

RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ENVEJECIMIENTO

(THE RELATION BETWEEN LONELINESS AND COGNITIVE DECLINE IN AGING)



***TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA***

AUTORA: SARA RODRÍGUEZ ZAPATA

TUTORA: EVA MARIA RIOS DÍAZ

DIRECTOR: FRANCISCO JOSE AMO SETIEN

GRADO EN ENFERMERÍA

2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5-6
Justificación	6
Objetivo	6
Metodología	6-7
Descripción de los capítulos	7
CAPÍTULO 1. Aspectos generales	7
1.1 Definición de deterioro cognitivo y soledad	7-9
1.2. Epidemiología	9-10
1.3 Factores de riesgo relacionados con la soledad y el deterioro cognitivo	10-11
1.4. Sintomatología	11-13
1.5. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo	13-15
CAPÍTULO 2. Relación entre la soledad y el deterioro cognitivo	16-18
CAPÍTULO 3. Papel de la enfermería en la detección y el abordaje de la soledad y el deterioro cognitivo en el envejecimiento	18-21
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23-25

AVISO RESPONSABILIDAD UC

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 de 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 pueden contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajo Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

RESUMEN

La relación entre la soledad y el deterioro cognitivo es un tema relevante en el contexto del envejecimiento de la población, y un problema que en la actualidad está causando un impacto tanto a nivel del sistema sanitario como social. El aumento de la esperanza de vida ha contribuido al crecimiento de la población envejecida y con ello las situaciones de dependencia en el sistema sanitario se han visto incrementadas. Algunas de esas situaciones de dependencia vienen derivadas de la aparición y avance de enfermedades cognitivas que traen consigo alteraciones emocionales, muchas veces en el contexto de la soledad.

La presente monografía, pretende analizar aquellos factores que relacionan la soledad con el deterioro cognitivo, a fin de conocer las causas que puedan dar lugar a su aparición durante la etapa del envejecimiento.

También se pretende recalcar el papel que desempeña la enfermería brindando el apoyo y cuidado adecuado a las personas mayores que experimenten deterioro cognitivo, a través de la detección precoz e incluyendo estrategias de estimulación cognitiva, sociales y emocionales, fomentando así la participación en programas y servicios comunitarios. Esto puede ayudar a reducir los sentimientos de soledad y a mejorar la calidad de vida de las personas mayores con deterioro cognitivo.

Palabras clave: Soledad, Deterioro Cognitivo, Enfermería, Envejecimiento.

ABSTRAC

The relationship between loneliness and cognitive decline is a relevant topic in the context of population aging, and a problem that currently has an impact on both the healthcare and social systems. The increase in life expectancy has contributed to the growth of the elderly population, leading to an increase in situations of dependence within the healthcare system. Some of these situations of dependence are derived from the onset and progression of cognitive diseases that bring about emotional disturbances, often within the context of loneliness.

This monograph aims to analyze the factors that link loneliness to cognitive decline in order to understand the causes that may lead to its onset during the aging stage.

It also seeks to emphasize the role played by nursing in providing appropriate support and care to older individuals experiencing cognitive decline. This includes early detection and the implementation of cognitive, social, and emotional stimulation strategies, promoting participation in community programs and services. This can help reduce feelings of loneliness and improve the quality of life for older individuals with cognitive impairment.

Keywords: Loneliness, Cognitive Decline, Nursing, Aging.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la tercera y última etapa del ciclo vital. En ella se experimentan diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que producen a su vez cambios significativos en el estado emocional del anciano y como consecuencia, en muchos de los casos, el declive en la calidad de vida. Algunos de estos cambios son producidos por el desgaste progresivo de los recursos sociales, familiares, culturales, la pérdida de funcionalidad de los órganos de los sentidos, las capacidades cognitivas y las estructuras físicas. Otros muchos cambios son relativos y no se pueden examinar de manera lineal ya que vienen asociados a transiciones vitales como son la jubilación, cambio de domicilio y fallecimiento de seres queridos. (1)

Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2020, el 21 % de la población tenía 65 años o más frente al 16 % en 2001, mientras que en la población mayor de 80 años el porcentaje se duplica durante el mismo periodo de un 3.7 % en 2001 con respecto al 6 % en 2020. (2) Estos datos nos permiten observar un incremento de la longevidad en los últimos años.

El saldo vegetativo es negativo, es decir, se producen más muertes que nacimientos al año. Actualmente, España tiene una tasa de natalidad muy baja, 7,12%. Esto nos muestra que la población está sufriendo un proceso de envejecimiento. España refleja una pirámide poblacional regresiva, es decir, con forma de bulbo donde la base es más estrecha que la zona central y su porcentaje de población mayor es significativo. Este tipo de pirámide poblacional es muy común en los países desarrollados donde las tasas de natalidad y mortalidad son bajas y la calidad de vida alta. Por consiguiente, España es una sociedad envejecida con tendencia a serlo aún más en los próximos años.

Con el progresivo crecimiento de la población envejecida, aumenta también la incidencia de personas en situación de dependencia y las probabilidades de enfermar. Las variaciones en el estado mental de las personas mayores pueden llegar a provocar una situación de incapacidad en el anciano como confusión, pérdida de memoria o dificultad para expresar palabras.

La aparición de sintomatología de deterioro cognitivo trae consigo sentimientos de tristeza, aislamiento y soledad como consecuencia de la incapacidad progresiva de adaptación a situaciones que pueden surgir nuevas o complejas.

Por tanto, es común que, con el paso de los años, las capacidades cognitivas se vean mermadas y con ello que el anciano se sienta solo, circunstancia que se ve agravada por la pérdida de familiares o amistades de edad avanzada. Ese sentimiento de soledad puede llegar a agravar los síntomas cognitivos haciendo que la progresión del deterioro cognitivo avance.

Como consecuencia del incremento de la población envejecida y de la aparición de sintomatología relacionada con el deterioro cognitivo, el número de visitas a la consulta de los centros de salud también se ha visto incrementada. Según un estudio de redes centinelas en España, el deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años es un motivo frecuente de consulta en atención primaria con una tasa de prevalencia bruta del 18.5 %, siendo mayor la incidencia en las mujeres (3).

El papel de enfermería es imprescindible para llevar a cabo una buena orientación y educación sanitaria que ofrezca cuidados de calidad y reduzca los factores de riesgo en el ámbito social, económico y favorezca relaciones tanto familiares como interpersonales satisfactorias. Una buena información y educación sobre las causas y los efectos que produce el deterioro cognitivo es fundamental para sensibilizar tanto a la población como al resto de los profesionales sanitarios a fin de trabajar la prevención y el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

Por otro lado, la enfermería cumple un papel esencial a la hora de observar la relación entre familiar y paciente, los obstáculos que puedan encontrar a lo largo de la enfermedad como la adherencia al tratamiento, el bienestar y calidad de vida, sentimientos de ansiedad y miedo, así como alteraciones del sueño o de la conducta. Cuidar y mantener una red social de calidad es fundamental para evitar que el deterioro cognitivo se vea envuelto por sentimientos de soledad. Por ello, conocer la relación existente entre el deterioro cognitivo y la soledad es importante de cara a prevenir aquellos factores que promueven su aparición.

