



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Facultad de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

“Soledad y Aislamiento Social en el envejecimiento”

“Loneliness and social Isolation in aging”

Autor/a: Patricia Domosti Penas

Director/a: M^a Lara Bielsa

Grado de Enfermería

Curso 2017/2018

Santander, Junio 2018

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Índice:

Resumen y palabras clave.....	pág.3
- Resumen.....	pág.3
- Palabras Clave.....	pág.3
- Abstract.....	pág.3
- Keywords.....	pág.3
Introducción.....	pág.4
- Justificación.....	pág.4
- Objetivos.....	pág.4
- Metodología.....	pág.5
- Descripción de los capítulos.....	pág.5
1. Capítulo I: la soledad y el aislamiento social.....	pág.6
1.1 Concepto de soledad y aislamiento social.....	pág.6
1.2 Sociodemografía.....	pág.8
1.3 Factores causales.....	pág.10
1.4 Escalas de medición.....	pág.11
1.5 Consecuencias.....	pág.13
2. Capítulo II: Estrategias para vencer la soledad.....	pág.14
2.1 Recursos personales, familiares, sociales.....	pág.14
2.2 Envejecimiento activo.....	pág.15
3. Capítulo III: Actuación de la enfermería.....	pág.17
Conclusiones.....	pág.20
Bibliografía.....	pág.21
Anexos.....	pág.24
- Anexo 1: Escala SESLA-S.....	pág.24
- Anexo 2: Escala ESTE original vrs Escala ESTE adaptada.....	pág.25
- Anexo 3: Escala OARS.....	pág.26

Resumen y palabras clave

Resumen:

La soledad y el aislamiento social son dos de los problemas en el envejecimiento que están incrementando en la sociedad actual. Ambos problemas influyen de manera negativa en la salud del anciano y disminuyen su calidad de vida, pudiendo aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, demencias e incluso la mortalidad. El combatirlos no depende solo de la persona, sino también de los familiares, la sociedad y los profesionales sociosanitarios. El objetivo principal de este trabajo es determinar la importancia de prevenir y actuar ante estas situaciones desde el ámbito de la enfermería. Para ello se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, varias páginas web relevantes y libros.

Se concluye que es necesario formar a los profesionales y abordar el tema a tratar de manera multidisciplinar. La enfermería posee un amplio abanico de intervenciones para prevenir, detectar y actuar ante la soledad y el aislamiento, encaminadas a aumentar y mejorar el apoyo social, que debieran utilizar los profesionales.

Palabras clave: envejecimiento, soledad, aislamiento social, enfermería.

Abstract:

Loneliness and social isolation are two of the problems in aging that are increasing in today's society. Both problems have a negative influence on the health of the elderly and decrease their quality of life, being able to increase the risk of suffering from cardiovascular diseases, cognitive deterioration, dementias and even mortality. Fight them, not only depends on the person, but also on family members, society and socio-health professionals. The main objective of this work is determine the importance of preventing and acting in these situations from the field of Nursing. For this, a bibliographic review has been carried out in different databases, several relevant web pages and books.

It is concluded that it is necessary to train professionals and approach the subject to be treated in a multidisciplinary manner. Nursing has a wide range of interventions to prevent, detect and act in the face of loneliness and isolation, aimed at increasing and improving social support, which should be used by professionals

Keywords: ageing, loneliness, social isolation, nursing.

Introducción

Justificación

Actualmente, España es un país que está sufriendo un envejecimiento demográfico muy rápido debido a los flujos migratorios, la disminución de la mortalidad, el aumento de esperanza de vida y la baja tasa de natalidad. De hecho, se trata de uno de los países con mayor índice de envejecimiento a nivel europeo, después de Italia (21,7%), Alemania (21%), Grecia (20,9%) y Portugal (20,3%)(1).

Según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes 2013(2), en España, (el 1 de enero de 2014), había 46.507.760 habitantes, de los cuales el 18,2% (8.442.887 personas) eran personas mayores de 65 años, y de estas, el 5,7% tenían 80 años o más. En enero de 2016, los datos del Padrón Continuo (INE) indicaban que había 8.657.705 personas mayores (65 años y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008), un 6% de estas, eran mayores de 80. Lo cual significa que aumentó en un 0,2% el porcentaje de población mayor de 65 en 3 años, y un 0,3% la proporción de octogenarios(1,2).

El incremento del envejecimiento de la población trae consigo distintos problemas en la sociedad, ya que esto supone un aumento de personas con patologías crónicas y a su vez, una mayor demanda asistencial y mayor gasto sanitario(1,2). Esto puede llegar a provocar una sobrecarga para el sistema sanitario.

Entre los problemas más comunes asociados con el envejecimiento se encuentran la diabetes, la pérdida de audición y visión, depresión, demencia, osteoartritis, y la aparición de los síndromes geriátricos (la fragilidad, incontinencia urinaria, las caídas, las úlceras,...)(3). Pero nos olvidamos de un problema que está aumentando en la sociedad de hoy en día como lo es la soledad y el aislamiento social que, a la larga, es causante de otras patologías.

Durante el periodo de envejecimiento, es frecuente, y cada vez más, la aparición de la soledad y el aislamiento debido a una serie de experiencias y cambios, como la disminución de las relaciones sociales, pérdida del cónyuge u otros(4).

En un estudio realizado en 2014, en Canadá(5), se demostró que las personas mayores con este problema, son las que más frecuentan los servicios de atención primaria. Por este motivo, se debe informar a la población de la importancia de prevenir esa situación tan insatisfactoria, que produce una menor calidad de vida a estas personas, y poder combatirlo desde el área de la enfermería.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es determinar la importancia de prevenir y actuar ante situaciones de soledad y aislamiento social en las personas mayores desde el ámbito de la enfermería.

En cuanto a los objetivos específicos:

- Definir los conceptos de soledad y aislamiento social.
- Analizar la sociodemografía.
- Determinar los factores causantes de la soledad y el aislamiento.

- Identificar la problemática y los posibles efectos secundarios o consecuencias de la soledad y al aislamiento social en el envejecimiento.
- Analizar las diferentes escalas de medición del sentimiento de soledad y del aislamiento social.
- Identificar las diversas estrategias de actuación de la propia persona, la familia o los servicios sociales ante el problema.
- Identificar las intervenciones de enfermería en el anciano solitario.

Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda detallada de literatura científica publicada entre los años 2008 y 2018, ambos incluidos. De las bases de datos electrónicas utilizadas, destacan Google Académico, Dialnet, Pubmed, Elsevier y NNNConsult: Nanda, Noc, Nic. Otras fuentes consultadas fueron páginas webs como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), el Instituto de Mayores y Servicios sociales (Imsero) y Cruz Roja.

Los descriptores de Ciencias de la Salud MeSH y DeCS utilizados en la búsqueda fueron: “Soledad”, “Aislamiento social”, “anciano”, “envejecimiento activo”, “escalas de valoración”, “enfermería”, todos ellos combinados con los receptores booleanos “AND” y “OR”.

Finalmente, se identificaron los artículos potencialmente adecuados para este trabajo y que cumplieran con los criterios de inclusión: publicados en los últimos 10 años, que estuvieran en español o en inglés y que abordaran el tema a tratar, soledad y aislamiento social. Con la excepción de algunas referencias relevantes respecto a las escalas de valoración o el concepto soledad, las cuales son más antiguas.

Tras la búsqueda y análisis de la información encontrada, se ha extraído los datos más destacados acerca del objeto de estudio. Cabe señalar que una de las limitaciones para este trabajo ha sido el acceso restringido a algunos artículos.

La bibliografía se ha referenciado en formato Vancouver.

Descripción de los capítulos

La revisión bibliográfica que se presenta a continuación, se encuentra dividido en tres capítulos.

En el primer capítulo se trata la soledad y el aislamiento social, se definen ambos conceptos, la prevalencia en la población, se analizan los principales factores desencadenantes y las diferentes formas de detección o medición de los mismos. Finalmente, se identifican las consecuencias.

El segundo capítulo aborda las estrategias de actuación en la soledad y el aislamiento social, basadas en los recursos personales, familiares y sociales. En segundo lugar se desarrolla el concepto de envejecimiento activo.

