

## PC-055

**¿Es la soledad un factor de riesgo en el envejecimiento patológico?**

N. Montesinos Sánchez<sup>a</sup>, A.V. Castilla Martínez<sup>b</sup>,  
R.M. Mellado Tirado<sup>c</sup>

<sup>a</sup> SCS. Unidad de Continuidad de Cuidados del HUNSC. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup> SCS. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Centro de Salud de Ofra-Delicias/Miramar, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>c</sup> SCS. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Centro de Salud de Ofra-Delicias, Santa Cruz de Tenerife, España

**Objetivos:** Evidenciar la relación de la soledad como factor de riesgo en el incremento de la morbilidad del paciente anciano.

**Metodos:** Exposición de un caso clínico enfermero, complementado con revisión de la literatura científica y gris. Búsqueda bibliografía bajo los términos: «loneliness in the elderly», «loneliness and illness», «old age/older people», «isolation», «care primary», «soledad», «aislamiento», «atención primaria», «intervención» en las bases de datos PubMed, Crochane, Scielo y artículos en Elsevier.

**Resultados:** Tras el seguimiento durante dos años de la paciente, evidenciamos que el historial de caídas reiteradas estando sola en su domicilio ha generado múltiples ingresos hospitalarios, provocando un aumento del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, desnutrición y pérdida de masa muscular, así como un declive de su estado cognitivo, agudizándose los sentimientos de tristeza, desprotección y desesperanza. La soledad ha sido un factor de riesgo que ha influido negativamente en el proceso de envejecimiento fisiológico, convirtiéndolo en patológico.

**Conclusiones:** En este caso, la soledad, ha aumentado el uso de los recursos sanitarios, con frecuentes reingresos hospitalarios, riesgo de institucionalización y mayor demanda de atención domiciliaria. Las intervenciones enfermeras aisladas, tales como asesoramiento, educación sanitaria, seguimiento domiciliario y prevención de caídas, no han sido lo suficientemente efectivas, puesto que no indujeron cambios ni reconducción del caso de forma exitosa.

Por otro lado, se ha observado que la identificación de la soledad y la falta de concienciación de la misma por parte de muchos profesionales ha sido una barrera importante, por ello esto merece que, aparte de diagnóstico de enfermería «Riesgo de soledad» como única forma de registro, existan escalas diagnósticas que sirvan como forma de registro así como método de alerta para posibles casos con mayor riesgo de vulnerabilidad.

La soledad de uno es responsabilidad de todos; es por ello que las recomendaciones hablan del abordaje multidisciplinar y de coordinación entre niveles, con intervenciones precoces basadas en reestructuración cognitiva y de concienciación de profesionales, así como la puesta en marcha de estrategias de prevención desde todos los sectores, con apoyo de políticas sociales.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.201>

## PC-056

**Música y geriatría en ancianos con demencia hospitalizados**

E. Álvarez Gómez, M.B. Minthe, C. Cánovas Pareja

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

**Introducción:** La musicoterapia es una ciencia por el momento poco implantada en los hospitales españoles de nuestro medio, aunque existen estudios sobre la reacción positiva de los pacientes con demencia ante el estímulo musical.

**Objetivos:** Valorar en una unidad de agudos de geriatría la reacción de los pacientes ingresados por cualquier patología y diagnosticados de demencia ante distintos tipos de melodías. Impacto en los trastornos de conducta y agitación.

**Metodología:** Estudio descriptivo observacional transversal, con 3 observadores.

Muestra aleatoria, evaluando el tipo y grado de demencia (GDS Reisberg) y alteraciones de conducta (NPI) y sueño. Se recogen: consentimiento informado (familiar), edad, sexo, motivo de ingreso, lugar de residencia y cuidador principal.

Se realiza musicoterapia pasiva usando cascos y reproductor en la habitación del paciente. Se realizan 1-2 sesiones breves (15 min), con entre 3 y 5 canciones ordenadas de «más a menos relajantes». Se observa la respuesta durante la sesión a través de la observación del paciente. Criterios de exclusión: inestabilidad, terminalidad o hipoacusia severa.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 32 pacientes (2 excluidos) de 86,84 años de edad media, 72% mujeres. Institucionalizados 50%. Cuidador principal: hijo/a 68,8%. Índice de Barthel  $\leq 20$ : 50%. Ingresan por: infección 34,3%, agitación 21,8%.

Predominio de demencia mixta 65,6% y avanzada (GDS 5: 28,1%, GDS 6: 15,6%, GDS 7: 25%). Alteraciones de la conducta NPI: grado 2 y 3 (25-22%). Alteraciones del sueño: 53,1%. Usan psicofármacos el 78%.

Antes de la intervención: 65,6% sosegados, 15,6% inquietos.

De los 32 pacientes estudiados, 27 muestran respuesta positiva (aumento atención 16, sonrisa 15, cantan-bailan 10, siguen ritmo 4, se alivia el dolor 1). Dos indiferentes, uno agresivo. Sin relación con el tipo o el grado de demencia. Se observan diferencias según el tipo de música, con una mayor respuesta positiva a la tradicional y regional.

**Conclusiones:** La música puede ser una posibilidad terapéutica eficaz en pacientes con demencia hospitalizados, incluso en demencias avanzadas.

Las preferencias musicales del paciente determinan el éxito de la intervención.

Necesidad de evaluar en un futuro la reducción de psicofármacos con la alternativa musical.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.202>