Justificación

El tema elegido para la realización de esta monografía es el estudio sobre la relación que existe entre la aparición de síntomas de deterioro cognitivo y la soledad, es decir, si la aparición de síntomas sensorio-perceptivos puede ser motivo o no de la aparición de sentimientos de soledad.

En este trabajo también se ha querido destacar el papel de los profesionales sanitarios, en concreto el de enfermería. Es fundamental resaltar la importancia de identificar el diagnóstico precoz de los síntomas de alarma ante el deterioro cognitivo y en consecuencia del deterioro de las relaciones sociales que una persona mayor pueda sufrir llegando a una determinada edad.

El objetivo es el de identificar y prevenir posibles complicaciones abordando las necesidades psicosociales de los pacientes con herramientas y recursos accesibles dentro de su comunidad.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Estudiar la relación entre la soledad y el deterioro cognitivo en el envejecimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar los aspectos generales relacionados con el deterioro cognitivo.
- Analizar la relación entre deterioro cognitivo y soledad.
- Conocer el papel de la enfermería en el contexto de la soledad en el paciente mayor con deterioro cognitivo.

Metodología

En este trabajo he realizado una revisión bibliográfica con distintos artículos encontrados en diferentes bases de datos como son Pub Med, Scielo, Google Académico y Dialnet. Para desarrollar las citas bibliográficas he utilizado el gestor bibliográfico Mendeley.

Para la búsqueda de artículos, he utilizado descriptores de Ciencias de la Salud (DESC) como: “Deterioro Cognitivo”, “Envejecimiento”, “Soledad”, “Enfermería” y Medical Subject Headings (MESH) como: “Cognitive Decline”, “Aging”, “Loneliness” y “Nursing”. El operador booleano utilizado ha sido “AND”.

En cuanto a los criterios de inclusión, se ha tenido en cuenta que las fechas de publicación de los artículos oscilaran entre los 5 y 10 últimos años. La bibliografía consultada se encontraba escrita en inglés y en español.

Descripción de capítulos y contenidos

Este trabajo se ha desarrollado en tres capítulos, los cuales tratan de aportar información sobre la relación del deterioro cognitivo y la soledad en la tercera etapa de la vida y el papel de la enfermería ante esta problemática en la salud.

El primer capítulo hace referencia a conceptos generales sobre el deterioro cognitivo y la soledad: epidemiología, factores de riesgo, sintomatología, diagnóstico y posibles tratamientos en el deterioro cognitivo.

El segundo capítulo desarrolla la relación existente entre el deterioro cognitivo y la aparición de la soledad.

Y, por último, en el tercer capítulo se describe el papel de la enfermería y su actuación ante este problema.

A continuación, se muestran las conclusiones tras la realización del trabajo, finalizando con las referencias bibliográficas y los anexos utilizados para la elaboración del trabajo.

CAPÍTULO 1. Aspectos generales.

1.1 Definición de deterioro cognitivo y soledad

La cognición se entiende como el funcionamiento intelectual que permite que seamos capaces de interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos. Con el envejecimiento se presentan cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios en el cerebro que dependiendo de la neuroplasticidad y de la actividad de otras muchas funciones cerebrales pueden dar lugar a alteraciones cognitivas o continuar su actividad de manera normal. Algunos de los cambios morfológicos que se presentan son pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; disminución del volumen neuronal el cual no es uniforme, cambios sinápticos. Estos cambios están relacionados con el envejecimiento cognitivo normal, aunque las funciones cognitivas y la edad no tienen por qué ser lineales.

En términos generales alrededor de los 60 años se presenta una disminución de la memoria, fluidez verbal, lógica matemática y la eficiencia y rapidez de análisis. Sin embargo, el deterioro cognitivo definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual. El mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías

del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico sería un error (4).

El deterioro cognitivo afecta a funciones ejecutivas alterando el desarrollo físico, psicológico y social. Por tanto, es considerado un problema de salud pública relevante en la población adulta mayor en los últimos años. Existen distintos tipos de deterioro cognitivo que se detallan brevemente a continuación:

- Deterioro cognitivo leve (DCL): es considerado un tipo de deterioro cognitivo de bajo porcentaje que no llega a cumplir los criterios diagnósticos clínicos necesarios para clasificarlo como un trastorno de memoria pero que, sin embargo, llega a anticipar el desarrollo de una posible demencia sin que las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) se vean afectadas.
- Deterioro cognitivo moderado (DCM): tipo de alteración cognitiva cuya afectación es más frecuente y notoria dentro del ambiente de la persona. En esta fase puede observarse alteraciones en la comprensión del lenguaje, aprendizaje, visoespaciales, presencia de conductas ansioso depresivas y afectación en la ejecución de actividades de la vida diaria
- Deterioro cognitivo grave (DCG): según el DSM-V- TR (2005) en esta etapa aparece una situación de dependencia y alteración de las actividades de la vida diaria junto con afectación cognitiva como dificultad para retener información, realizar cálculos mentales sencillos, distracción y evocación del pensamiento entre otros. En esta etapa los síntomas y el avance de la enfermedad se controla con tratamiento farmacológico, pero no la progresión.

Dependiendo de la fase en la que el deterioro cognitivo se haga más notable, el área social puede verse reforzada o afectada en mayor o menor medida. Es en esta área donde la capacidad del anciano, para mantener la interacción con otros, puede resultar difícil haciendo que poco a poco éste se encuentre aislado, experimentando sentimientos de soledad (5).

V. Madoz describe la soledad como el “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional” (6).

Tras varios intentos por clasificar los tipos de soledad existentes, Weiss y posteriormente de Jong Gierveld y Van Tilburg definieron dos tipos de soledad: por una parte la soledad social de carácter más subjetivo donde la persona no tiene el número de relaciones ni la red social que le gustaría; por otra la soledad emocional atribuida a la ausencia de apego emocional deseada por la persona en sus relaciones (7).

Según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística de 2018, más de dos millones de personas mayores de 65 años viven solas en España, (más frecuentemente las mujeres) lo que produce un mayor riesgo de soledad no deseada. Este tipo de soledad es subjetivamente una percepción de sentirse sólo, independientemente de si realmente la persona lo está o no.

En este aspecto, se debe tener en cuenta la relación existente o no de compañía y de redes sociales que tiene la persona. Estudios realizados demuestran que la soledad no deseada se relaciona con un alto riesgo de sufrir depresión, afectación en las capacidades funcionales e incluso mortalidad prematura (8).

La soledad puede desencadenar procesos fisiopatológicos en el cerebro favoreciendo el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas. Una teoría que actualmente está siendo investigada es el acortamiento de los telómeros (extremo de los cromosomas) durante la vida y la relación sobre la aceleración en el envejecimiento (9).