En el tercer y último capítulo se explican las intervenciones que se debieran llevar a cabo desde el ámbito sociosanitario, concretamente aquellas que realizan los profesionales de enfermería.

1. Capítulo I

1.1 Concepto de aislamiento social y soledad.

Aristóteles estableció (6) “el hombre es un ser social por naturaleza”, para hacer ver que el ser humano nace con una capacidad de relación social, la cual desarrollamos a lo largo de nuestra vida, puesto que consideraba que no podemos sobrevivir sin los demás. Con esto entendemos, pues, que el no relacionarse con otras personas, mantener un aislamiento social, es una patología.

Si bien, hay que diferenciar entre la soledad y el aislamiento social. Aunque los términos estén íntimamente relacionados, son muy diferentes(7).

El aislamiento social es meramente objetivo, se trata de la falta de compañía, algo cuantificable y observable(8). Es decir, es la situación caracterizada por ser objetiva, en la que el contacto que se mantiene con otras personas, ya sean amigos o familiares, es mínimo. Además, este hecho se relaciona también con la baja participación en actividades sociales y comunitarias(9).

Se trata de la carencia de relaciones sociales, por lo tanto, está movido por la necesidad del individuo de mantener vínculos con otras personas, sin resultado positivo. La obligación que padece la persona a mantenerse aislada, puede llegar a favorecer la aparición del otro problema a tratar, la soledad, el sentimiento negativo de sentirse solo(10). Sin embargo, se puede estar solo y aislado y no sentir soledad.

Las personas que voluntariamente deciden aislarse de la sociedad, amigos y familiares no se pueden considerar en esta situación, puesto que el verdadero aislamiento es el que es involuntario(6).

El aislamiento puede ocurrir en cuatro niveles diferentes dentro del concepto social. En la capa más externa, se encontraría la comunidad, donde el individuo puede sentirse aislado de la estructura social más amplia. Seguido de esto, está la organización, en el trabajo o en el colegio. A continuación, la capa de los confidentes, la más cercana a la persona y por último, la capa más interna sería la propia persona, quien tiene la personalidad y la capacidad intelectual para poder interpretar las relaciones(10).

Hall y Havens (1999) (9) definieron el aislamiento social como la “medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros”. Bermejo (11), hacía distinción entre aislamiento y desolación, es decir, “entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma.”(Bermejo, 2003). Para este autor, las personas consideradas aisladas socialmente, sin relación social alguna, son aquellas que son rehusadas o rechazadas por parte de los demás(11).

El aislamiento social, según la Taxonomía enfermera NANDA (12), es la “Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador”.

En cuanto a la soledad, la Real Academia de la lengua Española (13), la describe como “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía” o “Pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”.

El concepto en sí, tiene dos vertientes; por un lado, la soledad puede ser un factor positivo, en la que la persona puede entenderla como una experiencia enriquecedora y agradable de la que obtener rendimiento y éxito. Ésta es típica entre los artistas, quienes la buscan para poder crear o gente que debido al estrés, busca algún tipo de relajación en la soledad. Este tipo es la menos frecuente. Sin embargo, también puede ser un elemento negativo, en el que las personas que

están solas, manifiestan un sentimiento de angustia y sufrimiento o desadaptación con el medio, la cual, es un problema relevante hoy en día(6).

Ésta es llamada la soledad “no deseada”, la que carece de relaciones sociales sin que la persona lo quiera, es una soledad involuntaria. El individuo puede referir sentirse solo, a pesar de estar o no rodeado de otras personas. Se trata por lo tanto de la sensación subjetiva de la falta de compañía o de tener menor afecto. No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Este tipo de soledad es el que tiene un carácter patológico ya que la persona que la padece, está obligada a vivir con ella a pesar de que no quiera que así fuera. Causa sentimiento de dolor, sufrimiento, y puede llegar a desencadenar otras enfermedades como la depresión, ansiedad... etc. Este es el tipo más frecuente entre las personas mayores de 65 años(6,14).

En una encuesta llevada a cabo en 2001 por la Universidad de Granada (15), los españoles describieron la soledad como: sufrimiento, miedo, ausencia de personas, angustia, insatisfacción y el no tener personas a quien acudir.

La soledad, al igual que el aislamiento social, se puede experimentar en diversos ámbitos, en el íntimo (soledad emocional), en relación con los amigos y familiares (soledad relacional) o en el que la persona se siente infravalorado (soledad colectiva). La primera hace referencia al grupo de personas íntimas (entre 1 y 5) en las que confiamos y nos apoyamos en momentos críticos, vinculada con la viudedad, y afecta igualmente a mujeres y a hombres. La segunda, aparece en el conjunto de personas con las que simpatizamos (entre 15 y 50 personas). Ésta se presenta mayoritariamente en las mujeres. En cuanto al tercer ámbito, se produce cuando no nos sentimos valorados en un grupo de personas con las que interactuamos de manera voluntaria (entre 150 y 1500 personas). Este último, afecta principalmente a hombres (16).

Hay que tener en cuenta, que este sentimiento depende de la personalidad, la historia y las circunstancias que atraviesa el individuo en ese momento.

En el siglo XIII, cuando apareció por primera vez el término “soledad”, según Muchnik y Seidmann(10), representaba “la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociado al aislamiento, al estado de abandono y a la separación”(6).

Hall y Havens (1999) diferenciaron la soledad del aislamiento social, definiéndola como “el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de relaciones sociales”(9). En 2003, Bermejo escribió (11) “La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc.”

Basándonos en la Taxonomía enfermera NANDA(12), se entiende la soledad como “malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud”. En este caso, es definida como una experiencia negativa, al igual que el aislamiento.

En definitiva, no existe una definición de soledad y aislamiento única o universal, sino que pueden ser interpretadas de diversas formas. Cabe destacar la importancia de diferenciar entre ambas; la soledad está relacionada con lo subjetivo, las vivencias y percepciones de cada persona; mientras que el aislamiento social se trata de una perspectiva más objetiva. Sin embargo, hay que tener en cuenta que ambas son situaciones o experiencias negativas y las personas que sufren alguna de ellas expresan un estado dañino y perjudicial, y los que no lo experimentan, tienen miedo a hacerlo.

1.2 Sociodemografía

Según el Informe 2014 del IMSERSO(2), de acuerdo con los datos obtenidos en la encuesta continua de Hogares, la forma de convivencia más común en personas mayores de 65 años, es la de pareja sin hijos en el hogar (40,7%), seguidamente los que viven solos (22,5%) y en última instancia, pareja con hijos en el hogar (19,1%). El porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas en España en 2013 era del 37,9%, un 27,5% en mujeres y un 10,4% en hombres (véase tabla 1). La gran diferencia que existe entre los hombres y las mujeres que viven en domicilios unipersonales, puede ser debida al hecho del mayor porcentaje de mujeres que hay en el país y de que estas tengan mayor esperanza de vida(2).

	Personas	% en soledad
Población total	46.593.236	
Población 65+	8.345.531	21,6
Varones de 65 o más años	3.581.366	13,9
Mujeres de 65 o más años	4.764.166	27,5
	Personas	% en soledad
Personas en soledad	4.411.900	93
Hogar con una mujer sola menor de 65 años	1.049.200	22,0
Hogar con un hombre solo menor de 65 años	1.557.200	32,7
Hogar con una mujer sola de 65 años o más	1.309.500	27,5
Hogar con un hombre solo de 65 años o más	496.100	10,4
65+ en soledad	1.805.600	37,9

Tabla 1: Soledad, 2013. *Fuente: Fernández J. Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. 2014.*

Esto ha ido aumentando, y en 2015, el porcentaje de las mujeres que vivían solas era el 28,9% frente a un 14,1% de los hombres. Como se puede observar en el gráfico 1, la posibilidad de vivir en solitario aumenta con la edad(1).

