,5(89,9-92,8)
Soltería	33	89,2(74,4-95,9)	100	90,1(83,0-94,4)	133	89,9(83,8-93,8)
Separación/Divorcio	43	86,0(73,4-93,2)	93	95,4(86,0-96,6)	136	90,7(84,9-94,4)
Viudedad	42	95,4(83,5-98,9)	238	94,1(90,4-96,4)	280	94,3(91,0-96,4)
Nivel educativo						
Primarios y menos	179	96,8(93,0-98,5)	303	96,8(94,1-98,3)	482	96,8(94,8-98,0)
Secundarios	404	90,4(87,3-92,8)	529	94,0(91,7-95,7)	933	92,4(90,6-93,9)
Universitarios	238	86,2(81,6-89,8)	190	84,4(79,1-88,6)	428	85,4(82,1-88,3)
Recursos económicos*						
<1050	91	95,8(89,6-98,8)	228	97,0(93,9-98,6)	319	96,7(94,1-98,3)
1050-1550	132	96,3(91,7-98,8)	196	96,1(92,3-98,0)	328	96,2(93,5-97,9)
>1550-2200	161	91,0(85,7-94,7)	119	89,5(83,0-93,7)	280	90,3(86,4-93,4)
>2200-2700 y más	244	88,7(84,4-92,2)	134	83,7(77,2-88,7)	378	86,9(83,3-89,9)
Totales	821	90,4(88,3-92,2)	1022	92,8(91,1-94,2)	1843	91,7(90,4-92,9)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 11. Fragilidad por variables sociodemográficas según sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	31	8,1(5,8-11,3)	43	10,5(7,8-13,8)	74	9,3(7,5-11,6)
70-74	30	9,6(6,8-13,4)	65	16,0(12,7-19,9)	95	13,2(10,9-15,9)
75-79	30	13,8(9,8-19,1)	84	29,4(24,4-34,9)	114	22,7(19,3-26,5)
País de Nacimiento						
España	84	9,9(8,0-12,1)	181	17,7(15,5-20,1)	265	14,1(12,7-15,8)
Otro	7	11,7(5,6-22,6)	11	13,7(7,8-23,1)	18	12,9(8,2-19,5)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	71	9,1(7,3-11,4)	103	16,2(13,6-19,3)	174	12,3(10,7-14,1)
Soltería	3	8,1(2,6-22,4)	17	15,2(9,6-23,1)	20	13,4(8,8-19,9)
Separación/Divorcio	7	14,0(6,8-26,6)	15	15,0(9,2-23,4)	22	14,7(9,8-21,3)
Viudedad	10	22,2(12,4-36,6)	57	22,4(17,7-28,0)	67	22,4(18,0-27,5)
Nivel educativo						
Primarios y menos	24	12,9(8,9-18,6)	81	25,8(21,3-30,9)	105	21,0(17,7-24,8)
Secundarios	48	10,7(8,2-13,9)	92	16,3(13,5-19,6)	140	13,8(11,8-16,1)
Universitarios	19	6,9(4,4-10,5)	19	8,4(5,5-12,8)	38	7,6(5,6-10,2)
Recursos económicos*						
<1050	13	13,7(7,5-22,3)	60	25,5(20,4-31,5)	73	22,1(17,7-27,0)
1050-1550	15	11,0(6,3-17,4)	44	21,5(16,4-27,6)	59	17,2(13,4-21,7)
>1550-2200	20	11,3(7,0-16,9)	20	15,0(9,9-22,2)	40	12,9(9,4-17,1)
2200-2700 y más	18	6,5(3,9-10,1)	9	5,6(2,9-10,5)	27	6,2(4,1-8,9)
Totales	91	10,0(8,2-12,1)	192	17,4(15,3-19,7)	283	14,0(12,6-15,6)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).