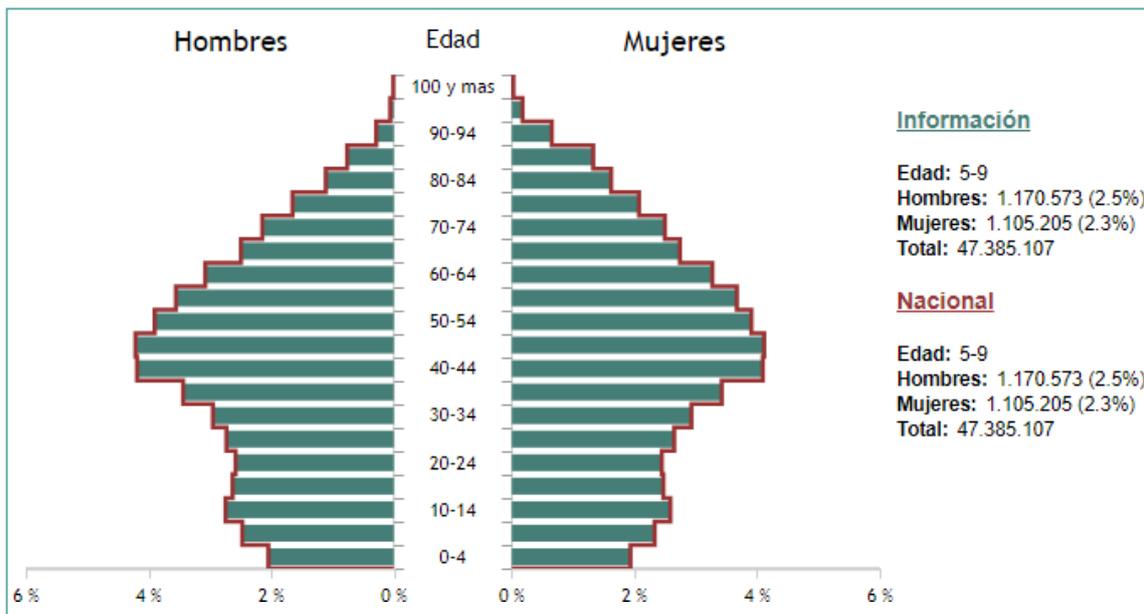
La soledad no debe ser considerada como un sentimiento negativo, por ello debemos diferenciar entre soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera, hace referencia al sentimiento de soledad recibido como algo positivo, es decir, la manifestación de aprobación ante una situación elegida de convivencia solitaria donde la persona no tiene porqué mostrar disconformidad ya que puede haber elegido vivir esa experiencia por decisión propia. La segunda opción la sufren las personas que se sienten solas cuya situación no es elegida ni buscada por la persona y produce un sentimiento negativo.

La escasez de los recursos sociales, familiares, culturales, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, los órganos de los sentidos y las funciones intelectuales desencadenan inestabilidad y sentimientos de indefensión en el anciano y es por ello que la soledad puede provocar consecuencias negativas sobre la salud de la persona tanto en el plano físico, como en el psicológico y social. En el plano físico se refleja con debilidad del sistema inmunológico, dolor de cabeza, algunos problemas de corazón y digestivos, dificultades para dormir, etc. En el plano psicológico aparece baja autoestima, depresión o alcoholismo, ideas suicidas. En ocasiones, la pérdida de la pareja produce especialmente la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis (6).

1.2. Epidemiología

En los países desarrollados, el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida causada por los progresos sociosanitarios, han hecho del envejecimiento poblacional una realidad dominante. Se estima que, en unos 40 años, la población de personas mayores de 60 años se duplicará en el mundo (10).

Tal y como se describe en la introducción de esta monografía, España muestra una pirámide poblacional regresiva en forma de bulbo, lo que refleja que el índice de natalidad y mortalidad ha disminuido en los últimos años, mientras que la esperanza de vida se ha visto aumentada. Esto hace que aumente la población envejecida.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Pirámide de la población empadronada en España (<https://www.ine.es/covid/piramides.htm>) (2021).

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (2016), la población a nivel mundial se encuentra en un constante avance de envejecimiento y anticipa que la población de adultos mayores de 60 años se duplicará entre el 2015 y el 2050, siendo su aumento del 12% al 22%, lo que corresponde en números absolutos un aumento de 900 millones a 2000 millones de adultos mayores, los cuales se encuentran en riesgo de sufrir deterioro físico y mental. El 20% de la población mayor de 60 años presenta problemas psicológicos o trastornos mentales producidos por el aislamiento, la pérdida de la independencia, la angustia y la soledad (11).

Existen datos significativos con respecto a estudios realizados en España. El 39.8% de las personas mayores de 65 años presentan soledad emocional siendo un 37% de personas sin estudios y un 20% mujeres, viudas y mayores de 80 años lo que convierte a este colectivo en el más vulnerable socialmente.

Se calcula que más de 2.5 millones de ancianos en España tienen sentimiento de soledad llegando a casi un 40% de los mayores de 65 años. Aproximadamente el 28.8% de las mujeres mayores y el 14.7% de los hombres, viven solos en nuestro país (12).

En relación al deterioro cognitivo en las personas mayores se considera de acuerdo con la OMS (2017) que el riesgo de demencia se incrementa de manera considerable conforme la edad de una persona avanza, entre el 25% y el 30% de las personas mayores de 85 años, son vulnerables a sufrir algún tipo de deterioro cognitivo y son la población de ingresos medios y bajos quienes se ven mayormente afectados con la aparición de esta afectación (13).

1.3. Factores de riesgo relacionados entre la soledad y el deterioro cognitivo

Según Prince (14), la soledad entendida en toda su complejidad, y teniendo en cuenta sus variables, se vuelve determinante para el bienestar de los ancianos, al considerar que se desencadena por síntomas de estrés elevado. Este tipo de situaciones emocionales en los adultos mayores, por lo general, tienden a arraigarse fácilmente en pensamientos o ideas

negativas. Esto les vuelve vulnerables ante cualquier suceso estresante, generando dificultades en el rendimiento funcional durante el transcurso de su vida cotidiana (15).

La soledad cobra importancia dentro de la población de la tercera edad, sobre todo en los países y comunidades en los que el número de personas mayores aumenta de manera considerable con el paso del tiempo, ya que se ven obligadas a enfrentarse a distintos cambios en su estilo de vida (Boss, Kang y Branson, 2015) (16).

Factores como el descenso de la natalidad, la tasa de desempleo, las relaciones interpersonales menos duraderas y el ritmo de vida acelerado contribuyen a la aparición de sentimientos de soledad en personas de avanzada edad. Esto puede llegar a provocar situaciones de aislamiento en el estilo de vida dando lugar a conductas hostiles, resentimiento, depresión, tristeza y ansiedad, que a su vez reactiven mecanismos neurobiológicos negativos provocando daños emocionales, cognitivos y conductuales en la salud (17).

Otros factores de riesgo descritos y relacionados directamente con la aparición de la soledad son el género, el nivel educativo, la edad, el estado civil, la baja calidad de las relaciones sociales, nivel socioeconómico bajo, haber experimentado la pérdida de un familiar, nivel de autoestima o no estar incluido socialmente en la comunidad. A su vez el propio estado cognitivo de la persona se relaciona directamente con la aparición de sentimientos de soledad (18).

A estos factores se debe sumar la necesidad de algunas personas para recibir ayuda en las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de alteraciones en el estado físico, psicológico o social por el padecimiento de ciertas enfermedades (19).

Por otro lado, se han realizado estudios donde algunos de los factores de riesgo del deterioro cognitivo se relacionan directamente con la soledad. La edad, la disminución de interacción social y actividad intelectual, han demostrado estar asociados con la aparición de síntomas cognitivos (20).