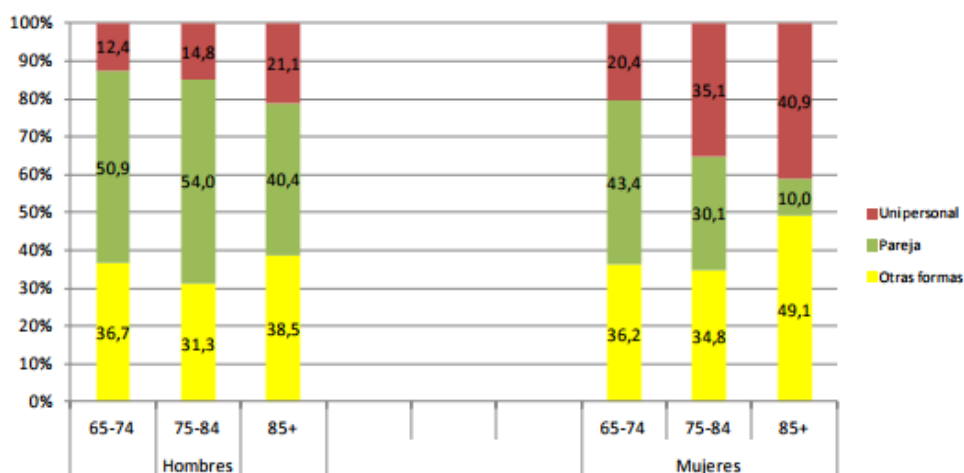
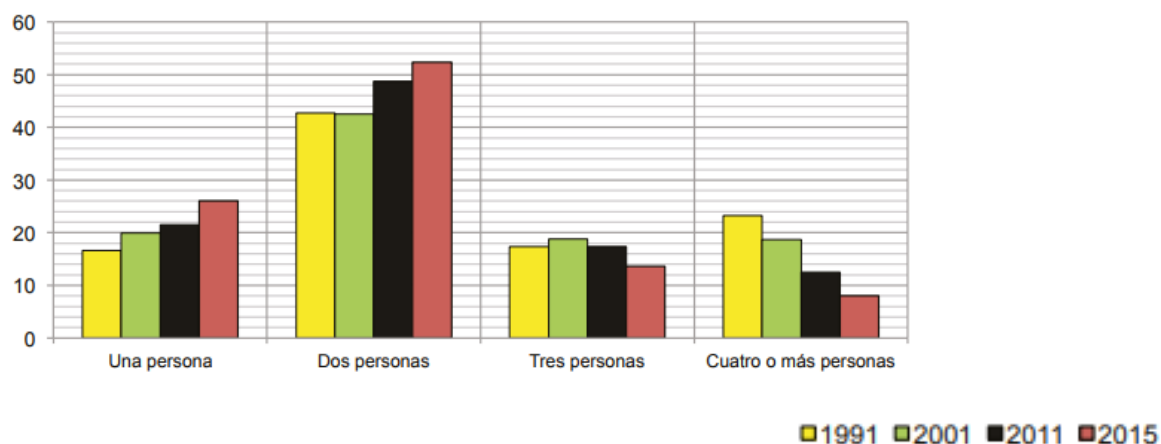


Gráfico 1: Distribución porcentual de las formas de convivencia de la población de 65 y más años por sexo y edad, 2015. *Fuente: Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. 2017.*

En la gráfica 2 (1) se percibe el aumento progresivo del número de viviendas unipersonales desde 1991 hasta el año 2015.



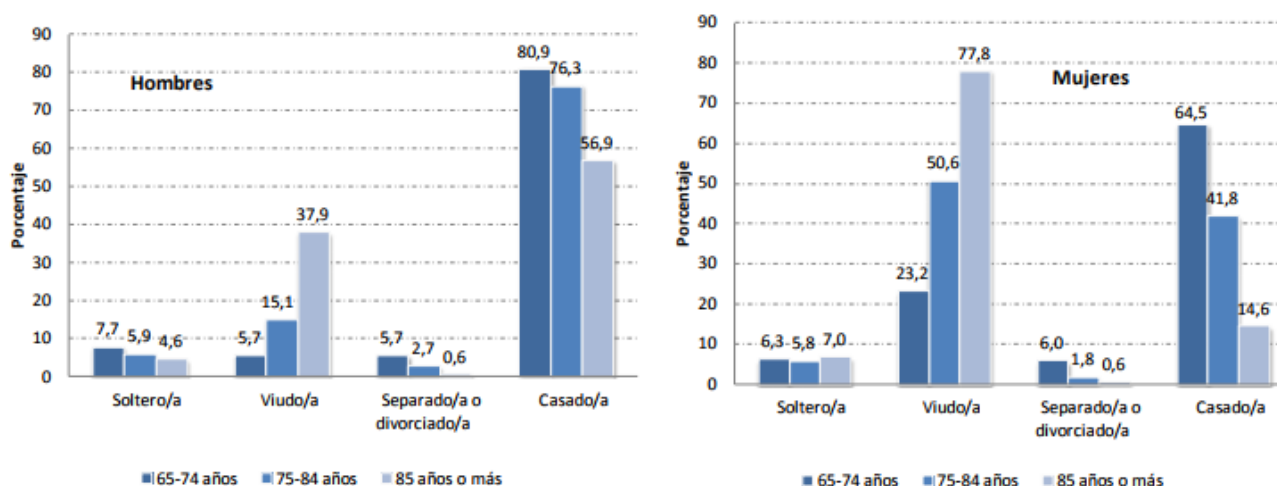
Gráfica 2: Personas mayores, según el tamaño del hogar en el que viven, evolución desde 1991. Fuente: Fernández J. Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. 2014.

Ahora bien, como ya hemos explicado anteriormente, el vivir solo es meramente objetivo. Por lo tanto, no implica el sentimiento de soledad, aunque si es un factor relevante(17). Hay personas que viven solas pero mantienen una red de apoyo social, amistades y familia, no sienten soledad. Sin embargo, también se encuentra la situación contraria, personas que viven en familia y a pesar de ello, se ven indefensas y solas.

Existen unos factores asociados a la aparición de la soledad, como la edad, el estado civil, el sexo, el nivel de educación, la situación de la vivienda y la clase social o estrato socio-económico(17). Los resultados de una investigación realizada en 2013 en Medellín (Colombia) (17), se afirmó que las personas más vulnerables son personas con menores recursos económicos, menor grado escolar y mayores de 75 años.

En un estudio realizado en 2015 por J. Díez y M. Morenos(6), basado en una encuesta, estas variables contribuyen a la explicación de la soledad, siendo el estado civil y los ingresos totales en el hogar las más relevantes, y la clase social y la situación la menos relevante. Por un lado, las personas que sentían más solas eran los solteros, entre estos, separados, divorciados y viudos. Por otro lado, cuanto menor era la clase social, este sentimiento disminuía. En cuanto a la situación de la vivienda, personas que viven en centros urbanos tienden a padecer mayor nivel de soledad ya que, en medios rurales, hay mayor convivencia y las relaciones son más estrechas.

En el informe de envejecimiento enred 2017(1), se observó que el porcentaje de hombres casados es superior al de las mujeres casadas, y el de las viudas, mayor que el de viudos (véase gráfica 3).



Gráfica 3: Estado civil de la población de 65 y más años pro sexo y edad, 2015. *Fuente: Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. 2017.*

A nivel subjetivo, una encuesta realizada en 2006 sobre la soledad en personas mayores(18), reveló que, en promedio, un 24% de este colectivo en España referían sentirse solas. Teniendo en cuenta los factores de salud percibida y la estructura del hogar; las personas que viven solas y con buena salud son menos propensas a sentirse solas que aquellas que viven solas y poseen mala salud.

En otro estudio cuyo objetivo consistía en valorar la prevalencia del estado de ánimo negativo caracterizado por soledad y tristeza en la ciudad de Lleida en 2013(19), la prevalencia de personas con este sentimiento fue del 52,3%. Como hemos explicado anteriormente, no es lo mismo estar solo que sentirse solo, de este mismo modo, en este estudio se obtuvieron resultados que lo verificaban, ya que los que vivían solos que tenían un estado de ánimo negativo era el 21,4% en comparación a los que tenían un buen estado de ánimo (7,4%); sin embargo entre las personas que vivían acompañadas no había tanta diferencia, 79% tenían un sentimiento negativo y el 93%, positivo.

Respeto al aislamiento social, no se han encontrado datos de investigaciones de prevalencia; salvo que, en 2006, se estimaba que el aislamiento en adultos mayores se encontraba entre 2-20%, e incluso hasta el 35% en viviendas asistidas (10).

1.3 Factores causales

En la vejez, existen ciertos momentos de cambio o “crisis” que suponen una desvinculación con la vida que llevaban anteriormente, afectando física y psicológicamente a la persona, como lo es la jubilación. Se produce un cambio muy brusco en la vida de la persona cuando deja el ámbito laboral, se trata de una desorganización y un incremento de las horas libres. El trabajo, aparte de ser una forma de ganar dinero, seguridad o prestigio social, también puede originar una buena autoestima, una satisfacción interna y fomentar las relaciones sociales. Por lo que la falta de actividad laboral, puede suponer una pérdida de rol y de amistades. Lo cual puede ser visto como una desvinculación del medio social y producir un deterioro en las relaciones sociales. Esta situación puede desencadenar, a su vez, que la persona no se sienta útil o realizada y, por

consecuencia, se produzca aislamiento social(20). A lo sumo, el aumento de tiempo libre puede llevar al aburrimiento y con ello, el sentimiento de soledad.

Cabe destacar, que la jubilación no es el proceso más traumático en estas edades, sino el perder a un ser querido, a su pareja o a sus amistades más cercanas. La viudedad es, normalmente, el principal causante del sentimiento de soledad. La muerte de un cónyuge, puede acarrear serios problemas a nivel psicológico en la persona, sobre todo, si la defunción de este ha sido repentina(11,21).

Otro factor importante es la relación familiar. Se puede distinguir entre la marcha de sus hijos de casa para vivir una vida independiente, el síndrome del nido vacío, o los problemas en la relación con estos. El síndrome del nido vacío, puede llevar a la persona a sentirse indefensa, sola y sin nadie, aunque esto no tiene por qué ser así. En segundo lugar, las personas mayores se preocupan por el bienestar de sus hijos y nietos, y el hecho de mantener una mala o nula relación directa con estos puede producir el sentirse solos(20).

Los prejuicios y estereotipos hacia el anciano y la vejez, actúan también como un factor desencadenante de la soledad o aislamiento social. La sociedad atribuye normalmente a la vejez, adjetivos negativos, la asocian con fragilidad y angustia. Debido a esos estereotipos se dice que las personas mayores son débiles, inútiles, inactivos e incapacitados. En consecuencia, estas personas pueden verse aisladas, discriminadas y pudiendo ser privadas de participar en actividades sociales, políticas, económicas, culturales, etc (3,11).

A modo de resumen, Laforest (20)distinguía tres crisis asociadas al proceso de envejecimiento: la crisis de identidad, la crisis de autonomía y la crisis de pertenencia. La primera hace referencia al conjunto de pérdidas que se van acumulando a lo largo de la vida y pueden deteriorar la propia autoestima. La crisis de autonomía, está caracterizada por el deterioro del propio organismo y por la disminución de capacidad para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana. La última, viene dada por la pérdida de roles y grupos a los que pertenecía socialmente que le permitía la vida profesional y las capacidades físicas o de otro género. Estas experiencias pueden llegar a causar graves problemas emocionales y, secundario a esto, físicos o psicológicos, como lo son los problema en cuestión, el aislamiento social y la soledad(11).

En cuanto al aislamiento social, puede ser causado por las mismas situaciones que acabamos de comentar siendo elegido por la persona quedarse en su domicilio; sin embargo, puede ser causado también por barreras físicas o arquitectónicas, por enfermedades crónicas o por encontrarse inmovilizada(10).

1.4 Medición de la soledad y el aislamiento social

El tema de la soledad tiene un gran componente subjetivo, por lo que a la hora de evaluar o medir el grado de este, conlleva muchas dificultades.

Se han conseguido establecer diversas escalas para poder medir este sentimiento en los ancianos.

La escala UCLA (University of California Los Angeles Loneliness Scale) fue creada en 1980 por Rusell D., Peplau L. y Cutrona C.E. Es uno de los instrumentos de medición de soledad más usados globalmente. Consta de dos factores: “intimidad con otros” y “sociabilidad”. Existen diferentes versiones de esta escala, aunque la más utilizada se encuentra compuesta por 20 ítems tipo Likert con una puntuación hasta 4 puntos (8,15).

Años más tarde, en 1992, DiTommaso y Barry Spinner desarrollaron la escala SESLA (Social and Emocional Loneliness Scalefor Adults), un cuestionario que consta de 37 ítems con una puntuación de entre 1 y 7 puntos en cada uno. Está formada por tres dimensiones, la soledad social, la romántica y la familiar(15,22). Una versión de esta escala es la SELSA-S, adaptada al español. [Véase Anexo 1].

Ese mismo año, Oshagan y Allen diseñaron la escala ESLI, compuesta a su vez por dos subescalas, las cuales valoran la soledad emocional y la soledad social(8,15).

Por último, la escala ESTE fue propuesta por Rubio Herrera R. y Aleixandre Rico M. en 1999. Se trata de una escala tipo Likert compuesta por 34 ítems y con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación varía entre 1 y 5 (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = Parcialmente en desacuerdo, 3 = Depende de las circunstancias, 4 = Parcialmente de acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Está dividida principalmente por cuatro factores: la soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y soledad existencial. Los ítems provienen de otras escalas validadas antes que la misma(8,15). [Véase Anexo 2].

Otra escala utilizada para valorar este problema es la escala de Satisfacción vital de Philadelphia, elaborada por Lawton en 1972. Este instrumento no valora exactamente el sentimiento de soledad, sino el bienestar psicológico de manera multidimensional, es decir, la calidad de vida. Parte del supuesto de tener un estado de ánimo elevado y evalúa el grado de satisfacción y la aceptación de uno mismo. La versión más utilizada está constituida por 17 ítems con respuesta dicotómica (sí/no). Cada respuesta afirmativa, suma un punto y las negativas, cero(8,14,15).

En cuanto al aislamiento social, puesto que se trata de una situación objetiva en la que escasean las relaciones, las escalas adecuadas serían aquellas enfocadas a valorar los recursos y apoyos sociales de los que disponen.

Una herramienta utilizada para ello es la escala OARS, la cual mide los recursos sociales, elaborada por Duke University, en 1978. Evalúa las respuestas en una escala de 6 categorías, en la que 1 punto es significativo de que el anciano mantiene unas excelentes relaciones sociales y 6 puntos, en la que existe un deterioro social total(7). [Véase Anexo 3].

La escala de valoración socio-familiar de Gijón (Díaz Palacios y cols., 1993) valora cinco áreas o aspectos sociales: situación económica y familiar, condiciones de la vivienda, contactos y relaciones sociales, apoyos de red social. En cada una de esas áreas, se describen diferentes categorías que pueden ser puntuadas entre 0 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación global entre 0 y 20, siendo 0 la mejor situación social posible y 20 la peor. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para poder intervenir(7,23).

Otra escala utilizada para medir el aislamiento social es la Lubben Social Network Scale (LSNS), la cual evalúa la red social atendiendo a las características de esta misma (validez, tangibilidad y tamaño) y diferenciando entre 2 categorías; amigos y familia. Existe una versión reducida constituida por 6 ítems, en cada cual se puede obtener una puntuación entre 0 y 5 puntos, conformando un rango de 0 a 30 puntos. Una puntuación de 12 o menos, significa que existe un riesgo de aislamiento social(16,24).

El cuestionario de Barber, es un instrumento que sirve para identificar cuándo existe una situación de fragilidad en el anciano. Se compone de nueve preguntas, en caso de que una de ellas sea afirmativa, se considera que la persona es de alto riesgo. La mayoría de las cuestiones que se plantean son acerca de su vida diaria, como por ejemplo, si vive solo, si tiene problemas visuales o auditivos, si ha tenido que estar ingresado en el hospital, si hay algo que le impide salir a la calle, si necesita ayuda a menudo, entre otras; por lo que, a su vez, también evalúa indirectamente los recursos o apoyo social(7).