1.4. Sintomatología del deterioro cognitivo

Tal y como se ha comentado anteriormente, el deterioro cognitivo puede clasificarse en varias etapas. En función de la etapa en la que se encuentre la persona, ésta presentará distinta sintomatología(5):

Etapas deterioro Cognitivo Leve	<ul style="list-style-type: none">❖ Dificultades en la memoria❖ Desorientarse o perderse en lugares que son familiares para el sujeto❖ Dificultad en el recuerdo de palabras y nombres❖ Evidencia de rendimiento laboral empobrecido❖ Dificultad en el recuerdo de una frase recién leída❖ Capacidad organizativa disminuida❖ Ansiedad❖ Pierde o coloca erróneamente objetos de valor.
--	---

<p style="text-align: center;">Deterioro Cognitivo Moderado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disminución en la capacidad para realizar tareas complejas. ❖ Dificultad al vestirse de forma correcta. ❖ Requiere asistencia básica para cubrir necesidades básicas. ❖ No hay déficit en orientación en tiempo y persona. ❖ No hay pérdida de reconocimiento de caras y personas familiares. ❖ Déficit de ciertos recuerdos de la historia personal. ❖ Dificultades en la concentración sustracción seriada. ❖ Capacidad disminuida para administrar las finanzas. ❖ Disminución de la expresión afectiva ❖ Conocimiento disminuido de hechos actuales y recientes. ❖ Olvido de su dirección, teléfono y lugar de trabajo. ❖ La Negación como mecanismo de defensa ante la manifestación de olvido.
--	---

<p style="text-align: center;">Deterioro Cognitivo Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disminución en la capacidad para realizar tareas complejas. ❖ Requiere asistencia en actividades de la vida cotidiana. ❖ Sufre de incontinencia urinaria. ❖ Presenta desorientación temporoespacial. ❖ Suele presentar olvido del nombre de su cuidador. ❖ Recuerdo del propio nombre y distinción de las personas familiares de las desconocidas. ❖ Dificultad en la inversión de series numéricas. ❖ Alteración en su ritmo circadiano. ❖ Cambios en su personalidad y afectividad (delirios, ansiedad, síntomas obsesivos, agresividad, abulia cognoscitiva). ❖ Incapacidad para formular un pensamiento coherente. ❖ Dificultad en el desplazamiento autónomo. ❖ La negación como mecanismo de
---	---

La soledad no presenta sintomatología alguna al no tratarse de una enfermedad como tal. Sin embargo, existen herramientas capaces de valorar el estado emocional y el posible riesgo de aparición de la soledad en la vejez (Tabla I).

Instrumentos	Sentimiento soledad	Apoyo familiar	Apoyo social
Escala Filadelfia	X	—	—
Apgar Familiar	X	X	X
Escala sociofamiliar de Gijón	—	X	X
Escala OARS	—	X	X
Cuestionario de Barber	—	X	X
Severidad de la soledad (NOC)	X	X	X
Soporte social (NOC)	—	X	X
Escala de Soledad UCLA	X	X	X
Escala SELSA	X	X	X
Escala ESLI	X	X	X
Escala ESTE de soledad	X	X	X

Tabla (I) Instrumentos de valoración de riesgo social que contemplan la soledad en el anciano y en la población general (21).

1.5. Diagnóstico y tratamiento en el deterioro cognitivo

DIAGNÓSTICO

El deterioro cognitivo leve (DCL) está infradiagnosticado y es crucial detectarlo en su fase prodrómica para intervenir tempranamente y retrasar la progresión hacia la enfermedad de Alzheimer (EA) u otras demencias. Aunque los nuevos criterios de diagnóstico del DCL incluyen biomarcadores, en la práctica clínica actual, la historia clínica detallada y la evaluación neuropsicológica siguen siendo las herramientas más eficaces.

Cuando un paciente refiere quejas de memoria o es llevado por sus familiares a consulta debido a olvidos significativos, el primer paso es realizar pruebas de cribado para detectar posibles signos de deterioro cognitivo. Entre estas pruebas se encuentran el Mini-Mental State Examination (MMSE) o el Test de los 7 Minutos. Estas pruebas concluyen una evaluación inicial de las funciones cognitivas y ayudan a determinar si existe un deterioro cognitivo.

Si se sospecha de un DCL, se lleva a cabo una evaluación más completa, especialmente enfocada en la evaluación de la memoria y otras áreas cognitivas. Esto se puede lograr utilizando baterías especiales diseñadas para el deterioro cognitivo y la demencia.

Además de evaluar las capacidades cognitivas, es importante evaluar las capacidades funcionales del paciente mediante escalas de valoración de las actividades de la vida diaria. Esto proporciona información sobre la capacidad de la persona para llevar a cabo tareas cotidianas como vestirse, comer o gestionar las finanzas.

Es fundamental prestar atención a la posible existencia de síntomas afectivos o depresivos, déficits sensoriales, polifarmacia, factores de riesgo cardiovasculares descompensados o un cambio en los patrones de deterioro funcional ya que éstos guardan relación con un cuadro de deterioro cognitivo leve. Se pueden realizar pruebas complementarias, como análisis de sangre y neuroimágenes, para descartar posibles causas reversibles de deterioro cognitivo, como deficiencias vitamínicas, hipotiroidismo o tumores cerebrales.

Aunque los biomarcadores están siendo investigados como herramientas diagnósticas para el DCL, en la práctica diaria aún se depende principalmente de la historia clínica y la evaluación neuropsicológica. Estas evaluaciones permiten obtener una imagen completa de la función cognitiva y ayudan a descartar otras condiciones que pueden causar los síntomas.

Un diagnóstico precoz del DCL es crucial, ya que permite implementar terapias no farmacológicas que, junto a cambios en el estilo de vida, pueden ayudar a retrasar la progresión del deterioro cognitivo. Además, en el futuro cercano, también se podrían iniciar terapias farmacológicas específicas en cada caso.

En resumen, el diagnóstico del DCL implica la realización de pruebas de cribado y de una evaluación completa, con énfasis en la evaluación de la memoria y otras áreas cognitivas. También se deben evaluar las capacidades funcionales, explorar los síntomas neurológicos y psiquiátricos, y descartar otras causas reversibles de deterioro cognitivo. Un diagnóstico temprano del DCL permite iniciar adecuadamente, retrasar la progresión (22).

TRATAMIENTO

Tras la valoración y recopilación de los datos, es necesario crear un plan de cuidados individualizado con cada paciente, prestando especial atención a aquellas áreas que se encuentren más afectadas. Un papel importante del profesional de enfermería es ofrecer un marco amplio de ayudas tanto informativas como educativas sobre los cuidados y atenciones prestadas a las personas afectadas y los aspectos importantes como puede ser el control de la sintomatología y las alteraciones conductuales (23).

En la actualidad, existe un amplio marco de intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas a fin de prevenir o retrasar la sintomatología. Se ha demostrado que llevar a cabo algunas de las estrategias no farmacológicas como, instaurar cambios saludables en el estilo de vida junto con tratamientos farmacológicos, ayuda a ralentizar la aparición y el avance del inicio de la demencia.

Es cierto que la estimulación cognitiva puede desempeñar un papel importante en el enlentecimiento de la progresión del deterioro cognitivo en las personas mayores. A lo largo de las últimas décadas, se ha descubierto que las neuronas tienden a desarrollándose a lo largo de toda la vida, incluso en la edad adulta y en la vejez. Este proceso se conoce como neurogénesis adulta.