1.5 Consecuencias

La soledad y el aislamiento social, están íntimamente relacionados con la propia salud del individuo que los padecen, aunque la sociedad no sea consciente de ello. En los últimos años, se ha investigado las consecuencias o las repercusiones que tiene el sentirse solo o estar aislado, y la reducción de la calidad de vida y bienestar del anciano (16).

En varias investigaciones, se ha demostrado que la soledad y el aislamiento social están relacionados con un mayor riesgo de mortalidad, y con el aumento de padecer diferentes enfermedades mentales y/o físicas, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, deterioro cognitivo, demencias, depresión e incluso muerte prematura(10,11,25).

Esto se puede explicar ya que no tener una vida social y por la propia soledad, puede implicar una alteración en el comportamiento y cambios en los hábitos de vida. Por ejemplo, el sedentarismo, consumo de alcohol o tabaco en exceso, cambios en el patrón de sueño y malnutrición por llevar una mala alimentación. Estos hábitos o cambios son la explicación fisiopatológica de este riesgo de las enfermedades citadas(16).

A nivel psicológico, sentirse solo y aislarse del mundo que le rodea puede desencadenar una disminución de autoestima y, como ya hemos comentado anteriormente, la soledad puede ser causada por el sentimiento de inutilidad, todo ello repercute en la salud mental y conlleva a un riesgo de padecer depresión(7,11).

En 2013 en la revista Bmj Journals, se publicó un estudio(26) de cohortes realizado en Amsterdam en 2012 que buscó la asociación entre el aislamiento social y los sentimientos de soledad y la demencia incidental. Este demostró que, después de ajustar otros factores de riesgo, las personas mayores que padecían se sentían solas tenían mayor riesgo de desarrollar una demencia, en un 64%. También advirtieron de que lo contrario podía ser posible, que debido a la demencia, se aislaran y padecieran soledad.

En conclusión, la aparición de demencia es favorecida por el sentimiento de soledad indistintamente de los factores de riesgo, más que por el aislamiento social o el vivir solo. Sin embargo, en el caso de personas aisladas, se encuentra relacionado con padecer un deterioro cognitivo. Si bien, ambos aumentan de riesgo de síntomas de depresión, al igual que el riesgo de suicidio, este último mayoritariamente en hombres(16).

Una investigación publicada en 2015 en Sage Journals(27) basada en la búsqueda bibliográfica de varios estudios cuantitativos que asociaban el aislamiento social, la soledad y el vivir solo con el riesgo de mortalidad, encontraron que este aumentaba un 29%, 26% y 32% respectivamente la probabilidad de muerte prematura.

A pesar de que tanto la soledad como el aislamiento social afectan a la calidad de vida y aumentan el riesgo de mortalidad, es probable que abordar el aislamiento social sea más relevante para reducir este hecho, ya que tiene mayor índice de probabilidad(28).

Un estudio publicado en 2016 en la revista Heath (Reino Unido) realizado por la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Nueva York verificó que la soledad y la falta de relaciones sociales puede llegar a incrementar hasta un 29% el riesgo de padecer una cardiopatía isquémica y un 32% de riesgo en accidentes cerebrovasculares (ictus)(29).

Luego, queda constatado en todos estos artículos, estudios e investigaciones que estos problemas conllevan unas importantes consecuencias a nivel de salud.

2. Capítulo II: Estrategias para vencer la soledad y el aislamiento

Las estrategias para combatir la soledad y el aislamiento dependen de cada persona, conforme a los recursos, sensibilidad y deseos de los que disponga la misma(20).

Para combatir el sentimiento de soledad y aislamiento social, es imprescindible el uso de diferentes métodos de actuación por parte no solo de la persona, sino de la sociedad en general, como la familia, las amistades, los recursos sociales, la comunidad, etc. Es decir, la responsabilidad no es exclusivamente de la persona (20).

En una encuesta(30) realizada a adultos para conocer cómo se enfrentarían a este hecho si lo experimentaran en algún momento de su vida, se obtuvieron 5 diferentes categorías de cómo lo superarían; de las personas entre 65 y 75 años; el 35.7% buscaría compañía, el 25% buscaría distracción, el 12,5% lo aceptaría, el 7,1% se refugiaría en Dios, y el 19.6% usaría otros métodos diferentes de afrontamiento. Las personas mayores de 75 años, el 33.3% buscaría compañía, el 19% se distraería, el 4.8% lo aceptaría, el 4.8% se refugiaría en Dios, y el 38.1% otros. Otros se refiere a: “aburrimiento”, “residencia o asilo”, “con tristeza”, respuestas negativas que no logran formar un campo más específico.

Es decir, la aceptación y el refugiarse en la religión, disminuye a medida que aumenta la edad, apoyándose en otras opciones más negativas (30).

La elección de compañía y la distracción fueron las más optadas, y por lo tanto reflejan la necesidad de las personas de mantener un círculo social y realizar actividades que fomenten la mejora física y psicosocial; para lo cual, se necesita que la sociedad facilite el uso de recursos para afrontarlo(30).

2.1 Recursos personales, familiares, sociales.

Un problema causante de este sentimiento puede ser el exceso de tiempo libre, por lo tanto, mantener aficiones y actividades de ocio, puede fomentar la mejora. Realizar tareas domésticas, ver la televisión, escuchar la radio, comunicarse por teléfono, acudir a centros especiales para mayores como centros de día o clubs, participar en actividades culturales y turísticas e incluso encontrar una nueva pareja o llevar a cabo prácticas religiosas, son recursos que evitan o ayudan en el afrontamiento de la soledad no deseada. El desempeño de tareas, mantiene distraída a la persona, evitando los pensamientos negativos como la situación de soledad(11,20).

La función que ejerce la familia es fundamental, ya que posiblemente sea el principal apoyo de la persona, ofreciéndole una ayuda tanto material como emocional. Por lo que, una mejora de la relación familiar, puede transmitir al anciano un menor grado de sentirse solo y desamparado. Una posibilidad para la mejora en las relaciones familiares es el rol del abuelo (20).

En el caso de que la familia no pueda ser un recurso, por escasez de tiempo o distancia, otra solución podría ser el círculo de amigos. El apadrinamiento de mayores, podría ser una opción, se trata de un programa en la que personas voluntarias se comprometen a cubrir las necesidades afectivas de las personas que lo necesitan(20).

El aumento de las relaciones sociales, tener un núcleo de amistades, puede ayudar a salir del paso, ya que promueve la salida del domicilio y participar en actividades lúdicas, de hecho, el mantener interacciones sociales ha demostrado una mejoría en el estado de ánimo de las

personas envejecidas(19). Aunque se trata de un recurso que para algunas personas puede ser difícil de conseguir, por falta de confianza, timidez, temor o simplemente falta de interés(11).

Una figura capaz de prevenir el aislamiento y la soledad, es el trabajador social, que se encarga de coordinar y supervisar a la persona mayor, y puede detectar estos problemas en la persona ya que mantiene una visión global de esta en todo momento(20).

Otra solución, son los recursos sociales, como por ejemplo, el acudir a centros de día, donde la persona no está sola, se relaciona con otras de su edad, se mantiene más activa, mejora su autonomía y realiza actividades socioculturales y recreativas(6).

Un método de ayuda en algunos países, como España, es la oferta de subvenciones o ayudas de diferentes áreas de interés a personas de tercera edad que cuenten con unos requisitos para incrementar la participación en viajes, cultura y ocio, teniendo en cuenta su capacitación económica y dentro del contexto de un envejecimiento activo saludable y participativo. Esto es gestionado por el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)(31). También, existen diferentes programas de preparación y acompañamiento de la jubilación.

Además, están en marcha asociaciones y fundaciones, como la fundación “Amigos de los mayores”, que ofrecen voluntarios que se encargan de brindar compañía a las personas mayores. Por ejemplo, cruz roja ofrece: ayuda a domicilio, teleasistencia domiciliaria, transporte adaptado, apoyo a familiares y cuidadores, viviendas tuteladas y promoción del envejecimiento saludable(32).

Un ejemplo de la utilidad de estrategias y programas comunitarios es un estudio de evaluación de un programa comunitario dirigido a reducir el aislamiento social de personas mayores debido a barreras arquitectónicas realizado en Barcelona entre mayo de 2009 y diciembre de 2011. En él, se demostró que, tras la realización del programa, que consistía en llevar a cabo salidas semanales o quincenales de forma colectivas con el voluntariado, los usuarios mejoraron de manera significativa su estado de salud percibido y la salud mental, reduciéndose los síntomas de ansiedad o depresión(33).

2.2 Envejecimiento activo

“El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Organización mundial de la Salud, 2002) (34).

La OMS adoptó este concepto con el fin de promover un envejecimiento saludable. Un envejecimiento activo permite a las personas desarrollar una calidad de vida y un bienestar social, físico y mental durante todas las etapas de la vida y a participar en la sociedad teniendo en cuenta sus necesidades, posibilidades y deseos. Se centra principalmente en las personas mayores y trata de dar una imagen pública positiva de éstas. Su objetivo es mejorar la calidad de vida y extender la esperanza de vida de este colectivo. Sin embargo, no afecta únicamente a la vejez, sino que el objetivo es intervenir durante todo el ciclo vital para conseguir que el proceso de envejecer sea de la mejor manera posible(11,34). Por lo tanto, requiere un enfoque integral, intergeneracional y comunitario (35).

El envejecimiento activo depende de diversos determinantes según la OMS; como lo son los determinantes transversales (cultura y género), relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales, determinantes económicos, determinantes conductuales (tabaquismo, alcohol, alimentación, etc), los relacionados con los factores personales (genética, factores psicológicos) y los determinantes relacionados con el entorno físico y social(36).

La definición de los principales pilares del envejecimiento activo son los que dan forma al propiamente dicho; la salud, la participación y la seguridad, que se completa en 2015 con el aprendizaje continuo(35,37) (véase figura 1).

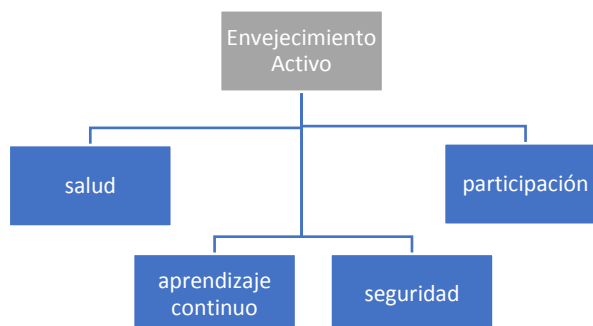


Figura 1: Pilares del envejecimiento activo.
Fuente: Elaboración propia.

Se pretende que el anciano mayor lleve una vida saludable y activa socialmente, abordando valores como la autonomía e independencia, la participación en la sociedad, convivencia, la comunicación, etc. Además de facilitar la integración en la sociedad y permitirles contribuir activamente a través de programas y voluntariado, fomenta las posibilidades de empleo y les permite vivir con independencia adaptado a su vivienda, infraestructura, tecnología y transporte. Para ello, la persona tiene que proponérselo y la sociedad debe facilitárselo (36).

Llevar o no un envejecimiento saludable, es personal; quiere decir, que la propia persona es quien tiene que decidir cómo quiere llevar su vida. Las claves para conseguir un envejecimiento activo son el aprendizaje continuo, el empoderamiento y el participar en asociaciones o programas en los que están implicadas personas de todo tipo para crear redes sociales, relacionarse(35,36).

En el boletín informativo del INE de 2012 (38), el año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional, se publicaron el porcentaje de personas mayores que participaban en actividades sociales y culturales en España y entorno europeo. El 18,3% de personas entre 65 y 74 años habían utilizado internet en los últimos tres meses, el 23% entre 55 y 65 años, habían participado en una actividad educativa y el 51,6 % entre los 65 y 74 años realizaban viajes a menudo.

Este paradigma es un reto para gerontólogos, geriatras, científicos de varias disciplinas, incluso políticos y el gobierno, y para todas aquellas personas que trabajan con el colectivo de mayores(34).

3. Capítulo III: Actuación de la enfermería

Como ya hemos descrito en el capítulo anterior, la responsabilidad de intervenir en la soledad y el aislamiento social no dependen únicamente de la persona, sino que se debiera de abordar desde diferentes ámbitos, como los ya descritos o los servicios sanitarios (20).

Esta población anciana que se encuentra aislada socialmente y sienten soledad es la que más consume los recursos sanitarios (5). Se trata de personas frágiles, con un mayor riesgo de caídas, que padecen más números de reingresos hospitalarios y mayor necesidad de atención domiciliaria (16).

Desde la atención de enfermería, se debería actuar, no solo en el momento en que el sentimiento de estar “solo” o el aislamiento se manifiesten, también en la prevención de que esto suceda.

Teniendo en cuenta que la puerta de acceso al sistema sanitario es la atención primaria y que se trata del servicio más visitado por el colectivo de personas mayores, los profesionales de Atención Primaria (AP) juegan un importante papel en la detección y abordaje de estos problemas(4). Desde el equipo de atención primaria, resulta, también, más fácil explorar y conocer los vínculos afectivos con los familiares de estas personas y la calidad de su círculo social, lo que permite valorar a su vez, los recursos a los que pueden recurrir(20).

El primer paso para llevar a cabo la intervención desde el equipo sanitario, debiera ser el identificar quién de los pacientes se siente solo o no sale de casa. Si nos centramos en esos pacientes, individualizaremos los cuidados y la intervención será más efectiva. La búsqueda de estas personas, no tiene por qué ser universal, sino que se debiera prestar atención a aquellas personas que presentan un alto riesgo según sus variables sociodemográficas, físicas, económicas, ambientales o situaciones vitales. Como ya hemos descrito, las mujeres mayores viudas, separadas o divorciadas y con menor estabilidad económica son más vulnerables(16).

Para detectar a estas personas, los programas e historias clínicas electrónicas utilizados en el ámbito sanitario debieran incorporar algunas de las escalas de valoración de la soledad y el aislamiento social analizadas anteriormente para facilitar su detección, ya que son un método que proporcionan objetividad(16).

Una vez que se haya identificado a este tipo de pacientes, pasarían a ser objeto de intervención individual o comunitaria.

Sería correcto realizar una valoración integral; una evaluación multidisciplinaria e interdisciplinaria; que abarque todas las esferas de la persona; funcional, mental y social, y así conseguir plantear un plan de cuidados individualizado, adaptado a la persona y a los recursos de los que dispone, garantizando una atención efectiva y de calidad(39). Para una correcta valoración en el paciente geriátrico que padece soledad o aislamiento social, no se debe excluir: la valoración clínica, funcional, afectiva y cognitiva, psicosocial y nutricional(40).

Si tomamos como referencia la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, hay que tener en cuenta las necesidades que mayormente se encuentran afectadas en soledad; necesidad de comunicarse, necesidad de elegir según los valores y creencias, la necesidad de autorrealización y la necesidad de aprendizaje(20); resaltando la necesidad de comunicación, ya que, tanto el aislamiento social como la soledad, estarían recogidos dentro ésta(12).

En determinadas situaciones, los profesionales sanitarios subestimamos algunos problemas de aspecto psicológico como los síntomas depresivos, sin darnos cuenta, de que podría ser una

señal de que la persona se encuentra sola. El no tratar estos problemas, podría suponer un problema agravante(19).

Los profesionales de enfermería, una vez realizada una valoración holística de las personas que padecen esta problemática de soledad y aislamiento social, debieran elaborar un plan de cuidados, donde se planteen, primeramente unos objetivos reales que se quieran conseguir estipulando la situación actual y la que se quiera conseguir en un margen de tiempo concreto. Después, especificar cuáles son las intervenciones que debemos llevar a cabo a través de una variedad de actividades para conseguir nuestros objetivos (7).