La capacidad del cerebro para regenerarse y rejuvenecerse se debe en parte a la neuroplasticidad, que es la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar en respuesta a la experiencia y el aprendizaje. Se ha observado que las actividades cognitivas estimulantes promueven la formación de nuevas conexiones neuronales y fortalecen las existentes, lo que puede tener un impacto positivo en el mantenimiento de la función cognitiva.

La idea de la "gimnasia mental" se basa en la noción de que el cerebro puede mejorar con un entrenamiento cognitivo regular y desafiante, de manera similar a cómo el ejercicio físico estimula y fortalece los músculos. Al participar en actividades que implican un procesamiento cognitivo activo, como resolver rompecabezas, aprender nuevos idiomas, leer, realizar actividades artísticas o jugar juegos de mesa, se pueden ejercitar y fortalecer las capacidades cognitivas.

Es importante destacar que la estimulación cognitiva puede ser beneficiosa para la salud cerebral, pero, sin embargo, no es una garantía absoluta contra el deterioro cognitivo o la aparición de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer. En cambio, se ha observado que las personas que participan regularmente en actividades

cognitivamente estimulantes tienden a preservar un mejor rendimiento cognitivo y una menor tasa de deterioro en comparación con aquellas que no lo hacen.

En definitiva, utilizar el cerebro y participar en actividades cognitivas estimulantes puede contribuir a mantener y mejorar la función cognitiva en las personas mayores. Aprovechar la capacidad de neuroplasticidad del cerebro a través de la estimulación cognitiva puede ser una estrategia valiosa para mejorar la progresión del deterioro cognitivo y promover un envejecimiento cerebral saludable.

Por otro lado, el ejercicio físico regular puede tener efectos positivos en la salud cerebral de varias maneras. Por un lado, promueve una mejor circulación sanguínea y un mayor suministro de oxígeno y nutrientes al cerebro, lo que favorece su óptimo funcionamiento. Además, el ejercicio puede estimular la liberación de sustancias químicas en el cerebro, como las endorfinas, que mejoran el estado de ánimo y reduce el estrés, lo cual puede tener un impacto beneficioso en la función cognitiva.

En el caso específico del DCL y las fases leves de demencia, se ha investigado la combinación de ejercicios de estimulación cognitiva con actividades sociales y ejercicio psicomotor. Estos enfoques combinados han demostrado beneficios significativos en términos de conocimientos cognitivos y funcionales en estudios a lo largo de un año.

La combinación de ejercicios de estimulación cognitiva implica participar en actividades que desafíen y ejerciten el cerebro, como juegos mentales, rompecabezas o aprendizaje de nuevas habilidades. Al combinar esto con actividades sociales, que fomenten la interacción y el compromiso social y con ejercicio psicomotor, que involucre movimientos coordinados y equilibrio, se crea un entorno enriquecido que puede promover el bienestar cognitivo y funcional.

Es importante destacar que, si bien el ejercicio físico y la estimulación cognitiva pueden tener efectos positivos en el DCL y las fases leves de demencia, no son una cura definitiva ni garantizan la prevención total de la progresión de la enfermedad. Sin embargo, se consideran estrategias prometedoras para el mantenimiento y la mejora de la función cognitiva en estas etapas tempranas de deterioro cognitivo.

En resumen, el ejercicio físico regular se ha asociado con un menor deterioro cognitivo y un menor riesgo de demencia. La combinación de ejercicios de estimulación cognitiva, actividades sociales y ejercicio psicomotor ha demostrado beneficios en el DCL y las fases leves de demencia. Estos enfoques pueden contribuir a preservar la función cognitiva y funcional en estas etapas tempranas de la enfermedad.

Tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico tratan de ralentizar el avance de la enfermedad. Algunos de los fármacos como Piracetam, Selegilina, Vitamina E, Memantina y Ginkgo Biloba entre otros (24) junto con terapias alternativas de estimulación cognitiva, dinámicas grupales, técnicas de relajación que favorecen positivamente tanto el estado psicológico como social del paciente ya que muchas de estas actividades se desempeñan en centros de ocio comunitarios donde las personas con patologías similares participan y promueven relaciones sociales.

CAPÍTULO 2. Relación entre la soledad y el deterioro cognitivo.

Durante la etapa de envejecimiento, las personas experimenten cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales que favorecen la presencia de sentimientos de soledad y más concretamente la soledad no deseada. Por ello, es importante conocer los factores que pueden determinar la presencia o no de la soledad en la última etapa de la vida y qué consecuencias acarrea en la vida del anciano.

Como he mencionado anteriormente, existen diversos factores que son determinantes en el estado de salud de las personas, es decir, que tanto la cantidad como la calidad de esos factores van a producir un efecto positivo o negativo en la salud. Esos efectos son condicionantes a lo largo de la vida y no sólo en la última etapa de ésta.

Entre esos factores encontramos los de carácter genético que suponen el 20%-25% de la carga heredada y que nos ayuda a calcular la probabilidad de padecer enfermedades o de tener una buena calidad de vida.

También encontramos factores relacionados con el estilo de vida, que no sólo hacen referencia al tipo de alimentación y ejercicio físico que se realiza, sino también al tipo y calidad de las relaciones sociales, el trabajo desempeñado y el nivel de estrés al que estamos sometidos fuera y dentro de éste (25).

Estos últimos factores pueden ser considerados como modificables ya que, dentro de los tres anteriormente nombrados, los estilos de vida saludables son los únicos que pueden sufrir cambios de mejora. Dicho factor tiene marcada su importancia a lo largo de todas y cada una de las etapas de la vida y no sólo la etapa de envejecimiento, pues, desde etapas iniciales, los estilos de vida que desarrollamos marcan nuestros hábitos, nuestra esperanza y calidad de vida.

Por otro lado, los factores socioeconómicos son aquellos que vienen determinados por el lugar donde vivimos, las políticas, la situación económica que atraviesa el país y cuyas condiciones humanas afectarán en mayor o menor medida a la esperanza de vida de los ciudadanos.

Es cierto que la soledad es un fenómeno prevalente a nivel mundial y tiene implicaciones psicológicas significativas en el funcionamiento cognitivo y emocional de las personas. Según estudios realizados por varios autores, como Luanaigh y Lawlorz (2008), el sentimiento de soledad tiende a aumentar en las personas de la tercera edad, especialmente en aquellas que tienen 75 años o más.

La soledad en la vejez puede tener diversas implicaciones a nivel personal, social y emocional. Puede llevar al deterioro de la salud mental y emocional de los adultos mayores, así como a situaciones cotidianas en su vida diaria. Es importante tener en cuenta que la experiencia de la soledad es subjetiva y puede variar según la perspectiva de cada individuo. Algunas personas pueden sentirse más afectadas por la soledad que otras, dependiendo de su contexto social, sus redes de apoyo y su capacidad para mantener relaciones significativas.

Haciendo hincapié en la relación que nos atañe en este trabajo, cabe mencionar que la soledad también se ha asociado con un deterioro en la velocidad de procesamiento, es decir, a la rapidez con la que una persona puede procesar la información y realizar tareas mentales. A su vez, existe una relación entre la soledad y el rendimiento deficiente en la memoria inmediata y el recuerdo, lo que implica dificultades para retener y recuperar información.