En la taxonomía NANDA, aparecen dos diagnósticos relacionados con este tema, riesgo de soledad y aislamiento social (7,12); para ambos, las intervenciones más adecuadas son:

- Potenciación de la socialización: fomentando la implicación en las relaciones y en intereses totalmente nuevos, cambiar de ambiente, como salir a pasear, ir al cine o realizar actividades con pequeños grupos de personas; fomentar y animar al paciente a realizar actividades sociales y/o comunitarias(7,12).
- Aportar apoyo emocional: Comunicarse con el paciente y dejar que exprese sus emociones y sentimientos. Los profesionales debemos mantener una escucha activa y mostrar empatía, debemos comprender al paciente. Para lograr que el paciente confíe en nosotros, debe existir o se debe conseguir una buena relación terapéutica (7,12).
- Modificar la conducta (habilidades sociales). En este punto podemos ayudar al usuario a identificar los problemas que generan la situación, si existe algún déficit de habilidad social, enseñarle cómo cambiarlo y mejorar a la hora de relacionarse. También, ayudarle a identificar las consecuencias sociales y personales de su actitud. Además, se debiera proporcionar retroalimentación al paciente, es decir, elogios o recompensas, cuando realice respuestas positivas o habilidades sociales adecuadas (12).
- Favorecer la implicación y cohesión de la unidad familiar: valorar y comprobar la situación y las relaciones familiares actuales, para así saber cómo abordarlo. Se debe proporcionar intimidad a la familia, escuchar a los miembros de esta y asesorarles para el afrontamiento de la soledad o aislamiento social del paciente. En caso de que el paciente se encuentre institucionalizado o ingresado, se debiera de facilitar las visitas (12).
- Aumentar los sistemas de apoyo: es decir, facilitar al paciente apoyo por parte de los allegados y de la sociedad en general. En primer lugar, se debe analizar el nivel de apoyo familiar, económico y otros recursos de los que dispone. También, se le puede aconsejar el acudir a programas comunitarios y proporcionar los servicios con una actitud que le transmita al paciente que le apoyas y aprecias (7,12).
- Terapia de actividad: Se trata de fomentar actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayudarle con ellas. Se debiera colaborar con los terapeutas ocupacionales y/o fisioterapeutas para la planificación de estas. Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, en vez de en los déficits; e identificar cuales con las más coherentes con sus posibilidades físicas, psicosociales y sociales. Una vez haya empezado a realizarlo, observar como progresa y la respuesta emocional, física, social y espiritual ante esa actividad (12).

En todas las intervenciones, se debe involucrar a la familia, amigos o los allegados más cercanos al paciente para ayudarlo a pasar la situación en la que se encuentra; lo cual implica un contacto directo con la red social informal del paciente(41). Además, está demostrado que las actividades comunitarias y las intervenciones de forma colectiva, son más eficaces. Para conseguir un mayor impacto, sería conveniente contar con el apoyo de los servicios sociales y de las asociaciones religiosas y civiles presentes en la comunidad(16,41).

Los resultados positivos son gracias al apoyo social y emocional, a la información y a la ayuda que se le proporciona durante la interacción terapéutica que se produce.

Por lo tanto, el rol de la enfermería es indirecto, ya que las intervenciones y estrategias realizadas, van dirigidas a producir un cambio en la conducta y la actitud del paciente y a mejorar la calidad de las relaciones sociales. Esto genera a su vez, que la persona sea más abierta a llevar una vida activa y, a la larga, que ese sentimiento de soledad o el aislamiento vaya desapareciendo, mejorando la calidad de vida y beneficiándole física, psicológica y socialmente(41).

Llegamos a la conclusión, de que estos problemas no se pueden abordar únicamente desde la enfermería, debe ser con un equipo multidisciplinar, pero sí que es cierto que, desde este ámbito, disponemos de una variedad de instrumentos que pueden ayudar a valorar y tratar la soledad y el aislamiento social (4).

Conclusiones

- ✓ Tras este análisis de la información, se hace clara la necesidad de determinar la importancia de la detección de los problemas de la soledad y el aislamiento social debido al aumento de la población geriátrica y al crecimiento del porcentaje de las personas que lo padecen.
- ✓ En el proceso de envejecimiento, se producen una serie de cambios, como la jubilación o la pérdida de amistades y/o familiares, que pueden llegar a ser los factores causantes de estos dos problemas.
- ✓ Existen pocos estudios sobre la prevalencia de la soledad y el aislamiento social, debido a la dificultad de medición de ambos. Pero existen una variedad de escalas, las cuales aportan objetividad, que pueden ser de utilidad en el ámbito sociosanitario para detectar a los individuos que se sienten solos o aislados y establecer el grado en el que se encuentran.
- ✓ Ambas situaciones, producen alteraciones en el comportamiento y en los hábitos de vida, como el sedentarismo, el abuso de alcohol o tabaco y cambios en el patrón de sueño o alimentación. Lo que a su vez, provoca un aumento del riesgo de que aparezcan otras enfermedades entre las que destacan: las enfermedades cardiovasculares, demencias, deterioro cognitivo y la mortalidad.
- ✓ Para lograr escapar de estas situaciones, estas personas necesitan hacer uso de estrategias personales, sociales, familiares o buscar apoyo profesional. No depende solo de la persona. El envejecimiento activo, es una buena estrategia dirigida por la OMS, el cual pretende mejorar la salud y la calidad de vida en todas las etapas de la vida, promoviendo unos hábitos de vida saludables.
- ✓ Se deben tratar de forma multidisciplinar; en colaboración con todos los profesionales.
- ✓ Se hace necesaria la formación de los profesionales sociosanitarios, para que sean capaces de afrontar las necesidades de este colectivo; y desde nuestro ámbito se valore no solo lo clínico, sino también los factores funcionales y psicosociales. Para conseguir una mayor efectividad, es importante involucrar a las personas que rodean al paciente.
- ✓ Debemos actuar ya que poseemos de herramientas suficientes para prevenir, detectar y abordar estos. Además, hay que sensibilizar a las personas acerca de este gran problema y desarrollar programas para la detección y control de la soledad y el aislamiento social, con sus respectivas actividades y estrategias.

Bibliografía

- (1) Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red. 2017 enero; (15): 1-48.
- (2) Fernández Muñoz JN. Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. 1ªed. Madrid: Instituto de mayores y servicios sociales; 2015. 371 p.
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS)[Internet]. Envejecimiento y salud. 2018; [Citado en feb 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- (4) Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. 2009 mar;20(1):9-14.
- (5) Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. Can Fam Physician. 2014 Jun;60(6):e322, e324-9.
- (6) Díez Nicolás J, Morenos Páez M. La soledad en España. 2015ª ed. Madrid: Fundación ONCE Fundación AXA; 2015. 362 p.
- (7) Mejías PM, Baeza DM. Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2015;7(1): 1-54.
- (8) Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego MM, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. Invest Educ Enferm -Col-. 2010 sep; 28(3):416-427.
- (9) Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M, Serrano P. Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. Psychosocial Intervention 2008 oct;17(3):307-319.
- (10) Luskin Biordi D, Nicholson NR. Social isolation. Chronic illness: impact and intervention. 8ªed.MA: Jones and Bartlett learning; 2013.115 p.
- (11) Bermejo Higuera JC. La soledad en los mayores. ARS MEDICA. 2003;32(2):126-144.
- (12) NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación . Madrid: Elsevier; 2015-2017.
- (13) Real Academia española (RAE). Diccionario de la lengua española. Soledad. 23rd ed. Madrid: Espasa S.L.U; 2014.
- (14) Dancausa Treviño MC, Martín Tejedor F. Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales. Madrid: 2008. 98 p.

- (15) Rubio-Herrera R, Pinel M, Rubio-Rubio L. La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala ESTE. Granada: Universidad de Granada; 2009 [Citado en mar 2018]. 16 p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- (16) Gené Badia J, Ruiz Sánchez M, Obiols Masó N, Puig LO, Jiménez EL. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Atención Primaria. 2016 nov;48(9):604-609.
- (17) Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina UPB. 2013 jun;32(1):9-19.
- (18) Del Barrio É, Castejón P, Sancho Castiello M, Tortosa MÁ, Sundström G, Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010 Jul-Ago;45(4):189-195.
- (19) Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. Gerokomos. 2013 mar;24(1):14-17.
- (20) Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009 dic;20(4):159-166.
- (21) Baiza Molina JS. Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono. [Tesis de grado en Internet] La antigua Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades; 2015 [Citado en mar 2018]. 97 p. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Baiza-Juan.pdf>
- (22) Yáñez Yaben S. Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. Intern. Jour. Psychol. Ther. 2008;8(1):103-116.
- (23) Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García- Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. SEGG. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication SA.; 2013. p. 59-68.
- (24) Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, Von Kruse WR, Beck JC, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. Gerontologist. 2006 ago;46(4):503-513.
- (25) Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. Madrid: SEGG. La soledad, un problema de salud pública en las personas mayores; [Citado en abr 2018]. Disponible en: <https://www.segg.es/actualidad-segg>.
- (26) Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). JNNP. 2014 Feb;85(2):135-142.
- (27) Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspect Psychol Sci. 2015 mar;10(2):227-237.
- (28) Steptoe A, Shankar, A., Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness and all-cause mortality. PNAS. 2013 abr;110(15):5797-5801.

- (29) Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016 Jul;102(13):1009-1016.
- (30) Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri Á. El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Medicina UPB*. 2011;30 (2):150-162.
- (31) Instituto de Mayores y Servicios sociales [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2018; [Citado en feb 2018]. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm.
- (32) Cruz Roja [Internet]. 2018. Intervención Social. Personas Mayores; [Citado en mar 2018]. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/principal/web/intervencion-social/mayores>.
- (33) Díez E, Daban F, Pasarín M, Artazcoz L, Fuertes C, López MJ, et al. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gac Sanit*. Sept–Oct 2014;28(5):386-388.
- (34) Urrutia A. Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar. *Aula abierta: Universidad de Oviedo*. 2018 ene-mar;47(1):29-36.
- (35) Limón Mendizábal MR. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta: Universidad de Oviedo*. 2018 ene-mar;47(1):45-54.
- (36) Pérez Cano V, Rubio Herrera R, Padilla Góngora D. Vive participando. Envejecimiento activo y participación social. 1ªed. Madrid: DYKINSON S.L; 2015. 134 p.
- (37) Limón Mendizábal MR, Ortega Navas MdC. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *R Psicol. Educ*. 2011;1(6): 225-238.
- (38) Instituto Nacional de estadística (INE). 2012: Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. Participación social. *Inebase* 2012;(5).
- (39) Coll-Planas L, Monteserín R, Cob E, Blancafort S. ¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad? *Atención Primaria*. 2017 oct;49(8):501-502.
- (40) Domínguez Ardila A, García Manrique JG. Valoración geriátrica integral. *Atención Familiar*. 2014 ene-mar;21(1):20-3.
- (41) Fernández Alba R, Manrique Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enferm Glob*. 2010 jun;(19).

Anexos

Anexo 1. Escala Sesla-S.

Escala de Soledad Emocional: Soledad familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera
	8. Me siento cercano a mi familia *
	11. Me siento parte de mi familia *
Escala de Soledad Emocional: Soledad romántica	12. Mi familia realmente cuida de mí *
	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos *
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito *
	10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria
Escala de Soledad Social	14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad *
	15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima
	2. Me siento parte de un grupo de amigos *
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar *
Escala de Soledad Social	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden*
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo

* En estos ítems se invierte el sentido de la puntuación.

Anexo 2. Escala ESTE original vrs Escala ESTE adaptada.

Tabla 1. Adaptación cultural de la escala ESTE

Orden	Escala ESTE original Ítem	Orden	Escala ESTE adaptada Ítem	Observaciones
1	Ya no tengo a nadie cerca de mí	1	Tengo personas apreciadas cerca de mí	Eliminada
2	Mi familia se preocupa por mí	9	Alguien de mi familia se preocupa por mí	
3	No hay nadie de mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	10	Alguien de mi familia me presta apoyo	
4	Realmente me preocupo por mi familia	11	Me preocupo por mi familia	Eliminada
5	Realmente pertenezco a mi familia	12	Siento que pertenezco a mi familia	
6	Me encuentro a gusto con la gente	17	Me encuentro a gusto con la gente	Igual
7	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	Igual
8	Mis amigos y familiares realmente me entienden	20	Mis amigos y familiares realmente me entienden	Eliminada
9	Mi familia es importante para mí	21	Mi familia es importante para mí	Eliminada
10	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo	3	Tengo una pareja que quiere compartir su vida conmigo	
11	Estoy enamorado de alguien que me ama	5	Estoy enamorado de alguien que me ama	Igual
12	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	4	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo que necesito	
13	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	Igual
14	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	Igual
15	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	25	Tengo amigos con quien compartir	
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	Igual
17	Me gusta la gente con la que salgo	22	Me gusta la gente con la que salgo	Igual
18	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	Igual
19	No me siento satisfecho con los amigos que tengo	24	Me siento satisfecho con los amigos que tengo	
20	No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos	15	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	
21	Me siento cercano a mi familia	13	Me siento cercano a mi familia	Igual
22	Me siento solo cuando estoy con mi familia	8	Me siento solo cuando estoy con mi familia	Igual
23	Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	27	Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	Igual
24	No me siento importante para nadie	28	Siento que no le importo a nadie	
25	Lo que es importante para mí no parece ser importante para la gente que conozco	14	Lo que es importante para mí no parece importante para los demás	
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	Igual
27	Me siento aislado de los demás	19	Me siento aislado	
28	Siento que no soy interesante	29	Siento que no soy interesante	Igual
29	A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	30	Siento que a medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	
30	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	31	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	Igual
31	Me siento solo	1	Me siento solo	Igual
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	32	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	Igual
33	A veces siento que la vida no merece la pena de ser vivida	33	Siento que la vida no merece la pena de ser vivida	
34	Tengo miedo de muchas cosas	34	Tengo miedo de muchas cosas	Igual

Anexo 3. Escala de Recursos Sociales (OARS)

Apellidos _____		Nombre _____	
Entrevistador/a _____		Fecha _____	
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:			
¿Cuál es su estado civil?			
1. Soltero	☐		
2. Casado	☐		
3. Viudo	☐		
4. Separado	☐		
No responde	☐		
¿Vive su cónyuge en la residencia?			
1. Sí	☐		
2. No	☐		
No responde	☐		
Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?			
1. Una vez a la semana o más	☐		
2. Una a tres veces al mes	☐		
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones	☐		
0. Nunca	☐		
No responde	☐		
¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?			
3. Cinco o más	☐		
2. Tres o cuatro	☐		
1. Una o dos	☐		
0. Ninguna	☐		
No responde	☐		
¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.			
3. Una vez al día o más	☐		
2. Dos veces	☐		
1. Una vez	☐		
0. Ninguna	☐		
No responde	☐		

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona? 3. Una vez al día o más ☐ 2. De dos a seis veces ☐ 1. Una vez ☐ 0. Ninguna ☐ No responde ☐
¿Hay alguna persona en la que tenga confianza? 2. Sí ☐ 0. No ☐ NS/NC ☐
¿Con qué frecuencia se siente solo? 0. Bastante a menudo ☐ 1. Algunas veces ☐ 2. Casi nunca ☐ 3. NS/NC ☐
¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle? 1. Tan a menudo como deseo ☐ 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen ☐ No responde ☐
¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro) 1. Sí ☐ 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme ☐ No responde ☐ Si es «Sí», preguntar a y b. a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)? 1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente. 2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo. 3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando. No responde. b) ¿Quién es esa persona? Nombre _____ Relación _____

ESCALA DE VALORACIÓN

Evaluar los recursos sociales del anciano que está siendo valorado en una de las seis categorías siguientes. Rodear aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

1. **Excelentes recursos sociales.** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente.
2. **Buenos recursos sociales.** Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
3. **Recursos sociales ligeramente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero, al menos, una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener sería sólo por un corto espacio de tiempo.
4. **Recursos sociales moderadamente deteriorados.** Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, y solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas aunque sólo obtendría ayuda de vez en cuando.
5. **Recursos sociales bastante deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría sería momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
6. **Recursos sociales totalmente deteriorados.** Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.