Existen diversas hipótesis que intentan explicar esta asociación entre la soledad y el funcionamiento cognitivo en las personas mayores. Una de ellas es la falta de estimulación social y mental que acompaña a la soledad, lo que puede resultar en una disminución de las oportunidades de interacción, aprendizaje y desafío cognitivo. La falta de estimulación puede

llevar a un deterioro cognitivo más rápido y una mayor vulnerabilidad a los declives cognitivos relacionados con la edad.

Además, la soledad crónica también puede generar estrés psicológico y emocional llegando a provocar un impacto negativo en la función cognitiva. El estrés crónico está asociado con cambios en el cerebro y la liberación de hormonas del estrés que pueden dañar las estructuras cerebrales y afectar la cognición.

Es importante destacar que si bien se ha encontrado una asociación entre la soledad y el funcionamiento cognitivo en los estudios, la relación causal exacta aún no está completamente clara. Puede existir una influencia bidireccional, es decir, la soledad puede afectar el funcionamiento cognitivo y éste a su vez, puede dificultar la participación social y aumentar la sensación de soledad.

En cualquier caso, dichas conclusiones, subrayan la importancia de abordar la soledad en la vejez desde una perspectiva cognitiva. Promover la interacción social, proporcionar oportunidades de estimulación cognitiva y fomentar la participación en actividades significativas pueden ayudar a contrarrestar los efectos negativos de la soledad en el funcionamiento cognitivo de las personas mayores (26).

Es fundamental abordar la problemática de la soledad mayores desarrollando estrategias de intervención adecuadas para promover el bienestar emocional y social. Los servicios sanitarios, incluyendo la enfermería, desempeñan un papel importante en la detección precoz de la soledad, en la promoción de la salud mental y emocional, y en la facilitación de conexiones sociales y apoyo emocional para los adultos mayores. Además, es esencial abordar la soledad desde una perspectiva individualizada, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de cada persona para encontrar estrategias que ayuden a minimizar su sensación de soledad y promover su bienestar general (27).

Un estudio transversal realizado en el País Vasco en el 2018 con grupos de edades desde los 25 años analizó la asociación entre presentar soledad no deseada o no con variables como la posición socioeconómica y la salud. Como resultado del estudio, en relación con aspectos socioeconómicos como los ingresos, el nivel educativo o el origen étnico, se observó una mayor prevalencia de mujeres con mayor riesgo de presentar sentimientos de soledad no deseada con respecto a los hombres. No obstante, dieron muestra de resultados poco consistentes.

Sin embargo, al analizar la asociación entre las variables soledad no deseada y salud, se mostraron resultados con alta prevalencia en aquellas personas que percibían mal estado de salud y mala salud mental entre las personas que se sentían solas. Los resultados destacables en el análisis de estas variables demostraron una alta prevalencia de mala salud percibida en el grupo de hombres mayores de 65 años con respecto a las mujeres del mismo rango de edad.

Por otra parte, también se mostraron resultados destacables en la relación de personas que mostraban mala salud mental y aquellas que decían sentirse solas observándose una mayor prevalencia en hombres que en mujeres en el grupo de edad de mayores de 65 años (28).

Resulta necesario introducir el término de calidad de vida en este punto y es que según la OMS la calidad de vida se define como *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”*. Dicho concepto se considera multidimensional y complejo ya que incluye aspectos personales como salud, independencia, autonomía, satisfacción con la vida y aspectos relacionados con redes de apoyo. La calidad de vida podemos clasificarla según su naturaleza como formal e informal. De naturaleza formal son todas aquellas relacionadas con lo institucional mientras que las informales están formadas

por familiares, amigos y vecinos. Éstas últimas son consideradas redes de apoyo primarias cuya importancia es vital ya que conforman la estructura funcional, afectiva y social.

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud confiere la capacidad del individuo para realizar actividades esenciales relacionadas con componente funcional, afectivo y social los cuales se encuentran influenciados por una perspectiva subjetiva. La etapa del envejecimiento hace que se produzcan cambios en el estilo de vida de las personas y éstos traigan consigo repercusiones significativas en cuanto a la carga social de la enfermedad y con ello en la calidad de vida (29).

Esta reflexión nos ayuda a entender lo importante que es tener una red de apoyo de calidad en situaciones complejas. De ello dependerá el desarrollo de un buen patrón del estilo de vida. La ausencia de éste provocará un empeoramiento a nivel físico, psicológico y social; a su vez conllevará a la aparición de otros problemas asociados comprometiendo así la calidad de vida de la persona afectada.

CAPÍTULO 3. Papel de la enfermería en la detección y abordaje de la soledad y el deterioro cognitivo en el envejecimiento.

Según un estudio realizado por Naciones Unidas (2003), en 2050 España será el segundo país con más población mayor de 65 años, concretamente el 35%. El aumento de la población envejecida aumenta la prevalencia de mayores dependientes o de riesgo. El perfil de anciano frágil es aquel que, debido a su edad y a la presencia de patologías, se convierte en una persona con incapacidad física y/o mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera anciano frágil o de alto riesgo cuando se presenta las siguientes situaciones (Tabla II):

Indicadores salud
Indicadores sociales
1. Patología crónica
2. Ictus con secuelas
3. Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses
4. Enfermedad de parkinson
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Patología osteoarticular degenerativa
7. Caídas
8. Déficit visual severo
9. Hipoacusia severa
10. Enfermedad terminal
11. Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes
12. Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes
13. Ingreso hospitalario en los últimos doce meses
14 Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
15. Incapacidad funcional por otras causas
16. Deterioro cognitivo
17. Depresión
18. Ser mayor de 80 años
19. Vivir solo
20. Viudez inferior a un año
21. Cambio de domicilio hace menos de un año
22. Situación económica precaria

Tabla (II) Indicadores de fragilidad en el anciano según la OMS (21).

Dentro de nuestro sistema sanitario actual, existen distintas redes de atención primaria, asistencia social, salud mental y hospitales. Todos ellos forman un conjunto de servicios de alto nivel ofreciendo atención específica a las personas mayores. De otro modo, también es oportuno mencionar la necesidad de incorporar nuevas actuaciones que ayuden a identificar las personas que se encuentran en situación de riesgo de soledad y así disminuir las tasas de discapacidad y dependencia que ello provoca.

Del mismo modo, el deterioro cognitivo que progresa hacia la demencia también supone una situación de alto riesgo dentro de la población mayor de 65 años. Esta situación da lugar a que personas mayores, principalmente ancianos, se encuentren en una situación frágil entre la fina línea del deterioro cognitivo y la demencia. Es por ello, que la detección precoz es importante para una intervención más eficaz.

La puerta de acceso al sistema sanitario es la Atención Primaria (AP), y la población que habitualmente utiliza este servicio con mayor demanda son las personas mayores, por lo que los profesionales de AP suelen ser los que tienen la oportunidad de identificar y atender sus necesidades jugando un papel decisivo en la coordinación e integración del proceso de atención. Por esta razón, el equipo de atención primaria se involucrará más activamente en el abordaje de la soledad en los adultos mayores, fomentando siempre la coordinación entre entidades prestadoras, niveles de atención y servicios sociales para responder ante esta demanda (6).

A su vez, este servicio también ejerce un papel fundamental en la detección, seguimiento e intervención del deterioro cognitivo leve, por ello es importante que desde este área se realice una valoración holística tanto a pacientes como a sus familiares con el fin de recabar información sobre la vida diaria, familiar y social del paciente a través de patrones funcionales. Tras la valoración de las funciones cognitivas a través de métodos y escalas estandarizadas, la atención ante esta problemática se centra en controlar la aparición de

factores de riesgo, deterioro funcional o síntomas afectivos que puedan desencadenar patologías psiquiátricas como la depresión o emocionales como la soledad. Además de las medidas farmacológicas existen otras intervenciones que desde AP se trabajan junto con el paciente como son el control de factores de riesgo cardiovasculares, la planificación de un estilo de vida saludable y las intervenciones tanto cognitivas como psicosociales.

El proceso de atención de enfermería es una metodología sistemática utilizada por los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados individualizados y de calidad a los pacientes. Este proceso consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.

En el caso de abordar la problemática de la soledad en las personas mayores, la valoración es una etapa crucial. Durante esta etapa, el personal de enfermería recopilará información sobre la situación y las necesidades emocionales y sociales de la persona mayor. Esto puede incluir entrevistas con el paciente y su familia, así como la observación de su comportamiento y estado emocional.

La Teoría de las Necesidades Humanas conforman la elaboración de los llamados Modelos de las Necesidades Humanas en los cuales destacan Virginia Henderson (1966), Dorotea Orem (1980), Nancy Roper (1980), Logan y Tierny. Basándonos en las necesidades sociales y humanas de Virginia Henderson las necesidades destacables para valorar y abordar la soledad en la etapa de la vejez son las siguientes:

- Necesidad de comunicarse

En el contexto de la comunicación en los ancianos, es importante que los principios de actuación de la enfermería se centren en el mantenimiento de la independencia y el bienestar emocional de la persona mayor. La persona debe ser capaz de mostrar deseos, peticiones y expresar sentimientos tanto de manera verbal como no verbal sintiendo que pertenece a un grupo. La actuación de enfermería irá dirigida a fomentar y mantener la independencia de la persona.

- Necesidad de elegir según los valores y las creencias

El anciano tiene el derecho de elegir y mantener sus propios valores y creencias, incluyendo aspectos relacionados con su cultura, ideología, religión y perspectiva sobre la vida y la muerte. Es importante que se brinde al anciano la oportunidad de vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, es decir, de encontrar un sentido o propósito en su vida. Esto puede incluir permitirle asistir a actos representativos de sus creencias, como ceremonias religiosas o eventos culturales significativos para él. La enfermería, como parte del equipo de atención al anciano, debe asegurarse de proteger un entorno respetuoso y seguro que facilite la expresión de las creencias y valores del anciano. Esto implica estar abierto a escuchar sus perspectivas, tratarlas con sensibilidad y evitar imponer juicios o creencias propias.

- Necesidad de autorrealización

La autorrealización y el sentido de satisfacción personal son aspectos importantes en el bienestar de los ancianos. La realización de actividades recreativas y lúdicas no solo proporciona diversión y entretenimiento, sino que también promueve la autonomía, la creatividad y la interacción social. Es importante que los profesionales de enfermería faciliten el acceso y la participación en estas actividades, adaptándolas a las necesidades y capacidades individuales de cada anciano. Esto puede implicar brindar apoyo físico, proporcionar materiales adaptados, colaborar con otros profesionales y cuidadores, garantizar un entorno seguro y adecuado brindando oportunidades para compartir

experiencias y conocimientos e incluso fomentar la participación en actividades comunitarias o de voluntariado si es posible.

- Necesidad de aprender

El deseo de aprender y adquirir nuevos conocimientos contribuye a una existencia plena y productiva, así como al desarrollo personal y emocional. El aprendizaje en los ancianos puede tener diferentes formas, y es importante adaptarlo a las capacidades y preferencias individuales. No les brinda conocimientos y habilidades, sino que también contribuye a su bienestar emocional y su sensación de plenitud. Al fomentar el aprendizaje, los profesionales de enfermería ayudan a los ancianos a mantener mentalmente activos, estimulados y comprometidos con la vida, promoviendo así su calidad de vida en general.

Tras realizar una valoración y recopilar la información, se procederá al diagnóstico de enfermería. En este paso, se identificarán los problemas de soledad y aislamiento social que enfrenta la persona mayor. Estos problemas pueden estar relacionados con la falta de interacción social, la pérdida de seres queridos, la falta de actividades significativas, entre otros factores.

Luego, se realizará la planificación de los cuidados de enfermería. Esto implica establecer objetivos realistas y medibles para abordar la soledad en la persona mayor. Por ejemplo, el objetivo podría ser fomentar la participación en actividades sociales, fortalecer las redes de apoyo o promover la comunicación con otros individuos.

La implementación de las intervenciones de enfermería es la siguiente etapa. Aquí, el personal de enfermería llevará a cabo las actividades específicas definidas para abordar la soledad en la persona mayor. Esto puede incluir la facilitación de grupos de apoyo, la organización de actividades recreativas, el establecimiento de conexiones con organizaciones comunitarias u ofrecer apoyo emocional y escucha activa.

Finalmente, se realiza la evaluación de los resultados de las intervenciones. El personal de enfermería evaluará si se han logrado los objetivos establecidos y si ha habido una mejora en la situación de soledad de la persona mayor. En caso de ser necesario, se realizarán ajustes en el plan de cuidados para garantizar una atención continua y efectiva.

Del mismo modo, las intervenciones de enfermería desempeñan un papel crucial en la prevención y el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas, así como en la promoción del aprendizaje de conductas que fortalecen la capacidad funcional de los adultos mayores a través del autocuidado. El autocuidado implica el desarrollo de habilidades y destrezas que ayudan a mantener la independencia funcional y el funcionamiento integrado, lo que puede hacer menos grave la enfermedad o discapacidad.

El mantenimiento del autocuidado es otro objetivo importante de las intervenciones de enfermería en geriatría. Esto implica fomentar el ejercicio, promover comportamientos y estilos de vida saludables, y evitar la declinación en las funciones intelectuales, como el análisis, la síntesis, el razonamiento aritmético, el ingenio, la imaginación, la percepción y la memoria visual. Es importante destacar que sentirse activo y productivo ayuda a reducir el deterioro de las facultades intelectuales en los adultos mayores.

Esto implica abordar no solo la salud física, sino también la salud mental, emocional y social de los adultos mayores. Las intervenciones de enfermería pueden incluir actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sobre el autocuidado, apoyo emocional y social facilitando también un entorno en el que los adultos mayores puedan mantener su independencia y calidad de vida a medida que envejecen (30).

CONCLUSIONES

La soledad en la vejez puede tener diversas consecuencias negativas en la vida de las personas mayores. Estas consecuencias pueden manifestarse en distintos ámbitos, como el social, el funcional, el cognitivo y la salud en general. Es importante reflexionar sobre cómo podemos abordar esta problemática tanto a nivel personal como profesional.

En primer lugar, la soledad en la vejez puede conducir a una disminución de las interacciones sociales, lo que a su vez puede provocar sentimientos de aislamiento y depresión. Las personas mayores pueden experimentar una reducción en la red de apoyo social, debido a la pérdida de amigos, familiares o cónyuges. Esto puede hacer que se sientan menos conectados con su entorno y experimenten una sensación de abandono.

Además, la soledad también puede tener un impacto funcional en la vida diaria de las personas mayores. La falta de compañía y apoyo puede dificultar la realización de tareas cotidianas, como la movilidad, el cuidado personal o las labores domésticas. Esto provoca una disminución de la autonomía y la independencia, lo que a su vez puede afectar negativamente en la calidad de vida de las personas mayores.

En términos cognitivos, la soledad en la vejez también puede desencadenar problemas. La falta de estimulación social y mental puede contribuir al deterioro cognitivo, como la disminución de la memoria y las habilidades cognitivas. La interacción social y las actividades estimulantes pueden ayudar a mantener el cerebro activo y promover la salud cognitiva en la vejez.

Para abordar esta problemática, es necesario actuar tanto a nivel personal, como profesional. Es importante que los profesionales de la salud estén capacitados para identificar y abordar la soledad en la vejez. Esto puede incluir la promoción de programas y servicios que fomenten la participación social, el fortalecimiento de programas de estimulación cognitiva, fomento de las redes de apoyo y la provisión de recursos adecuados para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En definitiva, la soledad en la vejez es un desafío importante que requiere una atención y reflexión continua. Al tomar conciencia de sus consecuencias y fomentar el debate tanto a nivel individual como colectivo, se debe trabajar para paliar este problema y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. [Internet] Gerokomos. 2014; 25(2):57-62. [Consultado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
2. Lozano IA, González PA, Alonso González P. La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. [Internet]. Vol. 36, Estudios de Economía. 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/46568487_La_poblacion_dependiente_en_Espana_estimacion_del_numero_y_coste_global_asociado_a_su_cuidado/link/549400200cf240d1cb4d2241/download
3. Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M, et al. Prevalence of cognitive impairment in Spain: The Gómez de Caso study in health sentinel networks. Neurología. [Internet] 2018 Oct 1; 33(8):491–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27939116/>
4. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista mexicana de anestesiología. [Internet] Vol. 40. No. 2 Abril-Junio 2017 pp 107-112. [Consultado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
5. Clínica P, Tamara D, Semblantes V. Escuela de Psicología. Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria en el adulto mayor. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Internet] 2020. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3034/1/77206.pdf>
6. Rodríguez M. La soledad en el anciano. Rincón científico. Vol. 20, Gerokomos. [Internet] 2009. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf>
7. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: What are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. [Internet]. BMJ Open. 2016; 6(4). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/4/e010799.full.pdf>
8. Gallardo-Peralta LP, Sánchez-Moreno E, Arias-Astray A, López-de-Roda AB. Structural dimension of social networks, sources of functional support, reciprocity, community support, and depression among elder people in Chile. [Internet] Anales de Psicología. 2015 Oct 1; 31(3):1018–29. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.3.172861>
9. Cecilia D, Serrano M, Serrano CM, Dillon C, Leis A, Taragano FE, et al. Mild cognitive Impairment: Risk of Dementia according to Subtypes Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos. [Internet]. Vol. 41; 2013. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28339/CONICET_Digital_Nro.e5e9c985-83cf-4929-a133-8239a455d710_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
10. Palma-Ayllón E., Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. [Internet]. Gerokomos. 2021; 32(1):22-25. [consultado el 5 marzo de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>
11. María E, Flores V, Colunga Rodríguez C, Ángel González M, Guadalupe M, López V, et al. Mental health and quality of life in the elderly. [Internet] 2013; 10(21):1–13. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311846544_Salud_mental_y_calidad_de_vi

da_en_adultos_mayores_Mental_health_and_quality_of_life_in_the_elderly/link/585d2b4408ae6eb8719ff34c/download

12. Martín Roncero U, González-Rábago Y. Unwanted loneliness, health and social inequalities throughout the life cycle. *Gac Sanit.* [Internet] 2021 Sep 1; 35(5):432–7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv35n5/0213-9111-gs-35-05-432.pdf>
13. Rodríguez Álvarez M, Luis Sánchez Rodríguez J. Reserva cognitiva y demencia [Internet]. Vol. 20. 2004. Disponible en: www.um.es/analesps
14. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med.* [Internet] 2107 Mar; 27(2):323–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9089825/>
15. Hawkey LC, Capitanio JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. [Internet] Vol. 370, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.* Royal Society of London; 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25870400/>
16. Boss L, Kang DH, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. [Internet] Vol. 27, *International Psychogeriatrics.* Cambridge University Press; 2015. p. 541–53. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/abs/loneliness-and-cognitive-function-in-the-older-adult-a-systematic-review/A6E74721892EBB511EEDBABC9081A826>
17. Ferrari V. Soledad en la vejez. El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio. Universidad de la República. Facultad de psicología. [Internet] 2015. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6332/1/Ferrari%2c%20Valentina.pdf>
18. Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A, Jürschik Giménez P. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Rincón científico.* [Internet] Vol. 24, *Gerokomos.* 2013. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n1/comunicacion1.pdf>
19. Adelaida Hernández Gómez M, José Fernández Domínguez M, Javier Sánchez Sánchez N, Ángel Blanco Ramos M, Celsa Perdiz Álvarez Pedro Castro Fernández M. Soledad y envejecimiento [Internet]. Vol. 14. 2021. Disponible en: <http://www.r-project.org>
20. Cancino M., Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Universidad de La Frontera (Chile). [Internet] 2016, Vol. 34, N° 3, 183-189. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000300002
21. Llobet MP, Teresa M, Canut L, Rodríguez Ávila N. *Rincón científico.* Vol. 20, *Gerokomos.* [Internet] 2009. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1134-928X2009000100002&lng=e&tlng=es
22. Sebastián Hernández AJ, Arranz Santamaría LC. Patterns of detection of mild cognitive impairment in nursing. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [Internet] 2017 Jun 1; 52:54–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29628038/>

23. Primaria A, Medina García L. Proceso de Atención de Enfermería a paciente con Enfermedad de Alzheimer; [Internet] 2017. Disponible en: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/41550/1/Medina_Garcia_Lara1.pdf
24. Abad-Santos F, Sandín SG. Treatment of mild cognitive impairment: Value of citicoline Tyrosine kinase inhibitors View project [Internet]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/11073111>
25. Millán-Calenti JC. Principios de Geriatria y Gerontología Millán. McGraw-Hill Interamericana de España. [Internet] 2006. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=266728>
26. Arruebarrera A.V., Sánchez A. La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. Dialnet [Internet]. 2020 [consultado el 12 Abr. 2023]. Disponible en: <http://www.dagcmkpagj|hakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F7718190.pdf>
27. Platz C, Müller AO. Soledad y Demencia: la Relación Bidireccional Trabajo de grado para pregrado de psicología. [Internet] 2017. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/db792662-9a03-47e7-905d-0189b015c5d0/content>
28. Martín Roncero U, González-Rábago Y. Unwanted loneliness, health and social inequalities throughout the life cycle. Gac Sanit. [Internet] 2021 Sep 1; 35(5):432–7. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv35n5/0213-9111-gs-35-05-432.pdf>
29. Rodríguez S. E. Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2023 May 01]; 28(4): 168-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400168&lng=es.
30. Gavilanes V. Rol de enfermería en la atención sociofamiliar de grupos gerontológicos en centros ambulatorios Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. Vol. 6No.12021; [Internet] 2020. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/540/314>